

DALLA LEGGE 33 ALLA PREVENZIONE COME PROSPETTIVA PER I GRANDI ANZIANI

VIVAnet

La rivoluzione della proattività

Prevenire. Valutare.
Connettere.

Prof. Leonardo Palombi | Università di Roma Tor Vergata



NON È SOLO UNA TECNOLOGIA: È UNA RESPONSABILITÀ DEL SSN

La rivoluzione copernicana: cambia chi si muove

ATTESA



deve riconoscere il bisogno e chiedere



SERVIZIO

PROATTIVITÀ



raggiunge, propone, segue nel tempo



SSN + RETE

Raggiungere anche chi non chiede, non sa come fare o non viene ascoltato.

PROATTIVITÀ · VALUTAZIONE DI PRECISIONE E CONTINUITÀ · RELAZIONE

Tre pilastri della stessa rivoluzione



[Dalla valutazione ai servizi →](#)

L'Italia «lontana»

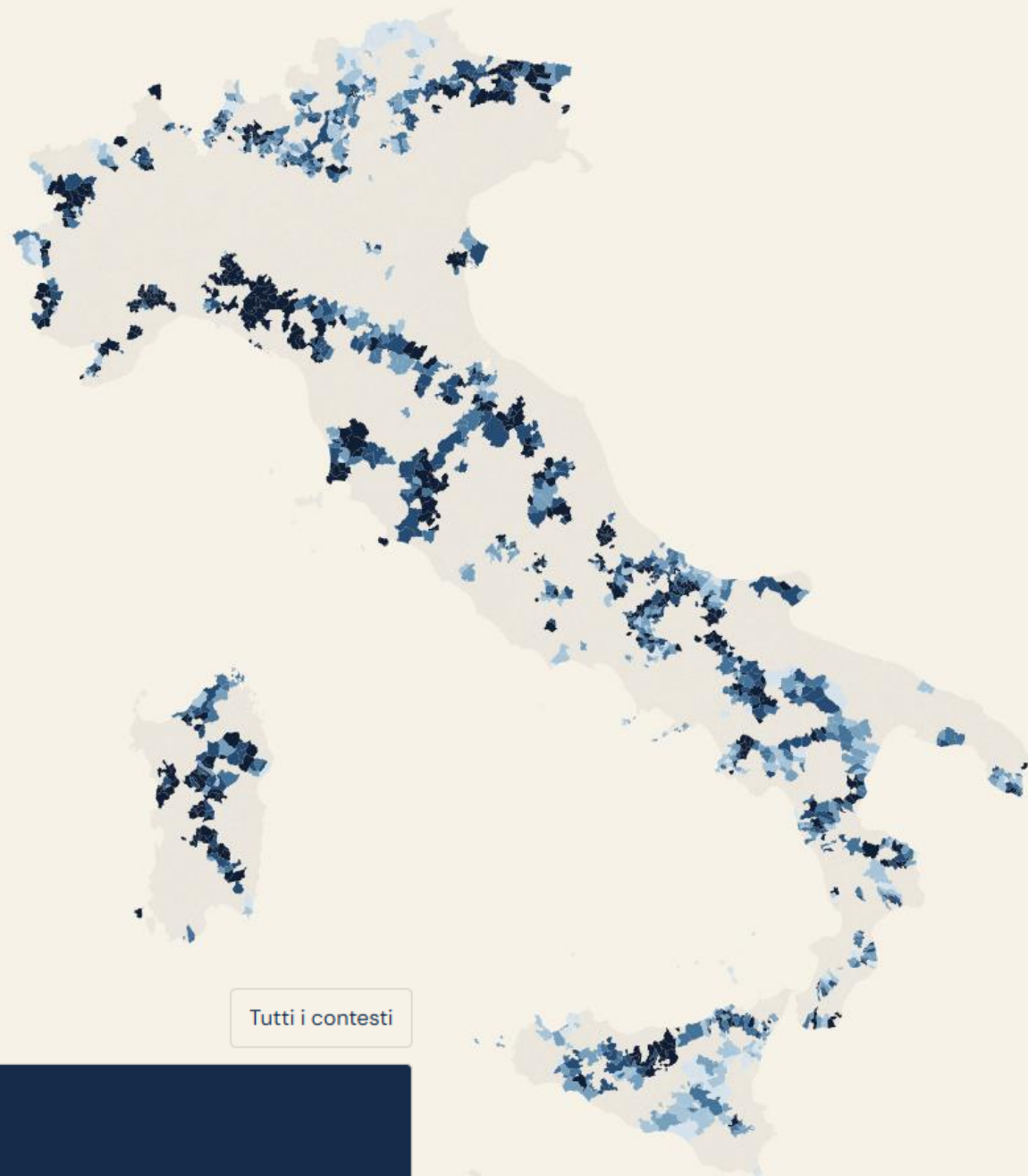
Lontano da un centro

Periferico

Circa 41–67 min

374.292

persone 80+ · 1524 Comuni



Tutti i contesti

Zone rurali

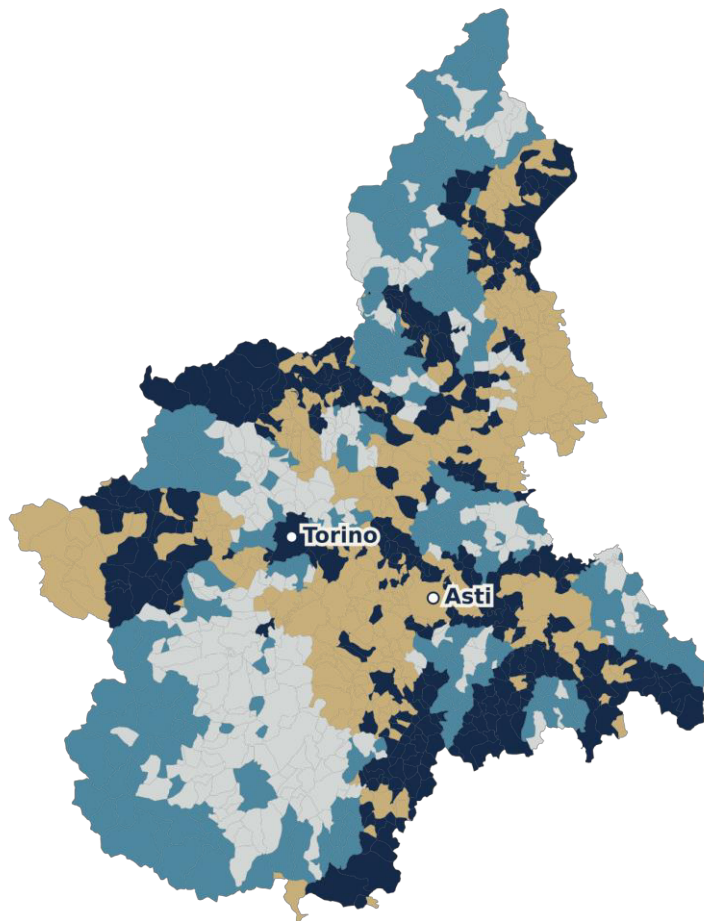
9,01% residenti di almeno 80 anni

193.922 persone · 1307 Comuni

Piemonte: una rete di prossimità per i grandi anziani

1.180 Comuni: demografia locale e contesto dei servizi sociali

Quota 80+ comunale (2026) × presa in carico sociale dell'ente gestore (2024), non del singolo Comune.



379.102

residenti di almeno 80 anni in Piemonte

8,91% della popolazione · stime Istat, 1° gennaio 2026

144.167

80+ vivono nei 332 Comuni evidenziati in blu scuro

Quota 80+ del Comune sopra la media; presa in carico sociale dell'ente gestore sotto la media.

QUOTA 80+ DEL COMUNE / PRESA IN CARICO DELL'ENTE

- Quota 80+ alta · presa in carico bassa
- Quota 80+ alta · presa in carico alta
- Quota 80+ bassa · presa in carico bassa
- Quota 80+ bassa · presa in carico alta

Soglie regionali: 80+ 8,91%; presa in carico 6,82 ogni 100 anziani. Non è una stima delle persone senza assistenza.

Source: Istat Demo 2026 · Regione Piemonte, servizi sociali 2024, tab. 1.4, 1.6-1.7 · Raccordo enti-Comuni · Elaborazione Età Grande

TUTTI I PARTECIPANTI | RUOLI DIVERSI, UNA PRESA IN CARICO

Una rete riconoscibile intorno alla persona

UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA · coordinamento scientifico

PROSSIMITÀ E ACCESSO

Viva gli Anziani! / Sant'Egidio
Poste Italiane / Plurima

TECNOLOGIE E FLUSSI

Nautilus NGA - Next Care
Domethics ·

PRESIDI: A2C · privacy e DPIA | **EuResist · rendicontazione**

Collaborazione territoriale: ASL Roma 2, municipi VI e VIII. Curanti e reti locali partecipano ai percorsi.

VIVAnet | Leonardo Palombi | Asti, 25 settembre 2026

CLINICA E DOMICILIO

ASL Roma 1 · ASL Roma 5
Policlinico Tor Vergata · SANIMEDICA

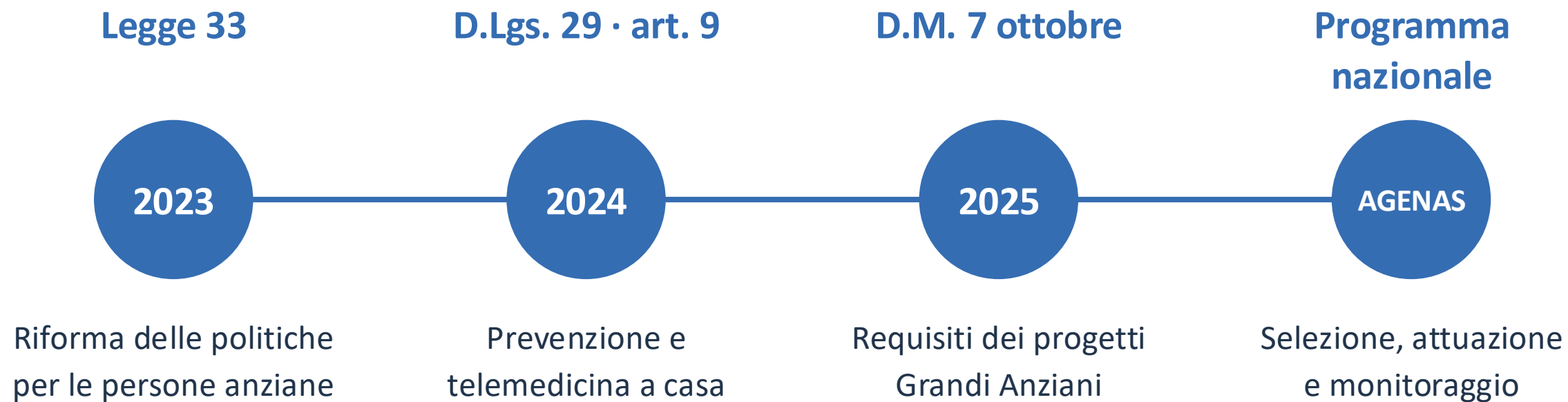
VALUTAZIONE E CONTENUTI

Web TV e SFERA - Fondazione Età Grande
Data Intelligence BI Health



DALLA RIFORMA ALLA SPERIMENTAZIONE

La legge 33 apre la strada; AGENAS la rende operativa



[Legge 33/2023](#)

[D.Lgs. 29/2024, art. 9](#)

[D.M. 7 ottobre 2025](#)

D.L. 144/2026 | EMENDAMENTI NELL'ITER DI CONVERSIONE

Dalle prestazioni a un sistema di assistenza realmente integrato

Non solo telemedicina: una presa in carico integrata a domicilio.



PROPOSTA IN ESAME: conversione non ancora avvenuta. Attuazione subordinata agli atti previsti.

[Source: emendamento e quadro della sperimentazione](#)

[Iter parlamentare C. 3083](#)

LA RETE DEI PARTNER | UNA CAPACITÀ OPERATIVA COERENTE CON IL NUOVO INDIRIZZO

VIVAnet: un'esperienza per la nuova fase

UTV: coordinamento scientifico | BI Health: dati ed esiti

VALUTARE E PERSONALIZZARE

SFERA • Fondazione Età Grande

Bisogni → PAINT → rivalutazione

COLLEGARE CASA E RETE

Domethics • Nautilus NGA

Gateway, sensori, Web TV e flussi

Le centrali coordinano i segnali e le risposte. Le emergenze acute seguono le vie tradizionali.

VIVAnet | Leonardo Palombi | Asti, 25 settembre 2026

RAGGIUNGERE E ASCOLTARE

Viva gli Anziani! / Sant'Egidio

Poste / Plurima: accesso e logistica

VALUTARE E INTERVENIRE

Next Care • PTV • ASL / curanti

SANIMEDICA: équipe a domicilio



**PERSONA
A CASA**

IL PROGRAMMA NAZIONALE AGENAS

Non un progetto isolato: una svolta di sistema

58

progetti selezionati

≈60.000

grandi anziani

150 M€

risorse PNRR

18 mesi | Persone di almeno 80 anni con cronicità | Non già in ADI

AGENAS, comunicazione del 26 giugno 2026. Dati nazionali, non riferiti al solo VIVAnet.

QUATTRO TRASFORMAZIONI

La proattività cambia il modo di organizzare la cura

QUANDO	Dopo la crisi	————→	Prima del peggioramento
CHI SI MUOVE	La persona chiede	————→	La rete cerca il bisogno
CHE COSA SI VEDE	Una prestazione	————→	La fragilità biopsicosociale
CHE COSA SI VERIFICA	L'atto erogato	————→	Continuità ed esiti

Non solo prestazioni: responsabilità di continuità.

LA SPERIMENTAZIONE NEL LAZIO

VIVAnet rende concreta questa direzione

≈4.700

persone previste a Roma e
provincia

Università di Roma Tor Vergata
Coordinamento e responsabilità scientifica

UN UNICO MODELLO

Relazione umana e prossimità
Valutazione e piano personalizzato
Prevenzione e telemedicina
Dati per verificare gli esiti

[Territori e nodi specialistici →](#)

VIVA GLI ANZIANI! | LA TECNOLOGIA LA SOSTIENE, NON LA SOSTITUISCE

La prima infrastruttura è una relazione affidabile



Viva gli Anziani!: evidenze su ricoveri e residenzialità, non risultati VIVAnet.

Evidenza e limiti →

STUDI PREGRESSI | RISULTATI OSSERVATI, NON EFFETTI GIÀ DIMOSTRATI PER VIVANET

Ricoveri e residenzialità: l'evidenza di Viva gli Anziani!

[Torna alla relazione →](#)

RICOVERI OSPEDALIERI

Eventi per 1.000 anni-persona

Controlli  **251,6**

Viva gli Anziani!  **167,3**

-33,5% differenza grezza
del tasso di ricovero

515 persone · 6 mesi · studio quasi-sperimentale
Associazione aggiustata per età, sesso e fragilità: $p = 0,013$.

Studi non randomizzati: possibili confondenti. Le percentuali non sono stime causali né risultati VIVAnet.

[Source: Liotta et al., Ann Ig 2018](#)

INGRESSI IN RESIDENZIALITÀ

Tassi per 1.000 riportati nello studio

Riferimento esterno  **9,7**

Viva gli Anziani!  **6,6**

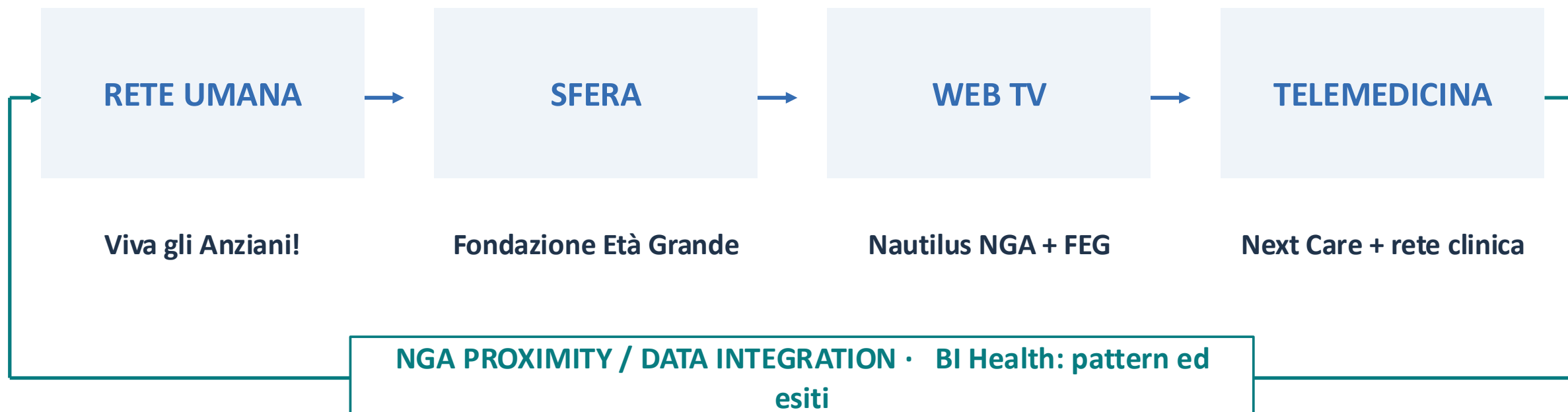
-32% differenza descrittiva
rispetto al riferimento

1.408 persone · anno 2011 · 9 ingressi osservati
Confronto esterno: nessun controllo contemporaneo.

[Marazzi et al., Advances in Aging Research 2015](#)

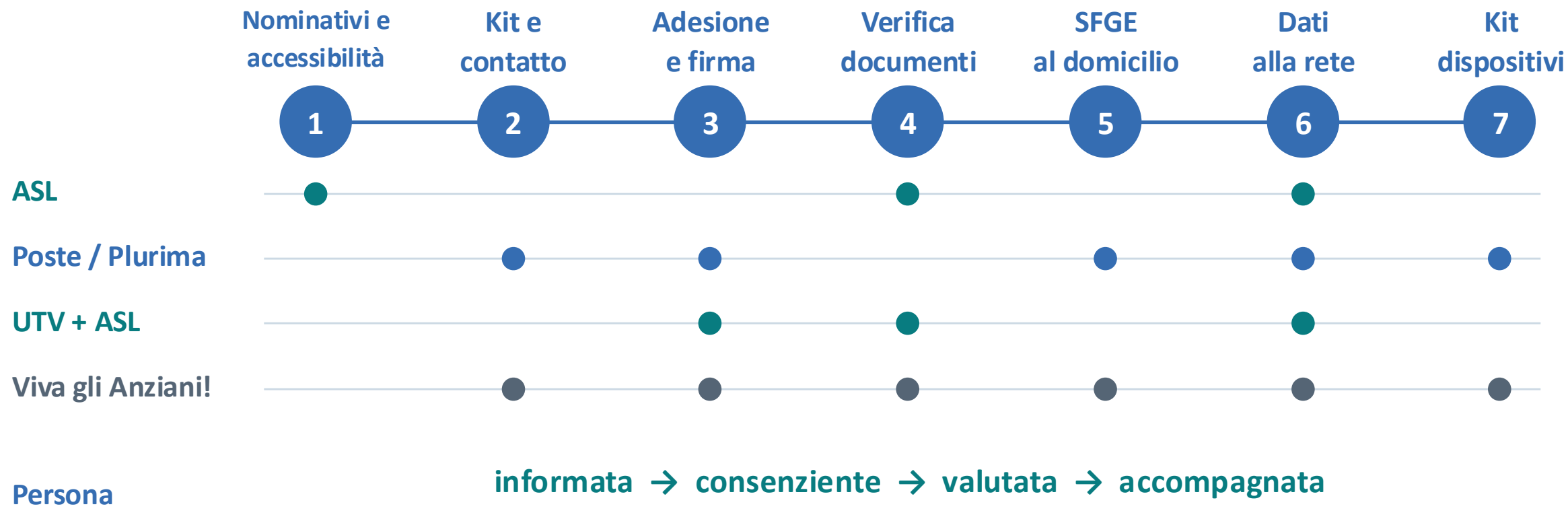
RETE UMANA, VALUTAZIONE, PARTECIPAZIONE, TELEMEDICINA E DATI

Non cinque prodotti: un unico circuito di cura



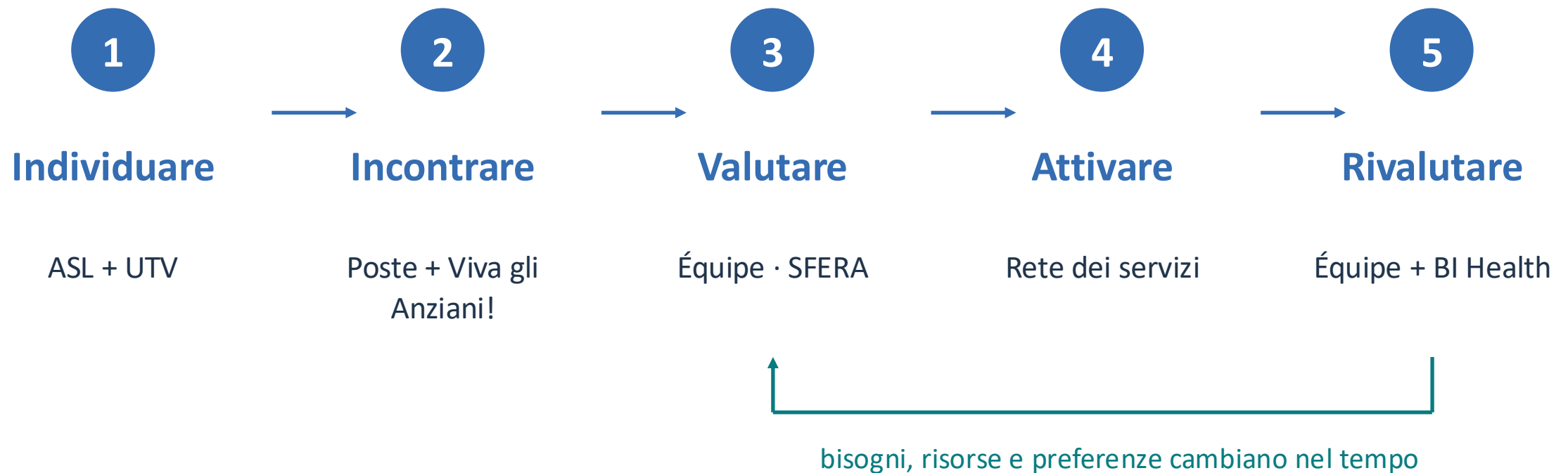
LA ASL FORNISCE I NOMINATIVI E GARANTISCE L'ACCESSIBILITÀ; POI POSTE / PLURIMA

ASL, Poste e Viva gli Anziani!: un arruolamento accompagnato



UN PERCORSO CONTINUO, CON RITORNO DELLA VALUTAZIONE

La persona non attraversa sportelli separati



SISTEMA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE EVOLUTIVA, RICORSIVA E ADATTIVA

SFERA: leggere la persona, non soltanto la diagnosi



Fondazione Età Grande: SFERA · Équipe della rete: valutazione, piano e rivalutazione.

VALUTARE PER PREVENIRE E ASSEGNARE I SERVIZI APPROPRIATI

Dal bisogno alla risposta: il PAINT rende SFERA operativa

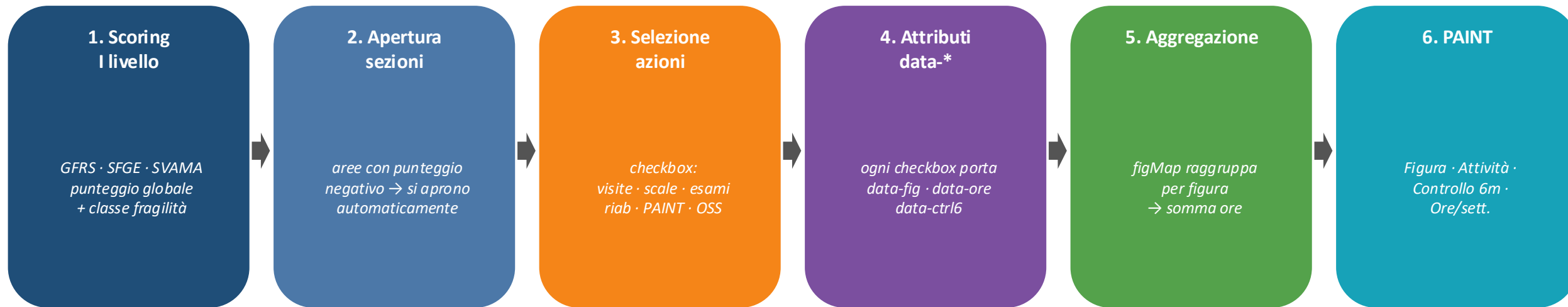


Liotta et al.: validità predittiva della SFGE; non validazione dell'intero sistema SFERA.

[Profili domiciliari →](#)

SFERA esprime gli interventi in modo granulare: Il flusso della granularità in 6 passi

dallo scoring alla tabella attuatori del PAINT



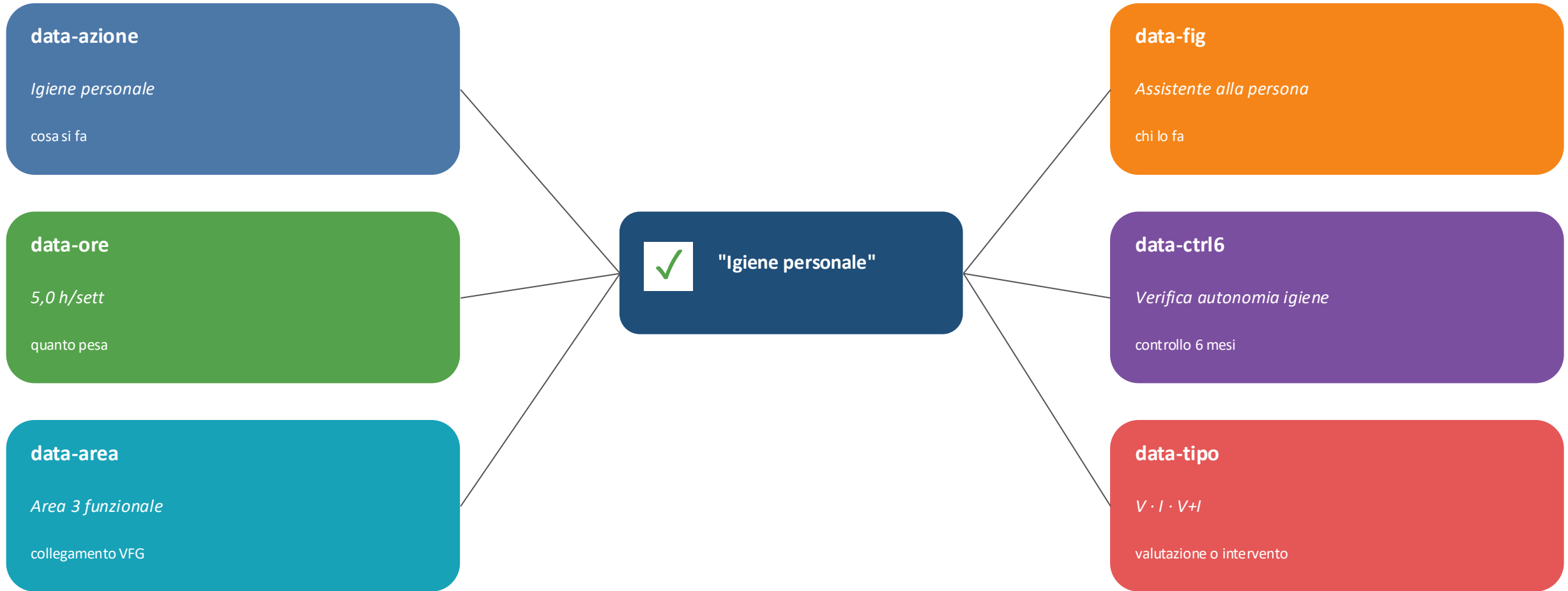
CONCETTO CHIAVE

Le ore nel PAINT non derivano da una formula matematica sul punteggio VFG.

Derivano dalla selezione GRANULARE delle azioni. Il punteggio decide QUALI sezioni si aprono; il valutatore decide QUANTE azioni attivare.

Anatomia di una checkbox SFERA: per questo SFERA è Evolutiva, Adattiva e Ricorsiva

ogni azione selezionata è una "scheda strutturata" (tupla) di 6 attributi



Nota: per «scheda strutturata (tupla)» si intende un insieme ordinato e coerente di valori che descrivono un singolo oggetto — qui: l'azione assistenziale. I 6 attributi viaggiano sempre insieme e non sono scomponibili.

ESEMPIO DIDATTICO SFERA | NON UN PACCHETTO STANDARD VIVANET

Le azioni costruiscono il PAINT: dal dettaglio al fabbisogno

AZIONI SELEZIONATE

ORE / SETTIMANA PER FIGURA

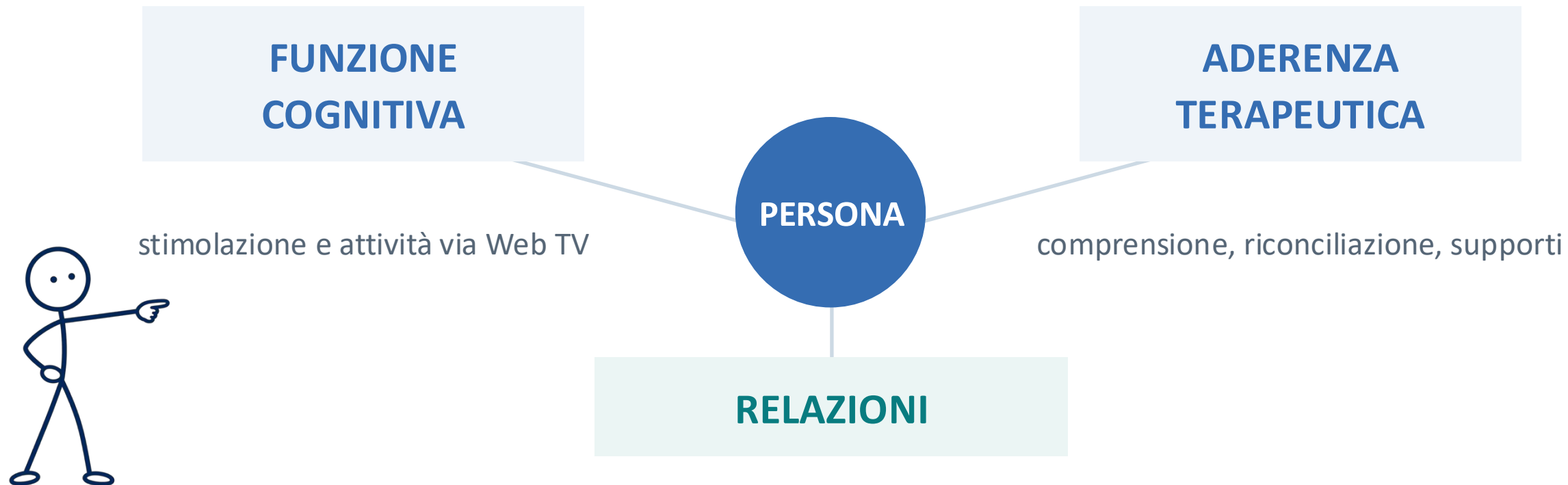
Igiene 5 + pasti 7	→ Assistente alla persona	12,0
Riab. cardio 3 + recupero motorio 2	→ Fisioterapista	5,0
Ambiente 1,5 + ausili 1,5	→ Terapista occupazionale	3,0
Esercizio adattato 2	→ Chinesiologo	2,0

22,0

ore/settimana = somma delle azioni, non formula sul punteggio

IL NUCLEO DI PREVENZIONE PREVISTO DAL PROGRAMMA AGENAS

Tre obiettivi, una sola persona



AGENAS: tre finalità integrate del programma Grandi Anziani.

IL BISOGNO HA UN DESTINATARIO; LA RISPOSTA HA UN RESPONSABILE

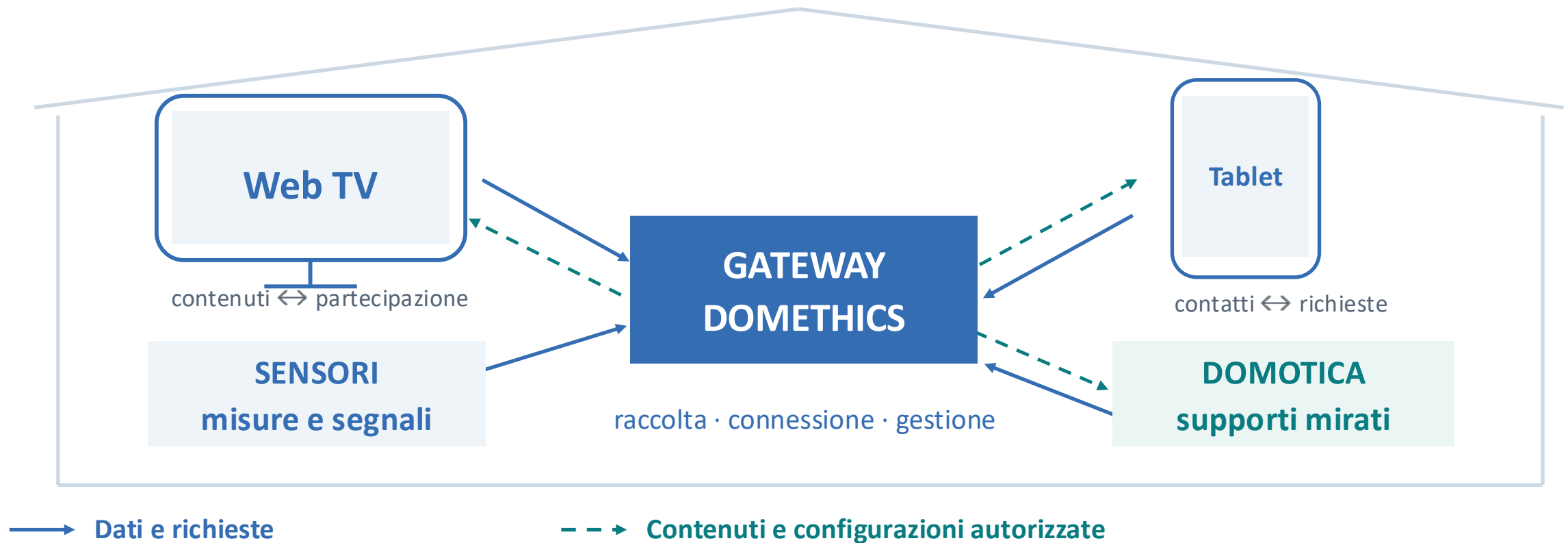
Quattro centrali, una sola presa in carico



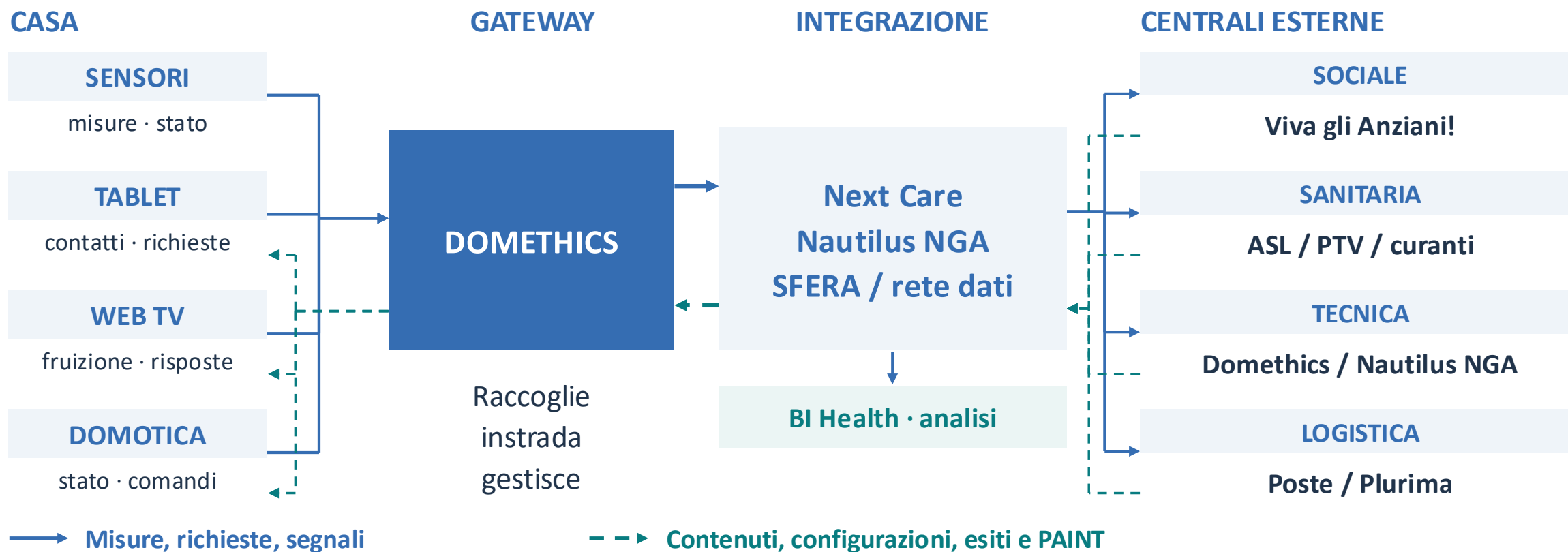
[Sicurezza e responsabilità →](#)

DOMETHICS | TV, TABLET, SENSORISTICA E DOMOTICA

Dentro casa: un gateway, funzioni diverse



Dati in ingresso. Decisioni e risposte in uscita.



FONDAZIONE ETÀ GRANDE: CONTENUTI E PALINSESTO | NAUTILUS NGA: PIATTAFORMA

La Web TV: otto porte per entrare in relazione

INFORMAZIONE

TG delle buone notizie

CINEMA E MEMORIA

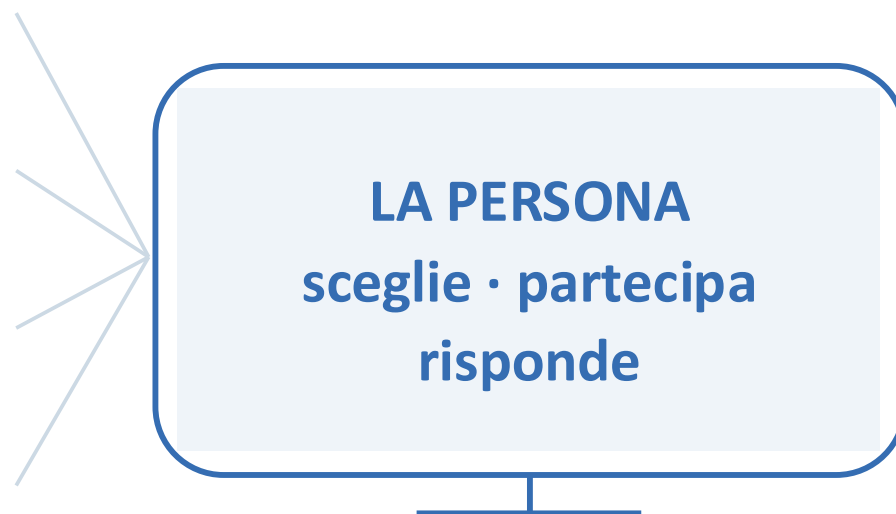
Cineforum · ricordi

MUSICA E ASCOLTO

Musica · audiolibri

MENTE E CULTURA

Mente attiva · viaggi virtuali



MOVIMENTO E SALUTE

Tele-APA · nutrizione

CURA E CLINICA

La cura giusta · aderenza

IMPARARE E CREARE

Digitale · laboratori

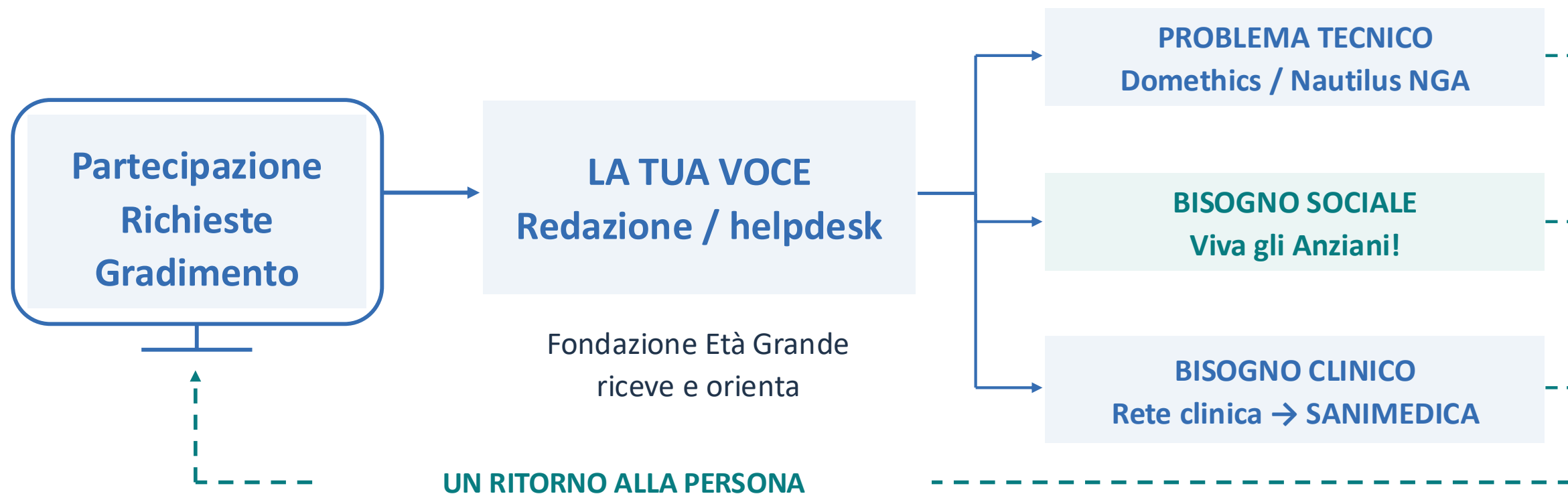
SPIRITO E COMUNITÀ

Mons. Paglia · La tua voce

Contenuti culturali + prevenzione + un ritorno personale.

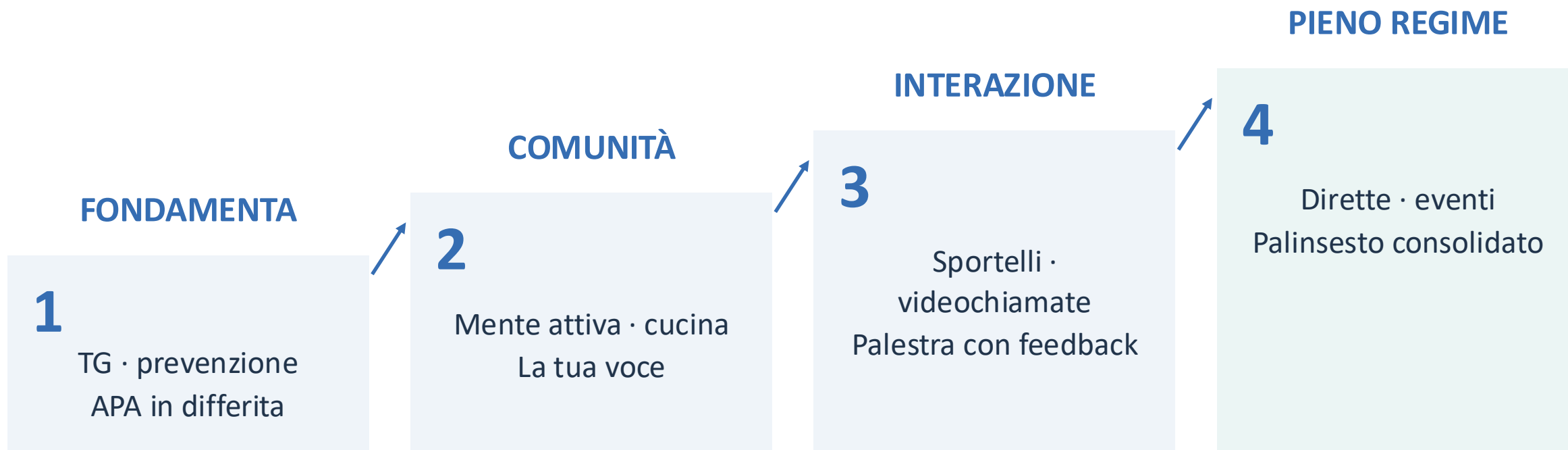
“LA TUA VOCE” | IL CONTENUTO APRE UN CONTATTO, NON CHIUDE IL RAPPORTO

Una TV che ascolta: dalla partecipazione alla risposta



AVVIO PROGRESSIVO | PIÙ CONTENUTI, PIÙ PARTECIPAZIONE, SENZA SOVRACCARICARE

La Web TV cresce per ondate, non per canali separati



Ogni passaggio richiede diritti, accessibilità, appropriatezza e capacità di risposta.

[Torna alla Web TV →](#)

VALUTAZIONE PROFESSIONALE PRIMA DELLA RISPOSTA | NON UN SISTEMA DI EMERGENZA

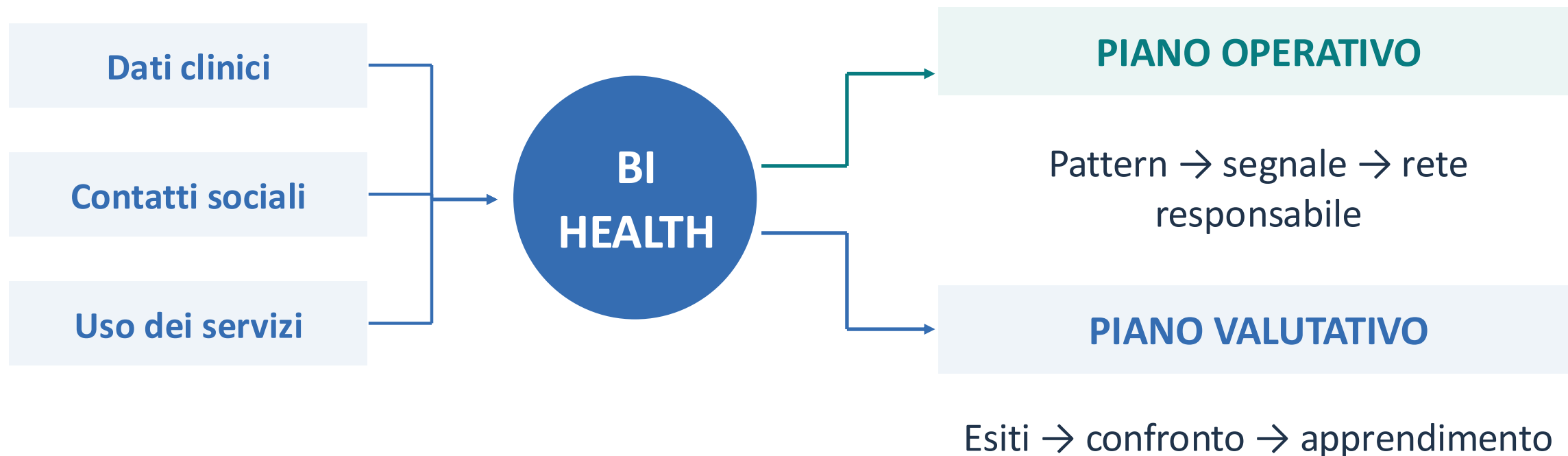
Dal segnale alla casa: qui interviene SANIMEDICA



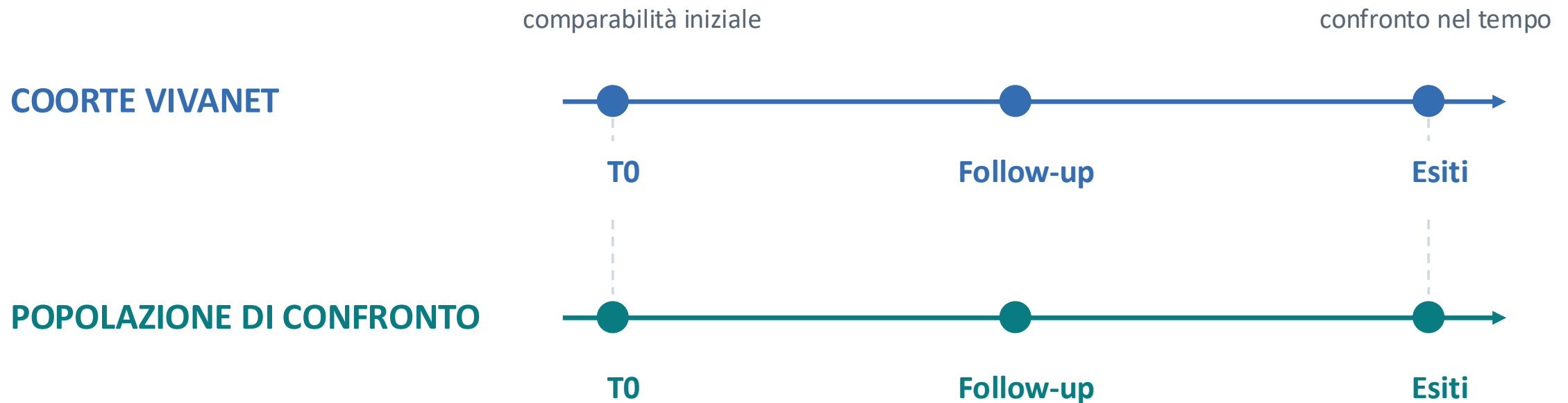
L'esito ritorna alla rete e aggiorna il PAINT.

LA DATA INTELLIGENCE SOSTIENE LE DECISIONI, NON LE SOSTITUISCE

BI Health: leggere i segnali, verificare gli esiti

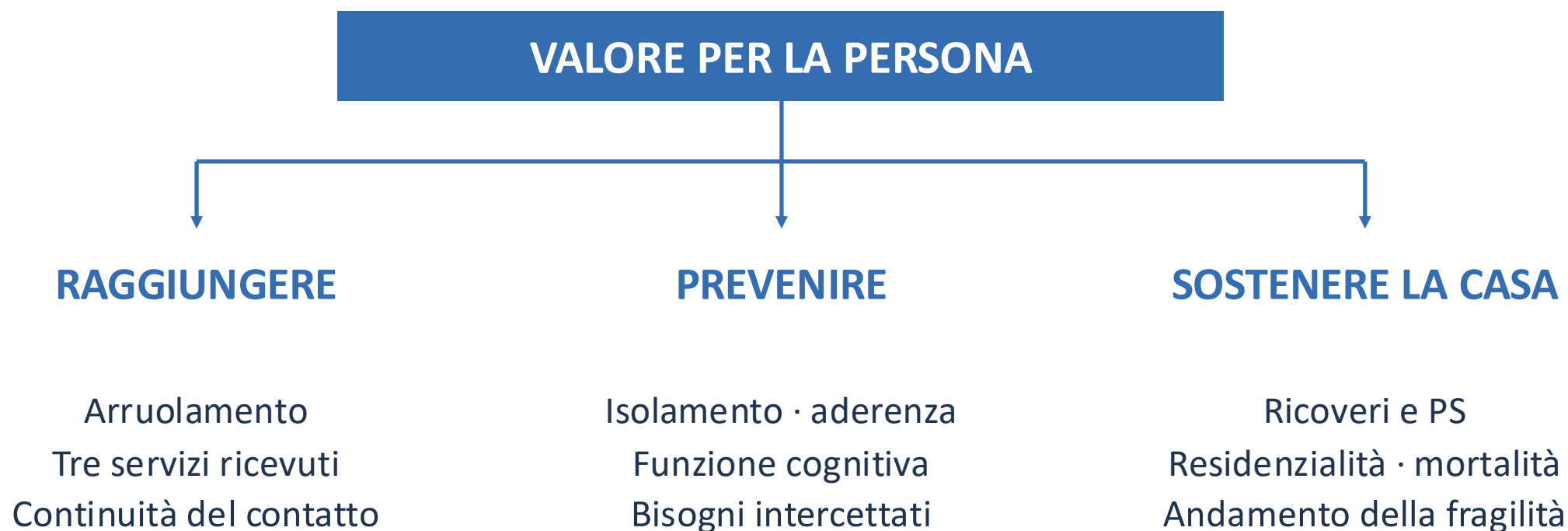


La promessa della proattività va verificata



Disegno osservazionale: matching per propensity score, aggiustamento, non prova causale automatica.

Misurare una presa in carico, non soltanto connessioni



Sono indicatori ed esiti attesi, non risultati già conseguiti.

DOPO LA SPERIMENTAZIONE

Il lascito: una capacità ordinaria del SSN

**18 MESI
DI PROGETTO**



**CONTINUITÀ
NEL TERRITORIO**

Responsabilità stabili

Protocolli replicabili

Risorse sostenibili

LA RIVOLUZIONE COPERNICANA PRENDE FORMA

Raggiungere. Valutare. Connettere.



**VIVAnet: restare a casa,
senza restare soli.**

[Apri gli approfondimenti →](#)

NAVIGAZIONE

Approfondimenti per la discussione

[Evidenza scientifica e limiti →](#)

[SFERA: sei profili domiciliari →](#)

[Web TV: quattro ondate →](#)

[Governance, sicurezza e risposta →](#)

[Articolazioni territoriali →](#)

[La rete dei soggetti coinvolti →](#)

[Torna alla conclusione →](#)

Sei profili per modulare il supporto a casa

P1 | Robusto / pre-fragile

Prevenzione e mantenimento dell'autonomia

P2 | Fragile non d'organo

Multimorbilità, funzione e rete di supporto

P3 | Cardiopatico

Continuità della cura e monitoraggio mirato

P4 | Diabetico complicato

Autogestione assistita e collegamento clinico

P5 | Respiratorio

Bisogni respiratori e supporto alla funzione

P6 | Decadimento cognitivo

Sicurezza, caregiver e partecipazione

La persona non coincide con il profilo: bisogni e intensità si rivalutano.

[Torna a SFERA →](#)

Nessun segnale senza una responsabilità definita

Privacy | A2C

DPIA, protezione dei dati, ruoli, accessi e tracciabilità, pseudonimizzazione.

Analisi / valutazione

BI HEALTH Tor Vergata: pattern e segnali; rete clinica: valutazione del bisogno.

Risposta a domicilio

SANIMEDICA: medici, infermieri e OSS, in raccordo con ASL / PTV / curanti.

Continuità / guasti

Nautilus NGA: help desk e gestione malfunzionamenti; Poste / Plurima: logistica.

Rendicontazione

EuResist partecipa; i partner documentano attività e spese.

Il servizio non sostituisce i canali di emergenza. Orari e livelli di servizio vanno esplicitati.

[Torna alle funzioni di regia →](#)

Lo stesso modello, bisogni territoriali differenti

ROMA

Centro, semicentro e periferie.
Rete sociale di prossimità.
Integrazione con i servizi territoriali.

ASL ROMA 5

Cimuni aree interne, periferici e ultraperiferici
Percorso oncologico non in ADI.
Supporto domiciliare e mobilità.

POLICLINICO TOR VERGATA

Nodo specialistico.
Valutazione geriatrica.
Riconciliazione terapeutica e teleconsulti.
Supporto al percorso oncologico

Articolazioni di attuazione: non un consuntivo di arruolamento o attivazione.

[Torna al progetto →](#)

COMMISSIONI RIUNITE
V (BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE) E
VIII (AMBIENTE, TERRITORIO E LAVORI PUBBLICI)

**DL 144/2026: Disposizioni urgenti per la funzionalità
della pubblica amministrazione e degli enti territoriali,
nonché in materia di protezione civile**

C. 3083 Governo

**Proposte emendative 3.48, 4.133, 4.134,
7.07, 11.012, 13.08, 13.09 e 14.40 dei**

Aggiungere, in fine, i seguenti commi:

10-bis. Al fine di assicurare l'ulteriore rafforzamento dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'ambito domiciliare e alla popolazione di età superiore a 65 anni, non escludendo anche altre fasce di età per prestazioni di telemedicina specifiche, è promossa la sperimentazione delle prestazioni sanitarie in telemedicina da attuare localmente come iniziative integrate di Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, comuni e ambiti territoriali, Università ed enti del Terzo settore e del volontariato al fine di valutarne fattibilità, efficacia, rapporto costi-benefici e sostenibilità.

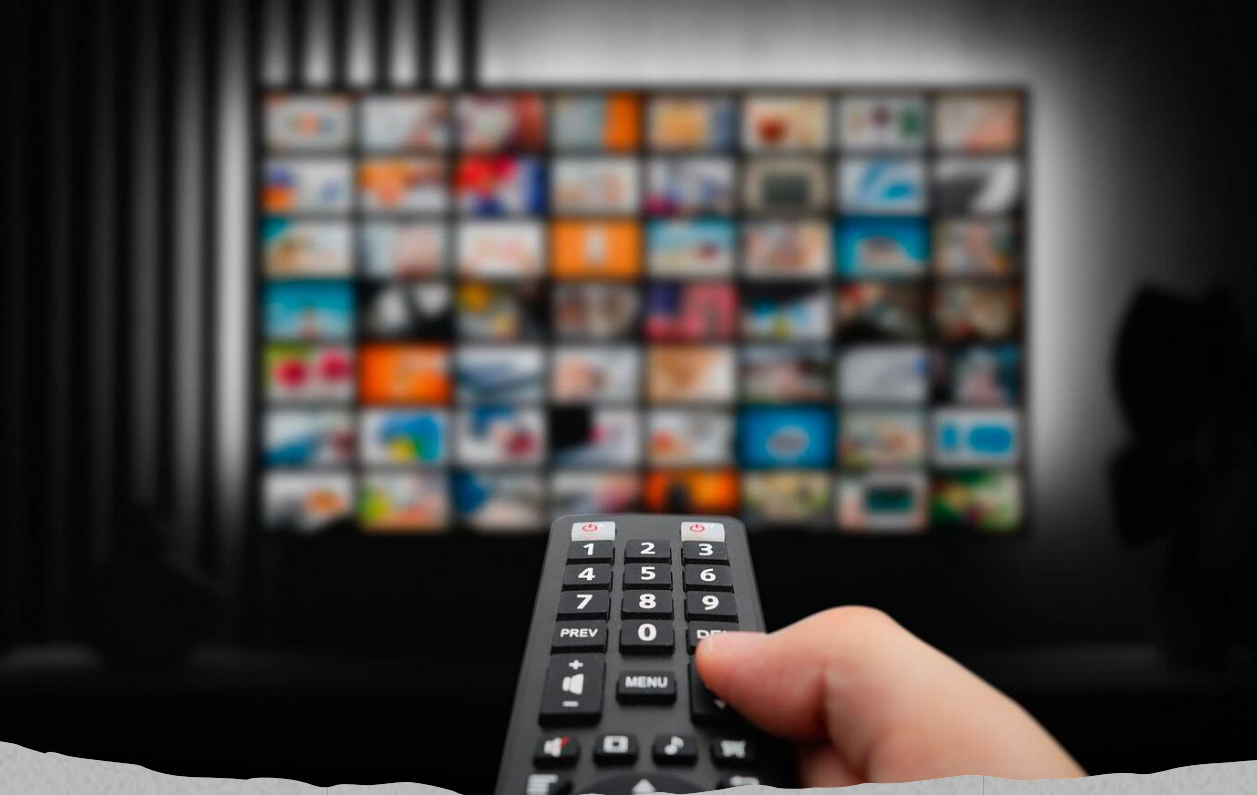
10-ter. La sperimentazione di cui al comma *10-bis* deve:

- a)* valorizzare e portare a sistema buone pratiche già esistenti nel campo della continuità assistenziale ospedale territorio;
- b)* validare forme e modelli di organizzazione a rete dei servizi e del personale negli interventi domiciliari, anche allo scopo di implementare efficacemente i servizi di tecnoassistenza, ovvero percorsi digitalizzati e con interventi a distanza di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza, teleservizi nonché modelli organizzativi innovativi di presa in carico digitale e continuità assistenziale evoluta, anche ispirati ai paradigmi dell'ospedale virtuale;
- c)* implementare e valutare forme di integrazione tra servizi sanitari e sociali coinvolgendo gli enti erogatori sia della valutazione multidimensionale integrata, che nel disegno del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e nella erogazione dei servizi stessi.

10-quater. La sperimentazione di cui al comma *10-bis* è avviata attraverso una prima fase pilota tramite la regione Lazio e la regione Lombardia, alla quale seguirà una seconda fase estesa anche alle altre aree territoriali, assicurando coerenza con le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, finalizzate al traguardo M6C1-4, della Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nonché con le progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina, così come stabiliti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, in qualità di soggetto responsabile dell'attuazione del subinvestimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", nell'ambito del predetto Investimento.

10-quinquies. La sperimentazione è disciplinata con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

10-sexies. Agli oneri derivanti dalla sperimentazione di cui al comma *10-bis*, pari a 350 milioni di euro, si provvede mediante le risorse di cui alla linea di investimento M6C11.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).



Grazie