

Caratteristiche della domanda di Assistenza Domiciliare e Residenziale ASL CN2 Alba-Bra. Gen.2024– Set.2025

Characteristics of the demand for Home and Residential Care ASL CN2 Alba–Bra. Jan 2024 – Sept 2025

MIRKO PANICO¹, ANNAMARIA GIANTI²

¹ Distretto 1. ASL CN2 Alba-Bra

² Distretto 2. ASL CN2 Alba-Bra

email: mpanico@aslcn2.it

Riassunto: Il presente report analizza le caratteristiche della domanda di assistenza alla prima valutazione dei pazienti che necessitano di interventi in ambito domiciliare e residenziale della ASL CN2-Alba-Bra, nel periodo tra gennaio 2024 e settembre 2025. Pertanto il report è articolato in due sezioni: la prima descrive la domanda di assistenza alla prima valutazione in Assistenza Domiciliare; mentre la seconda descrive la domanda alla prima valutazione in Assistenza Residenziale.

Assistenza Domiciliare: delle 18.470 prime valutazioni, effettuate nell'assistenza domiciliare, la quota maggiore riguarda l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), pari al 41,3% dei casi, seguita dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) (36,0%), dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (20,9%) e dalle Cure Palliative domiciliari (1,5%). Le Cure di riabilitazione di Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF) rappresentano lo 0,3%. Gli assistiti presentano tipicamente età avanzata, multimorbilità e frequente compromissione cognitiva o comportamentale. Nell'ADP (7.627 valutazioni), quasi il 90% degli utenti ha almeno 75 anni, con una netta prevalenza femminile (68,7%). Oltre la metà manifesta disturbi cognitivi moderati o gravi, e il profilo clinico è dominato da condizioni cronico-degenerative. L'ADI (3.863 valutazioni) coinvolge un'utenza simile: gli ultra 75enni sono circa il 71%. I tempi di attivazione rimangono molto rapidi, pur con un lieve rallentamento nel 2025. Il setting RRF (48 casi) include prevalentemente pazienti con fratture, artropatie o esiti neurologici; seppur numericamente contenuti, richiedono interventi riabilitativi intensivi.

Assistenza Residenziale: dalle 2.579 prime visite, emerge la netta prevalenza dell'Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria (CAVS), che rappresenta

oltre quattro quinti dei casi (81,7%), confermandosi come principale risposta ai bisogni post-acuti e di transizione ospedale-territorio. Le altre forme di assistenza – residenziale ordinaria (11,4%), residenziale temporanea non sanitaria (6,4%) e semi-residenziale (0,5%) – mostrano un peso minore e in lieve contrazione nel periodo osservato. Il profilo degli utenti è prevalentemente geriatrico e fragile, con alta incidenza di compromissione funzionale e cognitiva, e una forte componente di motivazioni sociali o familiari nei percorsi non sanitari.

Abstract: This report analyses the characteristics of the demand for care at the first assessment of patients seeking home care and residential care within ASL CN2–Alba-Bra, in the period between January 2024 and September 2025.

Accordingly, the report is structured into two sections: the first describes the demand for care at the first assessment in Home Care, while the second describes the demand for care at the first assessment in Residential Care.

Home Care: Among the 18,470 first assessments carried out in home care, the largest share concerns Scheduled Home Care (ADP), accounting for 41.3% of cases, followed by the Home Nursing Service (SID) (36.0%), Integrated Home Care (ADI) (20.9%), and Home Palliative Care (1.5%). Rehabilitative care (RRF) represents 0.3%.

Patients typically present with advanced age, multimorbidity and frequent cognitive or behavioural impairment. In ADP (7,627 assessments), almost 90% of users are at least 75 years old, with a clear predominance of women (68.7%). More than half exhibit moderate or severe cognitive impairment, and the clinical profile is dominated by chronic–degenerative conditions. ADI (3,863 assessments) involves a similar population: approximately 71% are aged 75 or older. Activation times remain very rapid, though with a slight slowdown in 2025. The RRF setting (48 cases) mainly includes patients with fractures, arthropathies or neurological sequelae; although limited in number, these cases require intensive rehabilitative interventions.

Residential Care: Based on 2,579 first assessments, Temporary Health Residential Care (CAVS) clearly predominates, accounting for more than four-fifths of cases (81.7%), confirming its role as the main response to post-acute and hospital-to-community transition needs. Other types of care — ordinary residential care (11.4%), temporary non-medical residential care (6.4%), and semi-residential care (0.5%) — show a smaller weight and a slight decline over the observation period.

The user profile is predominantly geriatric and frail, with a high incidence of functional and cognitive impairment, and with a significant component of social or family-related motivations in non-medical pathways.

Premessa

Il presente report le caratteristiche della domanda di assistenza nei due ambiti distinti rispettivamente degli interventi domiciliari e dell'offerta residenziale della ASL CN2-Alba-Bra, con riferimento alla prima valutazione, nel periodo tra gennaio 2024 e settembre 2025.

Sezione 1: Assistenza Domiciliare

Introduzione

Nel periodo osservato emergono complessivamente 18.470 prime valutazioni, con prevalenza dell'Assistenza Domiciliare Programmata (41,3%), seguita dal Servizio Infermieristico Domiciliare (36,0%), dall'Assistenza Domiciliare Integrata (20,9%) e dalle Cure Palliative domiciliari (1,5%). Il quadro delineato conferma il ruolo cruciale dell'assistenza territoriale nel rispondere ai bisogni della popolazione anziana e fragile del territorio, con un orientamento crescente verso la gestione di condizioni croniche e situazioni di complessità clinico-assistenziale.

Particolare rilevanza assume la tempestività di risposta: nella maggior parte delle tipologie assistenziali, l'intervallo tra presa in carico e prima valutazione avviene nel medesimo giorno. Il documento si propone come strumento di monitoraggio e valutazione sistematica, finalizzato a supportare la programmazione sanitaria aziendale, individuando punti di forza, aree di miglioramento e tendenze evolutive utili alla pianificazione strategica dell'assistenza domiciliare.

Distribuzione delle prime valutazioni per tipologia di cura

Nel periodo considerato (gen.2024-set.2025) prevale l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), che incide per il 41,3% del totale (7.627 casi), seguita dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) con 36,0% (6.647), dall'ADI con 20,9% (3.863) e dalle Cure palliative domiciliari con 1,5% (285). Le Cure riabilitative RRF sono marginali (0,3%, 48) e compaiono in modo rilevante solo a marzo 2025. Il volume totale mostra picchi nei primi

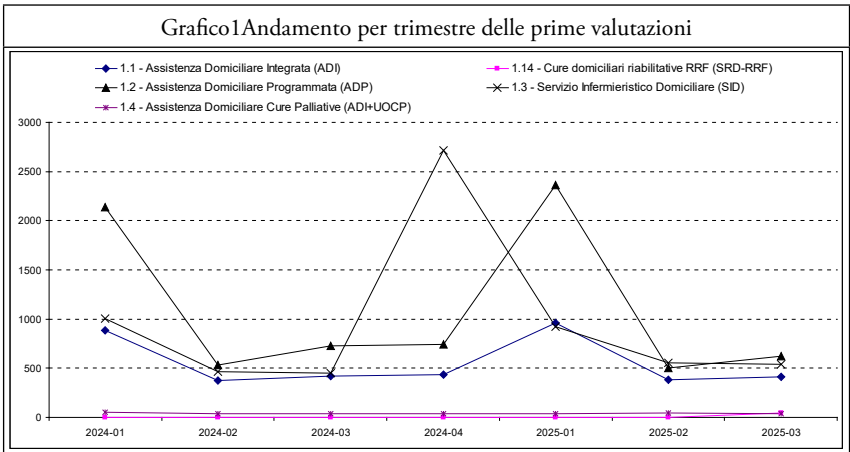


Tabella 1: Distribuzione delle prime valutazioni per progetto assistenziale

Anno trim	1.1 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)		1.14 - Cure domiciliari riabilitative RRF (SRD-RRF)		1.2 - Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)		1.3 - Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)		1.4 - Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)		Totale
	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga	N
2024-01	887	21.8	.	.	2136	52.4	1002	24.6	51	1.3	4.076
2024-02	373	26.5	1	0.1	530	37.7	465	33.1	36	2.6	1.405
2024-03	417	25.5	.	.	729	44.6	448	27.4	40	2.4	1.634
2024-04	433	11.0	.	.	744	18.9	2717	69.1	37	0.9	3.931
2025-01	958	22.4	.	.	2360	55.2	920	21.5	41	1.0	4.279
2025-02	382	25.6	.	.	505	33.9	557	37.4	46	3.1	1.490
2025-03	413	25.0	47	2.8	623	37.6	538	32.5	34	2.1	1.655
Totale	3863	20.9	48	0.3	7627	41.3	6647	36.0	285	1.5	18.470

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

1) Caratteristiche demografiche. Nel periodo (1° trim. 2024–3° trim. 2025) si sono svolte N=3.863 prime valutazioni, per un’utenza ADI prevalentemente anziana: 85–94 anni 35,3% e 75–84 anni 29,3%; seguono 65–74 anni 14,4%. In sintesi, gli ultra-75enni rappresentano il 70,9% del totale (“poco più di due terzi”), confermando un fabbisogno concentrato nelle età più avanzate. Nel totale periodo le femmine sono il 56,3% contro il 43,7% dei maschi, coerentemente con l’età avanzata. Le quote maschili oscillano fra 40,6% e 47,0%, senza scostamenti strutturali evidenti. La distribuzione per età è stabile fra i trimestri: la classe 85–94 anni è costante-

mente la più rappresentata e, insieme alla 75–84 anni, costituisce il nucleo della domanda ADI.

2) Tempi tra accettazione richiesta, presa in carico e prima valutazione. I tempi sono globalmente rapidi ma con segnali di rallentamento nel 2025: l'intervallo di tempo "accettazione – Presa In Carico (PIC)" risulta limitato al giorno stesso nel 74,9% dei casi con un lieve rallentamento (2024: 77,7%; 2025: 71,5%); mentre avviene in 1 giorno nel 19,1% (2024: 17,9; 2025: 20,6) infine ha richiesto da 2–7 giorni nel 6,0% (2024: 4,4; 2025: 7,8%). Il passaggio "PIC -prima valutazione" resta pressoché contestuale: 99,9% "stesso giorno" in entrambi gli anni.

3) Provenienza assistito e struttura di provenienza. Nel totale periodo, la provenienza è soprattutto dal domicilio (85,7%), seguita dall'ospedale (12,7%); le altre origini sono marginali ($\leq 1\%$). Dal confronto tra i due anni: si osserva che la frazione di chi proviene dal domicilio cresce (da 83,7% a 88,1%) mentre la frazione di chi proviene dall'ospedale cala (da 14,9% a 10,1%). L'analisi dell'andamento trimestrale evidenzia nel 2024 picchi ospedalieri (dal secondo trimestre 2024 20,1% fino al 22,2% nel 2024-04). Quanto alle strutture di provenienza, spicca l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero (Verduno) con 10,5% sul totale, in calo nel 2025 (da 12,8% a 7,8%).

4) Condizioni alla prima visita. Al primo contatto, i disturbi cognitivi risultano "assenti/lievi" nel 63,1%, "moderati" nel 24,6% e "gravi" nel 12,2%. Per i disturbi comportamentali si rilevano "assenti/lievi" nel 67,1% complessivo, "moderati" nel 23,1% e "gravi" nel 9,8%. In termini di fabbisogno, circa un terzo presenta disturbi cognitivi moderati/gravi (36,8%) e poco meno di un terzo disturbi comportamentali moderati/gravi (32,9%).

5) Patologia prevalente. Sommando le categorie 140–149, 150–159, 160–165, 170–176, 179–189, 190–199 e 200–208, i tumori maligni rappresentano il 12,5% delle prime valutazioni dell'intero periodo ("poco più di un decimo"). Nel dettaglio delle singole famiglie, spiccano i tumori dell'apparato digerente (5,2%), seguiti da organi genitourinari (2,1%), tessuto linfatico/emopoietico (1,7%) e apparato respiratorio (1,4%); le restanti sedi valgono complessivamente 2,1%. Tale quota oncologica, stabile su base annua, conferma un fabbisogno costante di competenze palliative/oncologiche integrate in ADI (gestione del dolore, sintomi, supporto domiciliare). Inoltre, si rilevano: patologie cerebrovascolari 6,3%, cardiopatie "altre" 7,6%, malattie degenerative del SNC 5,6%, fratture 4,1% e osteopatie/condropatie 4,0%, che suggeriscono fabbisogni riabilitativi e di prevenzione delle riacutizzazioni.

6) Trattamenti riabilitativi. Il bisogno di riabilitazione neurologica è segnalato nel 2,7%. Il bisogno di riabilitazione ortopedica è pari al 7,3% complessivo, mentre la riabilitazione di mantenimento è al 7,6%.

Sintesi interpretativa. La domanda ADI nel periodo 1° trim. 2024–3° trim. 2025 è trainata dagli ultra-75enni (70,6%) e da un'utenza prevalentemente femminile (56,3%), delineando un fabbisogno stabile e di tipo geriatrico. I tempi operativi restano molto buoni nel tratto “PIC - Prima Valutazione” (99,9% in giornata), mentre nel 2025 si osserva un moderato allungamento nella fase “accettazione – PIC” (stesso giorno 71,5% vs 77,7% nel 2024), che merita monitoraggio. La provenienza domiciliare aumenta (da 83,7% a 88,1%) e quella ospedaliera si riduce (da 14,9% a 10,1%). Sul piano clinico-funzionale, circa un terzo presenta disturbi cognitivi moderati/gravi (36,8%) e un terzo disturbi comportamentali moderati/gravi (32,9%). occorrono attenzione alla gestione dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza. L'area oncologica vale il 12,5% delle prese in carico, suggerendo il bisogno di continuità palliativa domiciliare e capacità di risposta rapida ai sintomi. I bisogni riabilitativi espliciti circa tra il 7% e l'8%, tuttavia potenzialmente critici in termini di intensità e durata.

Cure domiciliari riabilitative di Recupero e Riabilitazione Funzionale RRF (SRD-RRF)

1) Caratteristiche demografiche (età e genere). Nel periodo (1° trim. 2024–3° trim. 2025) sono stati collocati N=48 pazienti in RRF, prevalentemente nelle classi anziane: 65–74 anni 33,3%, 75–84 anni 20,8%, 85–94 anni 29,2%, ≥95 anni 2,1%. Per genere, nel totale periodo le femmine sono il 58,3% e i maschi il 41,7%, coerentemente con le popolazioni longeve. Nel 2024 si registra un solo caso (100% femmina), mentre nel 2025, su base più ampia (N=47).

2) Tempi: dalla richiesta alla presa in carico (PIC) e dalla PIC alla prima valutazione. I tempi sono molto favorevoli: dalla richiesta alla PIC nello stesso giorno 62,5%, a 1 giorno 29,2%, 2–7 giorni 8,3%; nel 2025 i valori sono pressoché sovrapponibili (61,7%, 29,8%, 8,5%). Dalla PIC alla prima valutazione: 100% nello stesso giorno (2024–2025).

3) Provenienza assistito e struttura di provenienza. Nel totale periodo, la provenienza dal domicilio è 83,3%, dall'ospedale 8,3% e dai CAVS 8,3%. Per struttura di provenienza, l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero (Verduno) incide per 8,3%; i CAVS Verduno e CAVS Canale per 6,3% e 2,1% rispettivamente.

4) Condizioni alla prima visita (disturbi cognitivi e comportamentali). Alla prima valutazione, disturbi cognitivi assenti/lievi 81,3%, moderati 14,6%, gravi 4,2%. Per i disturbi comportamentali, assenti/lievi 79,2%, moderati 16,7%, gravi 4,2%. Il profilo clinico mostra dunque una maggioranza con compromissione lieve o nulla, ma con una quota cumulata circa 20% (circa n=8 pazienti) che presenta disturbi moderati/gravi (cognitivi o comportamentali), con impatto sulla complessità assistenziale domiciliare.

5) Patologia prevalente. Il quadro diagnostico è dominato da fratture 25,0%, quindi artropatie 12,5% e malattie cerebrovascolari 12,5%; seguono osteopatie/condropatie 8,3% e gruppi minori (disturbi SNC 4,2%, periferico 4,2%, dorsopatie 4,2%, ecc.). L'aggregato tumori maligni 140–208 incide complessivamente per 4,2% nel totale periodo (n=2 pazienti).

6) Trattamenti riabilitativi (neurologico, ortopedico, mantenimento). Nel totale periodo, bisogno presente: riabilitazione ortopedica 39,6%, mantenimento 22,9%, neurologica 12,5%. La quota senza bisogno nei rispettivi ambiti è: ortopedico 60,4%, mantenimento 77,1%, neurologico 87,5%. Il fabbisogno appare principalmente per l'area ortopedica, seguita dal mantenimento; la riabilitazione neurologica interessa una minoranza selezionata.

Sintesi Interpretativa. Il servizio SRD-RRF assiste un'utenza prevalentemente anziana (≥ 65 anni 85,4%) e femminile (58,3%), con bisogni coerenti con fragilità funzionale e comorbidità. I tempi di processo sono eccellenti: oltre sei su dieci presi in carico lo stesso giorno della richiesta (62,5%) e valutazione sempre nello stesso giorno della PIC (100%). La provenienza è per l'83,3% dal domicilio, con apporti minori ma significativi da ospedale/CAVS (16,6% complessivo). Sul piano clinico, disturbi cognitivi/comportamentali moderati-gravi incidono per circa il 20%

Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)

1) Caratteristiche demografiche. Nel periodo considerato (1° trim. 2024–3° trim. 2025) si registrano 7.627 prime valutazioni ADP. La distribuzione per età mostra fortissima concentrazione nelle classi anziane: 85–94 anni 52,4%, 75–84 anni 27,1%, ≥ 95 anni 9,7%; le classi 65–74 anni pesano 7,6%, mentre ≤ 64 anni complessivamente il 3,2%. In sintesi, l'89,5% ha ≥ 75 anni, delineando un fabbisogno tipico della grande anzianità e dell'estrema fragilità. La composizione è stabile: maschi 31,3%, femmine 68,7%. Il quadro demografico suggerisce che ADP intercetta prevalentemente donne molto anziane.

2) Tempi tra accettazione richiesta, presa in carico e prima valutazione. I tempi da accettazione a PIC: sono lo “stesso giorno” per l'81,3% dei casi, entro 1 giorno 14,4%, infine tra 2 e 7 giorni solo nel 4,3%. Da PIC a prima valutazione: 100% nello stesso giorno in entrambi gli anni.

3) Provenienza assistito e struttura di provenienza. La provenienza il “Domicilio” nel 72,9% dei casi, mentre la Struttura di provenienza è Presidio di Verduno (0,6%).

4) Condizioni alla prima visita. I disturbi cognitivi moderati sono 38,0% e i gravi 14,9% (complessivamente 52,9%). Per i disturbi comportamentali, moderati 36,1% e gravi 12,3% (complessivamente 48,4%). Quasi un assistito su due presenta bisogni cognitivi/comportamentali significativi

fin dall'avvio, con impatto sul carico assistenziale e necessità di competenze specifiche per la gestione a domicilio.

5) Patologia prevalente. La quota complessiva di tumori maligni (ICD-9-CM 140–208) è 4,3% sul totale, dunque l'area oncologica è minoritaria rispetto ai grandi gruppi cronico-degenerativi e neuropsichici (es.: psicosi 23,2%; malattie cerebrovascolari 8,1%; ipertensione 7,7%; malattie ereditarie/degenerative SNC 6,8%; altre cardiopatie 10,0%; BPCO 3,4%), indicando un fabbisogno prevalentemente di lungo corso, multipatologico e con forte componente di fragilità cognitivo-funzionale.

6) Trattamenti riabilitativi. Il bisogno di trattamento riabilitativo “neurologico” è per l'1,5% dei casi complessivi, il riabilitativo “ortopedico” è per il 2,2% dei casi; mentre il trattamento riabilitativo mantenimento è 2,5%. Nel complesso, oltre il 97% non richiede un trattamento riabilitativo formale al momento della prima valutazione, a conferma che ADP intercetta soprattutto bisogni assistenziali continuativi, più che percorsi riabilitativi intensivi.

Sintesi interpretativa. La domanda ADP è costituita da popolazione anziana a prevalenza femminile. I tempi di attivazione sono complessivamente ottimi: da accettazione a PIC avviene in giornata per 81,3%, e da PIC a prima valutazione sempre in giornata (100%). La provenienza dal domicilio cresce (da 70,2% a 76,0%), suggeriscono una capacità dei MMG/UVG di intercettare precocemente i casi. Sul piano clinico, oltre metà degli assistiti presenta disturbi cognitivi almeno moderati (52,9%) e disturbi comportamentali almeno moderati (48,4%). Ciò comporta impatto su intensità assistenziale, necessità di competenze specifiche. La componente oncologica (4,3%) è minoritaria rispetto ai grandi cluster cronici cardio-neuro-psichici, confermando che ADP risponde soprattutto a complessità multipatologica e decadimento funzionale.

Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)

1) Caratteristiche demografiche. Il periodo 1° trim. 2024 – 3° trim. 2025 evidenzia un'utenza prevalentemente anziana: gli assistiti con età ≥ 75 anni rappresentano complessivamente circa il 71% (75–84 anni: 34,6%; 85–94 anni: 37,3%), mentre gli ultra-95enni sono 4,3%. Le fasce centrali (65–74 anni) contribuiscono per 16,6%, delineando un profilo marcatamente geriatrico. La distribuzione è stabile nei trimestri. Riguardo la ripartizione per genere emerge una netta prevalenza femminile (59,1% vs 40,9% maschi), coerente con l'aspettativa demografica nelle età avanzate. In sintesi, il SID assiste un'utenza fortemente concentrata nel grande anziano, con prevalenza femminile e una quota non trascurabile di ultra-fragili (≥ 95 anni: oltre un ventesimo della casistica).

2) Tempi tra accettazione richiesta, presa in carico e prima valutazione. I tempi di accesso risultano ottimali in termini di tempestività. Tra accettazione e presa in carico, 96,3% dei casi avviene lo stesso giorno, con 2,9% entro un giorno e solo 0,8% oltre le 48 ore. Tra presa in carico e prima valutazione, il 99,8% degli utenti riceve valutazione nello stesso giorno della PIC.

3) Provenienza assistito e struttura di provenienza. La provenienza degli assistiti è quasi esclusivamente dal domicilio (99,1%), con accessi da ospedale marginali (0,8%) e dalle case di cura prossimi allo zero. La struttura di provenienza per lo più dallo Ospedale di Verduno 0,6%, Cuneo 0,1%.

4) Condizioni alla prima visita. Alla prima valutazione, i disturbi cognitivi risultano assenti o lievi nel 91,6% dei casi, ma 8,4% presenta deficit moderati-gravi (moderati 6,2%, gravi 2,3%). I disturbi comportamentali sono assenti o lievi nel 94,3%, mentre i livelli moderati-gravi rappresentano 5,7% (moderati 4,5%, gravi 1,2%). Pur essendo numericamente contenuto, il carico di utenti con compromissione cognitivo-comportamentale richiede attenzione.

5) Patologia prevalente. La classe più frequente è costituita dai codici V (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) (33,4%), seguita da gruppi ad alta prevalenza cronica: ipertensione (11,1%), altre cardiopatie (9,0%), patologie endocrine-metaboliche (6,1%) e nefropatie (9,2%). Malattie cerebrovascolari (1,6%) e BPCO (2,7%) confermano la presenza di pluripatologia cardio-respiratoria. La somma dei tumori maligni (ICD9 140–208) ammonta a 214 casi, pari a 3,2% degli assistiti. Complessivamente emerge un profilo clinico ad alta cronicità, con presenza non trascurabile di fragilità oncologica e multimorbidità.

6) Trattamenti riabilitativi. Il bisogno riabilitativo espresso è marginale: riabilitazione neurologica 0,2%, ortopedica 0,3%, di mantenimento 0,5%.

Sintesi Interpretativa. l'utenza del SID è caratterizzata da elevata età media e prevalenza femminile. La tempestività di presa in carico è eccellente, con oltre 96% dei casi attivati il giorno stesso e quasi totalità delle prime valutazioni contestuali alla PIC. L'origine degli accessi è quasi esclusivamente domiciliare. La quota oncologica (3,2%) e la presenza, seppur minoritaria di disturbi cognitivi e comportamentali moderati-gravi, suggeriscono possibili carichi assistenziali complessi e bisogno di supporto familiare e sociale. I bisogni riabilitativi sono molto bassi (<1%).

Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)

1) Caratteristiche demografiche. Nel periodo complessivo (1° trim 2024–3° trim 2025) le prime valutazioni (N=285) mostrano una casistica fortemente anziana: 75–84 anni 31,6%, 85–94 anni 28,8% e 65–74 anni 20,4%, mentre gli ultra-95enni rappresentano il 3,2%. Riguardo il

genere i maschi sono il 53,3% e le femmine il 46,7%. In sintesi, l'utenza (ADI+UOCP) è composta in larga maggioranza da anziani "grandi vecchi", con una lieve prevalenza maschile nel 2025, elementi coerenti con un carico clinico-assistenziale elevato e bisogni complessi di fine vita.

2) Tempi tra accettazione richiesta, presa in carico e prima valutazione. Nel periodo considerato il paziente viene preso in carico nello stesso giorno 67,0% dei casi, e il giorno successivo nel 22,5% dei casi. Per il tempo da PIC risulta lo stesso giorno per il 100% dei casi.

3) Provenienza assistito e struttura di provenienza. La quasi totalità degli assistiti proviene dal domicilio: 92,1%. La quota da ospedale è contenuta 8,4%. la struttura di provenienza risulta essere l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno (6,35).

4) Condizioni alla prima visita. Nel periodo considerato i Disturbi cognitivi: risultano presenti nel 72,3% dei casi, moderati nel 16,1% e gravi nel 11,6%. Mentre, i Disturbi comportamentali: risultano assenti/lievi 73,7%, moderati 16,5%, gravi 9,8%. Questo può riflettersi comunque sul bisogno di supporto psicologico e geriatrico per i disturbi cognitivi e comportamentali.

5) Patologia prevalente. Nel totale periodo, i tumori maligni (somma 140–149, 150–159, 160–165, 170–176, 179–189, 190–199, 200–208; 230–234) rappresentano il 80,8% delle prime valutazioni. Tra le patologie non oncologiche, emergono le psicosi (3,9%) mentre restano residuali le altre patologie. Il profilo conferma la vocazione palliativa oncologica del servizio.

6) Trattamenti riabilitativi. Il bisogno di riabilitazione neurologica è praticamente assente (0,7%), così come il bisogno di riabilitazione ortopedica (2,1%) e il trattamento riabilitativo di mantenimento (3,9%).

Sintesi Interpretativa. La domanda (ADI+UOCP) proviene prevalentemente da pazienti anziani in età molto avanzata, con lieve prevalenza maschile. Il profilo di patologia è a netta dominanza oncologica. I tempi tra "accettazione" e PIC" e "PIC e prima valutazione" sono oltre i due terzi dei pazienti nel primo caso e il 100% dei pazienti nel secondo. La provenienza è prevalentemente dal domicilio (>90%). Sul piano clinico-funzionale, la quota di disturbi moderati (cognitivi e comportamentali) è poco meno del 30%: questo può riflettersi comunque sul bisogno di supporto psicologico e geriatrico per i disturbi cognitivi e comportamentali.

Sezione 2 Assistenza Residenziale

Introduzione

L'analisi dei dati trimestrali conferma la prevalenza strutturale dell'Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria (CAVS), che rappresenta com-

plessivamente l'81,7% dei progetti attivati (2.106 su 2.579). Tale quota, in lieve incremento nel tempo, evidenzia come il CAVS costituisca il principale canale di risposta assistenziale. L'Assistenza Residenziale ordinaria si colloca al 11,4%, ma in progressiva riduzione nei trimestri più recenti. Anche l'Assistenza Residenziale Temporanea non sanitaria (6,4%) e l'Assistenza Semiresidenziale (0,5%) risultano in calo, con un peso marginale nel complesso dell'offerta. Nel confronto tra trimestri, si osserva una tendenza consolidata all'aumento della componente sanitaria temporanea: dal 74,7% del primo trimestre 2024 al valore medio superiore all'88% nei primi trimestri 2025. Parallelamente, le forme residenziali e semiresidenziali si riducono in modo costante. Da osservare che in particolare l'offerta CAVS per il settembre 2025 ha visto una contrazione; comunque, il quadro complessivo suggerisce una concentrazione dell'offerta verso i CAVS.

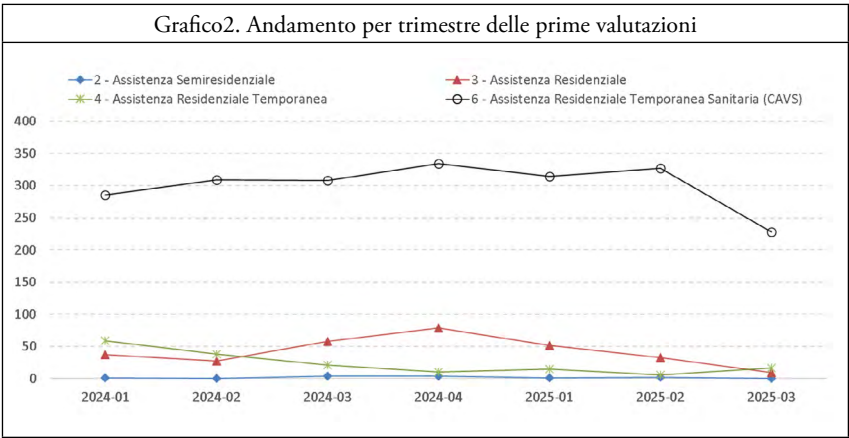


Tabella 2: Tipo Progetto Assistenziale										
	2 - Assistenza Semiresidenziale		3 – Assistenza Residenziale		4 - Assistenza Residenziale Temporanea		6 - Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria (CAVS)		Totale	
Trimestri	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga	N	%Riga
2024-01	1	0.3	37	9.7	59	15.4	286	74.7	383	100.0
2024-02	.	.	27	7.2	38	10.2	309	82.6	374	100.0
2024-03	4	1.0	58	14.8	21	5.4	308	78.8	391	100.0
2024-04	4	0.9	79	18.5	10	2.3	334	78.2	427	100.0
2025-01	1	0.3	52	13.6	15	3.9	314	82.2	382	100.0
2025-02	2	0.5	33	9.0	6	1.6	327	88.9	368	100.0
2025-03	.	.	9	3.5	17	6.7	228	89.8	254	100.0
Totale	12	0.5	295	11.4	166	6.4	2106	81.7	2579	100.0

Assistenza Semiresidenziale

1. Caratteristiche demografiche (età, genere). Nel periodo in esame si registrano complessivamente 12 prime visite per assistenza semi residenziale, di cui il 75% riferite al 2024 e il restante 25% ai primi tre trimestri del 2025. La distribuzione per età mostra una concentrazione nella fascia 75–84 anni (50%), seguita dalle classi 65–74 e 85–94 anni (entrambe al 25%). La composizione per genere evidenzia una prevalenza femminile (58,3% contro 41,7% di maschi), in linea con il maggior peso demografico delle donne nelle età.

2. Diagnosi e patologia prevalente. Complessivamente nei sette trimestri analizzati, le diagnosi principali ricadono prevalentemente nel capitolo 5 – Disturbi psichici (33,3%), seguiti da malattie del sistema nervoso e organi di senso (16,7%) e malattie del sistema circolatorio (16,7%). Si segnalano anche singoli casi di patologie osteoarticolari, endocrine e traumatiche (ciascuna 8,3%). Tra le diagnosi specifiche prevalgono le psicosi (33,3%), seguite dalle malattie ereditarie e degenerative del sistema nervoso centrale (16,7%), a conferma di un'utenza con problematiche croniche e difficoltà di autonomia. Le patologie cardiovascolari, pur rappresentando una quota minore (8,3%), mantengono un rilievo clinico in termini di fragilità complessiva.

3. Condizioni alla prima valutazione. Alla prima valutazione, il 58,3% degli utenti risulta autonomo nella vita quotidiana, mentre il 41,7% è parzialmente dipendente. Sul piano cognitivo, si osserva un quadro eterogeneo: disturbi moderati nel 50%, assenti o lievi nel 25% e gravi nel restante 25%. I disturbi comportamentali sono assenti o lievi nell'83% dei casi, ma presenti in forma moderata nel 17%. Tutti gli assistiti risultano privi di alimentazione parenterale, SNG/PEG, ossigenoterapia e ulcere da decubito, indicativo di un profilo clinico non complesso da un punto di vista sanitario.

4. Motivo della richiesta, provenienza, tipologia di cura, struttura erogante. Tutti i casi (100%) provengono dal domicilio e sono stati indirizzati per “altra motivazione sociale”, suggerendo un possibile fabbisogno di sostegno relazionale e sollievo per i caregiver più che per bisogni clinici. La totalità degli accessi è riferita alla tipologia di cura “Centri Diurni”, in particolare presso il Centro Diurno Integrato per Anziani di Alba (cod. 660230), unico erogatore rilevato nel periodo analizzato.

Sintesi interpretativa: L'analisi evidenzia un fabbisogno di nicchia per l'assistenza semi residenziale, riferito a un'utenza prevalentemente anziana (età 75–84 anni), femminile (58%) e con disturbi psichici o cognitivi (50%), proveniente dal domicilio. Le diagnosi psichiche e le patologie neurologiche suggeriscono un progressivo fabbisogno cognitivo-comportamentale, con crescente necessità di supporto socioassistenziale. L'assenza di trattamenti complessi (PEG, ossigeno, alimentazione parenterale) indica che il

bisogno primario è di presa in carico socio-relazionale e di mantenimento funzionale, piuttosto che di assistenza sanitaria intensiva.

Assistenza Residenziale

1. Caratteristiche demografiche. Nel periodo in esame si sono osservate $n=295$ prime valutazioni per Assistenza Residenziale. Il fabbisogno di assistenza residenziale riguarda prevalentemente persone anziane: oltre i tre quarti (78,9%) hanno più di 75 anni, con una concentrazione nelle classi 75–84 anni (28,1%) e 85–94 anni (44,4%). Le fasce di età inferiori ai 75 anni rappresentano nel complesso circa il 21% delle prime valutazioni, evidenziando la netta prevalenza della componente geriatrica. Dal punto di vista del genere, le donne costituiscono il 68,1% del totale, contro il 31,9% degli uomini.

2. Diagnosi e patologia prevalente. Le diagnosi principali si concentrano su disturbi psichici (36,3%), malattie del sistema nervoso (17,3%) e malattie cardiovascolari (20,7%), che insieme rappresentano circa i tre quarti delle diagnosi alla prima visita. Tra le patologie specifiche, prevalgono psicosi (33,9%), malattie degenerative del sistema nervoso (13,2%) e patologie cerebrovascolari (10,2%), seguite da ipertensione (6,1%). Le altre condizioni risultano frammentate e a bassa frequenza. Nel complesso, la casistica mostra una forte incidenza di condizioni cronic-degenerative e disturbi cognitivi e comportamentali, coerenti con l'età avanzata e la perdita di autonomia funzionale, che costituiscono la principale base clinica della domanda residenziale.

3. Condizioni alla prima valutazione. La grande maggioranza degli assistiti risulta totalmente dipendente nelle attività quotidiane (65,1%), con un ulteriore 31,9% parzialmente dipendente; solo il 3,1% mantiene autonomia funzionale. Il quadro cognitivo risulta gravemente compromesso nel 48,1% dei casi, con disturbi moderati nel 35,9% e lievi o assenti solo nel 15,9%. Mentre i disturbi comportamentali, risultano assenti o lievi nel 64,7% e moderati-gravi nel restante 35,3%. Dal punto di vista clinico, l'uso di trattamenti invasivi risulta limitato: il 6,4% presenta SNG/PEG, l'8,1% è in ossigenoterapia e il 5,1% ha ulcere da decubito; trascurabile l'alimentazione parenterale (0,3%). Il profilo funzionale e cognitivo degli utenti, la frequente coesistenza di deficit cognitivi e disturbi comportamentali, suggerisce la necessità di competenze multidisciplinari e di gestione clinica.

4. Motivo della richiesta, provenienza e tipologia di cura. Nel 99% dei casi, il motivo della richiesta è classificato come "altra motivazione sociale", mentre le cause cliniche dirette (perdita di autonomia, post-acuzie o insufficienza familiare) risultano marginali. Questo sembra suggerire che l'accesso avviene prevalentemente per condizioni di fragilità cronica e carenza di supporto familiare. La provenienza conferma tale profilo: l'82,4% degli

utenti proviene da strutture protette sociosanitarie, il 10,5% da abitazione e il 3,4% da ospedale. La tipologia di cura prevalente è quella a intensità media (41,0%), seguita da medio-alta (27,5%) e alta (26,1%). Le strutture eroganti si concentrano in alcuni centri (CR Ottolenghi Alba, Sacro Cuore Vezza d'Alba, Villa Sampo' Cortemilia, Montepulciano Bra), che coprono oltre un quinto dei casi.

Sintesi interpretativa: L'analisi evidenzia un fabbisogno di assistenza residenziale concentrato sulla popolazione anziana, prevalentemente femminile (68%) e con età media elevata, caratterizzata da non autosufficienza funzionale e disturbi cognitivi e comportamentali significativi. Le diagnosi più frequenti riguardano l'area psichiatrica (36%) e neurologica (17%), incluse le patologie cerebrovascolari e degenerative, suggerendo un profilo clinico cronico e complesso, mentre la quasi totalità dei casi presenta motivazioni sociali di accesso, che suggerisce una rete familiare fragile o insufficiente.

Assistenza Residenziale Temporanea

1. Caratteristiche demografiche. Nel periodo analizzato sono state rilevate 166 prime visite. La distribuzione per età evidenzia una netta prevalenza della fascia 85–94 anni (42,2%), seguita da quella 75–84 anni (31,3%), mentre gli ultra95enni rappresentano 5,4% e gli utenti sotto i 65 anni meno del 5%. Nel complesso, l'età media dell'utenza denuncia una condizione di fragilità. Per quanto riguarda il genere, le donne costituiscono il 57,2% del totale. Nel complesso, il fabbisogno di assistenza residenziale temporanea interessa una popolazione prevalentemente femminile in età avanzata.

2. Diagnosi e patologia prevalente. Le malattie del sistema circolatorio risultano la principale causa di accesso (25,9%), con un incremento marcato nel 2025 (39,5% rispetto al 21,9% nel 2024). Seguono i disturbi psichici (16,9%) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (12,7%), che complessivamente rappresentano quasi un terzo delle diagnosi. Le patologie respiratorie (8,4%) e quelle osteoarticolari (4,2%) mantengono un ruolo non marginale. Tra le diagnosi specifiche, prevalgono psicosi (13,9%), malattie cerebrovascolari (7,2%), ipertensione arteriosa e cardiopatie (15,6% complessivo) e malattie degenerative del sistema nervoso (9,6%). Si osserva nel 2025 un incremento di casi con ipertensione arteriosa (21,1% contro 3,9% nel 2024) e malattie cardiache (13,2% contro 6,3%), suggerendo un progressivo orientamento verso bisogni di natura cardio-vascolare e neurologica.

3. Condizioni alla prima valutazione. La maggioranza degli assistiti risulta parzialmente dipendente nelle attività quotidiane (57,8%), mentre i totalmente dipendenti rappresentano il 36,1% e gli autonomi solo il 6,0%. Nel 2025 aumenta la quota di soggetti parzialmente dipendenti (68,4%) e si riduce quella dei totalmente dipendenti (31,6%). I disturbi cognitivi sono

presenti in forma moderata o grave nel 60,9% dei casi (38,6% moderati e 22,3% gravi), con una tendenza all'aumento dei disturbi moderati nel 2025 (52,6% vs 34,4% nel 2024). Anche i disturbi comportamentali sono diffusi: il 63,9% degli assistiti presenta forme moderate. L'ossigenoterapia è necessaria nel 6,6% dei casi, mentre ulcere da decubito sono presenti nel 6,6% e trattamenti tramite SNG/PEG quasi assenti (0,6%). Nessun caso di alimentazione parenterale è registrato. Il quadro complessivo conferma un'utenza con prevalenti bisogni di sostegno cognitivo, comportamentale e funzionale.

4. Motivo richiesta, provenienza assistito, tipologia di cura, struttura erogante. Il motivo prevalente di inserimento è rappresentato dall'insufficienza del supporto familiare/caregiver (55,4%), seguito da altre motivazioni sociali (36,7%) e perdita di autonomia (7,8%). La provenienza mostra che oltre la metà degli assistiti proviene da strutture ospedaliere (53,6%), anche se tale quota si riduce nel 2025 (28,9%) a favore di accessi da abitazione (65,8% nel 2025 contro 28,1% nel 2024). La tipologia di cura è prevalentemente a intensità media (84,3%). Le strutture di erogazione più frequenti sono la C.R.S. Stefano di Priocca (13,9%), la C.R. Sacro Cuore di Vezza d'Alba (15,7%), la Residenza L'Annunziata di Sommariva Perno (11,4%).

Sintesi interpretativa: L'assistenza residenziale temporanea nel periodo 01/2024 – 09/2025 ha interessato un totale di 166 prime valutazioni, prevalentemente donne (57,2%) e in età avanzata (oltre il 70% ≥ 75 anni). Il quadro diagnostico e funzionale descrive una popolazione fragile, con compromissione cognitiva e comportamentale. Nel 2025 sembra crescere il peso delle fragilità cliniche (cardiopatie, ipertensione) e diminuire quello delle criticità puramente sociali o di cura familiare. Inoltre si registra l'incremento degli accessi da domicilio e la riduzione di quelli da strutture ospedaliere.

Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria CAVS

1. Caratteristiche demografiche. Nel periodo in esame (1° trim. 2024 – 3° trim. 2025) sono state registrate 2.106 prime valutazioni per accesso a CAVS. L'utenza è bilanciata fra generi (50,9% femmine vs 49,1% maschi). L'età conferma che il bisogno di presa in carico CAVS è tipicamente geriatrico: il 36,1% degli accessi riguarda pazienti tra 75 e 84 anni e il 27,5% tra 85 e 94 anni. I soggetti con 65-74 anni rappresentano il 22,1%, mentre gli ultra-95enni sono l'1,7%. Le fasce sotto i 65 anni sono complessivamente pari al 12,7%. Quindi Il profilo di utenza è caratterizzato dal "grande anziano fragile".

2. Capitolo Diagnosi e Patologia Prevalente. Considerando l'intero periodo, i traumatismi e avvelenamenti rappresentano il 19,8% delle diagnosi; seguono le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo

(18,3%) e le malattie del sistema circolatorio (14,9%). Le malattie dell'apparato respiratorio coprono il 10,0%, mentre le malattie del sistema nervoso e organi di senso pesano per il 5,5%. Le neoplasie (tumori) contribuiscono al 5,2%. Complessivamente, le condizioni classificate come fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V) incidono per il 5,9%. Guardando alla patologia prevalente, emergono: fratture (13,7%); artropatie (14,8%); malattie cerebrovascolari (6,9%); mentre le patologie cardiache sono al 5,5%, infine le polmoniti/bronco-pneumopatie al 3,8%.

3. Condizioni alla prima valutazione. Nel totale periodo il 59,3% è parzialmente dipendente nelle attività di vita quotidiana, mentre il 22,8% è totalmente dipendente; solo il 17,9% risulta autonomo. Sul versante cognitivo, il 72,1% presenta disturbi assenti o lievi, mentre il 15,5% disturbi cognitivi moderati e 12,3% con disturbi gravi. I disturbi comportamentali sono frequenti: nel complesso il 73,6% viene classificato come "moderato", mentre solo il 26,4% è descritto come assente/lieve. Sul piano tecnico-assistenziale, il bisogno di supporti avanzati non è marginale: il 4,9% è in nutrizione parenterale, il 3,0% richiede SNG/PEG, il 13,2% necessita ossigenoterapia, e l'11,5% presenta ulcere da decubito.

4. Motivo della richiesta, provenienza, tipologia di cura, struttura erogante. Il motivo più frequente di richiesta è la stabilizzazione clinica post-accidentale: 70,6% degli accessi complessivi, con un aumento dal 68,6% nel 2024 al 73,5% nel 2025. Mentre la perdita di autonomia pesa per il 22,2% complessivo (23,9% nel 2024; 19,7% nel 2025), mentre l'insufficienza del supporto familiare/caregiver rappresenta il 6,8% ed è sostanzialmente stabile. Questo suggerisce che il CAVS è utilizzato per l'assistenza post-acuta ospedaliera e solo in misura minore come risposta a bisogni sociali. Infatti, la provenienza per l'85,0% delle prime valutazioni arriva direttamente da struttura ospedaliera per acuti; la quota da domicilio è pari al 7,5%. Dal punto di vista dell'offerta, il 50,3% degli accessi è classificato come "CAVS ordinario" e il 49,7% come "CAVS con pacchetto riabilitativo". L'erogazione è concentrata in tre strutture principali: il Centro Riabilitazione Ferrero (44,1% degli accessi totali), Verduno (33,7%) e Canale (22,1%), senza variazioni strutturali marcate fra 2024 e 2025.

Sintesi interpretativa: Il fabbisogno di Assistenza CAVS riguarda la popolazione anziana: oltre tre quinti degli accessi riguardano persone con almeno 75 anni, e più di un paziente su cinque è totalmente dipendente nelle attività quotidiane. Dal punto di vista clinico, l'accesso è costituito da esiti post-acuti e post-traumatici: traumatismi/fratture, patologie muscoloscheletriche degenerative e cerebro/cardio-vascolari. Inoltre si rileva una quota rilevante di compromissione cognitiva e comportamentale, definendo un bisogno assistenziale complesso che è insieme clinico, infermieristico e di gestione comportamentale.

Conclusione

Nel complesso, l'analisi congiunta dell'assistenza domiciliare e residenziale nella ASL CN2 Alba-Bra tra gennaio 2024 e settembre 2025 delinea un sistema fortemente orientato alla presa in carico della grande anzianità fragile, con bisogni prevalentemente cronico-degenerativi, cognitivi e funzionali, e con una quota non trascurabile di pazienti oncologici e post-acuti. L'area domiciliare (ADP, SID, ADI, Cure Palliative e RRF) intercetta in modo precoce e continuativo un'utenza per lo più ultra-75enne, con netta prevalenza femminile nei setting programmati e infermieristici, e tempi di risposta generalmente molto rapidi, specie nel tratto tra presa in carico e prima valutazione.

Sul versante residenziale, emerge con chiarezza il ruolo centrale del CAVS come setting sanitario temporaneo per la fase post-acuta e di transizione ospedale-territorio, mentre l'area residenziale ordinaria e quella semi-residenziale assumono un profilo più selettivo, spesso con motivazioni prevalentemente sociali e di sollievo per caregiver. La marcata compromissione funzionale e cognitiva degli utenti residenziali, associata a una crescente complessità cardio-vascolare, neurologica e traumatologica, sottolinea la necessità di competenze multidisciplinari stabili come: geriatria, riabilitazione, psichiatria/neurologia, palliativismo.