

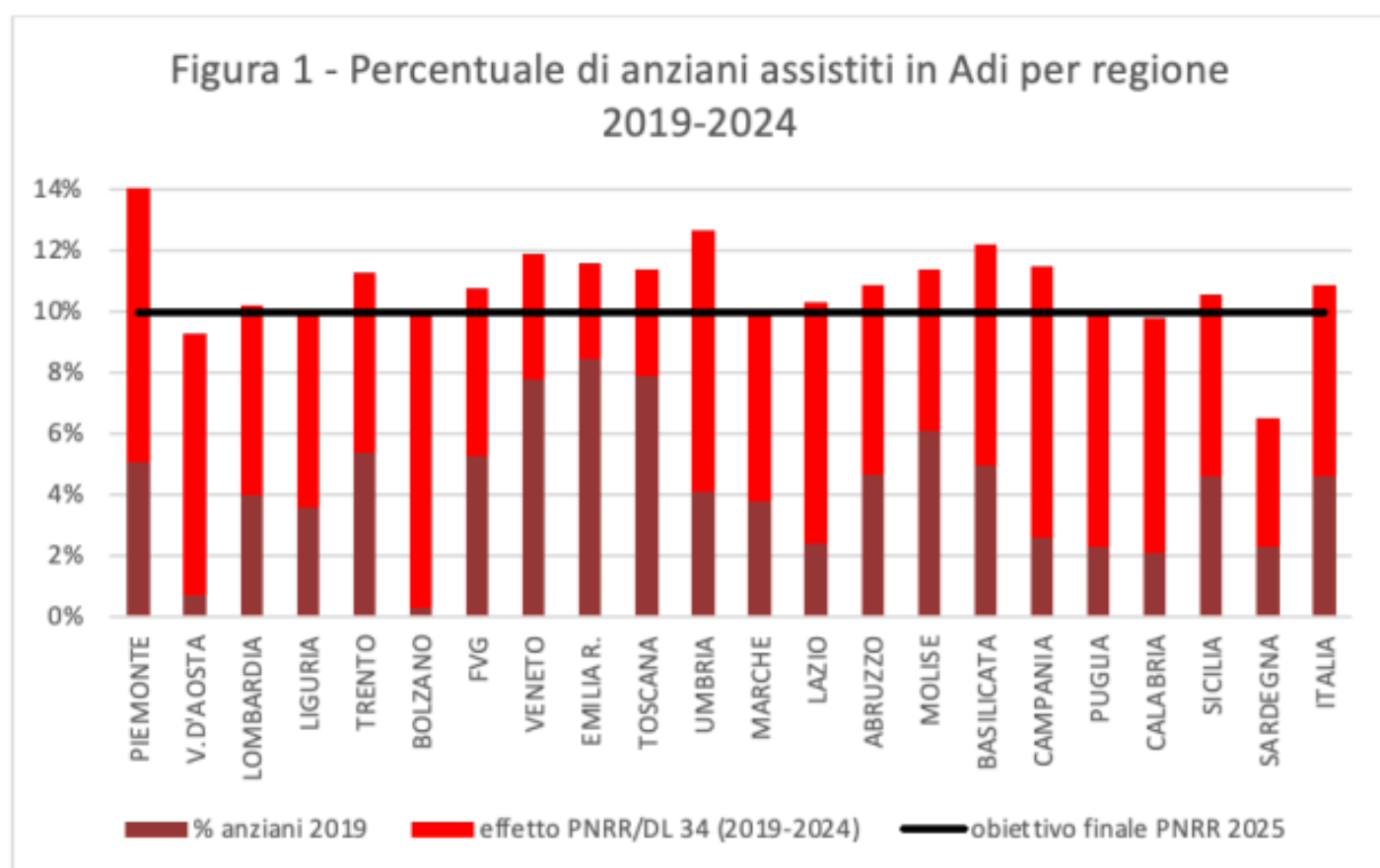
Assistenza domiciliare: come sarà nel dopo-Pnrr?

Sull'assistenza a domicilio tutte le regioni hanno raggiunto gli obiettivi fissati dal Pnrr. Ma nel sistema oggi conta solo il numero degli assistiti, non i loro reali bisogni. Andrebbero fissati standard di servizio, da monitorare periodicamente. (Fonte: <https://lavoce.info/> 17/09/2025)

Missione compiuta sull'assistenza a domicilio

Il [monitoraggio al 2024](#) sul Recovery Plan parla chiaro: l'obiettivo della Missione "Salute" - Investimento "Casa come primo luogo di cura" risulta centrato da tutte le regioni, anzi molte hanno già superato il target previsto per il 2025.

Il Pnrr mirava a garantire l'assistenza domiciliare di tipo sociosanitario (Adi) al 10 per cento degli over 65 entro il 2025. Nel 2024 la copertura del servizio ha raggiunto il 10,9 per cento, con un decisivo miglioramento rispetto al 4,6 per cento del 2019: +900mila anziani assistiti in cinque anni, con effetti positivi anche in termini di riduzione delle distanze tra Nord e Sud (figura 1).



Il maggior ricorso all'Adi è un elemento senz'altro positivo per una sanità storicamente ospedalocentrica e senza obiettivi per l'assistenza territoriale. Tuttavia, per valutare l'impatto di questa politica è necessario tener conto di altri aspetti.

Come sono state usate le risorse disponibili?

Per sostenere l'Adi, tra il 2022 e il 2025 sono stati investiti circa 3 miliardi messi a disposizione dal Pnrr, cui si aggiungono i 500 milioni l'anno già previsti dal DL 34/2020 nella fase pandemica. Si trattava di risorse destinate all'assunzione di personale da dedicare ai servizi domiciliari delle case

della comunità (incluse le prestazioni domiciliari dei medici di medicina generale); e comprendeva la possibilità di acquistare prestazioni domiciliari anche da privati accreditati.

Ma quanto è effettivamente aumentata la spesa del Ssn per la domiciliarità? [Secondo l'Istat](#), nel 2024 sono stati spesi meno di 4,2 miliardi, con un incremento rispetto al 2019 di circa 875 milioni. La crescita della spesa corrisponde a poco più della metà delle risorse disponibili per l'Adi nel 2024: circa 1 miliardo e mezzo tra Pnrr e Dl 34 (figura 2).

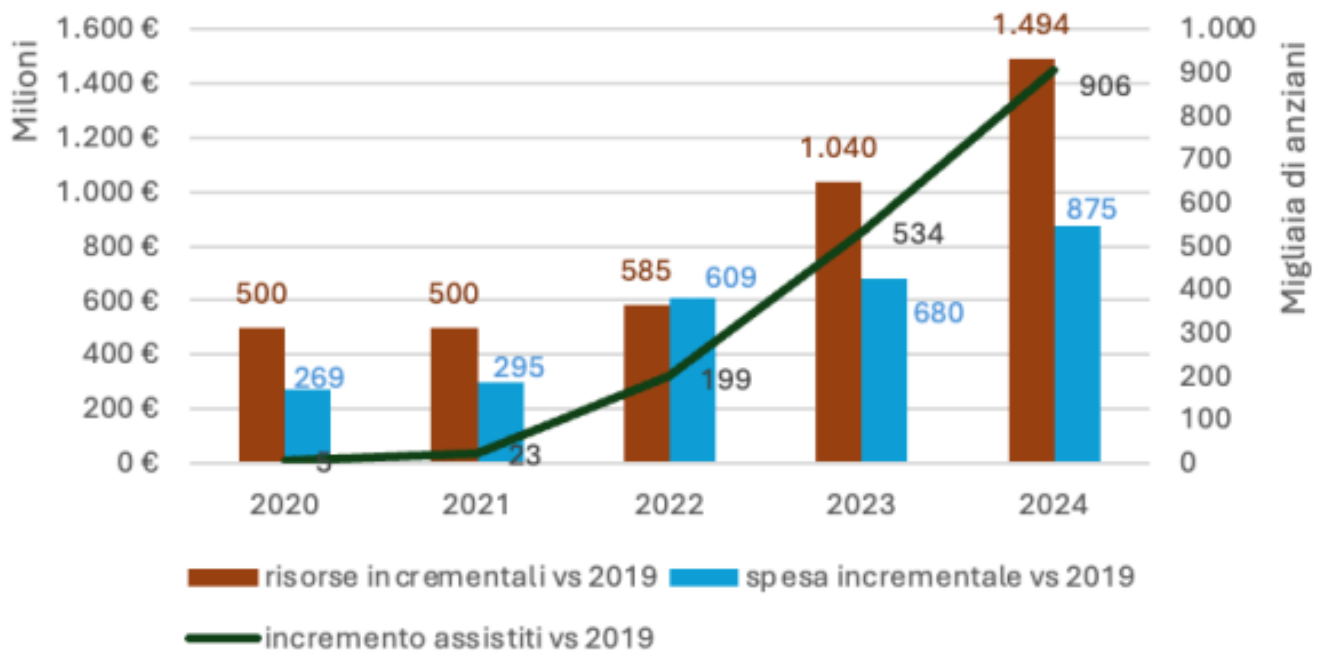
E allora come sono stati impiegati i finanziamenti che non si sono tradotti in spesa specifica per l'assistenza a domicilio? Potrebbero essere stati indirizzati ad altri scopi, come ricoveri o farmaci, specie nei casi di difficoltà ad assicurare gli equilibri di bilancio del sistema sanitario regionale. Il finanziamento del Pnrr è calcolato in base al numero di beneficiari incrementali e non sulla spesa effettiva o l'intensità del servizio erogato. Tutte le regioni hanno raggiunto il target previsto e, dunque, hanno maturato il diritto al finanziamento, a prescindere dai costi realmente sostenuti. Bisogna però chiedersi se non ci siano meccanismi più efficaci per garantire che le risorse siano effettivamente destinate all'obiettivo di potenziare l'assistenza a domicilio degli anziani, anche per evitare che la tanto auspicata centralità del territorio in sanità possa vanificarsi. L'importanza dell'Adi sul totale della spesa sanitaria è aumentata tra il 2019 e il 2022, ma c'è già qualche segnale di interruzione della spinta propulsiva. Insomma, occorre mantenere gli sforzi per mettere al centro delle politiche sanitarie i bisogni delle persone non autosufficienti. Ad esempio, la grande attenzione sulle liste d'attesa nella programmazione - e pure nei media - dimentica gli utenti che, proprio per le loro limitazioni fisiche, cognitive o funzionali, non possono accedere all'assistenza specialistica e diagnostica in ambulatorio.

È cambiata la risposta per i singoli assistiti?

Se le condizioni erogative dell'Adi fossero rimaste le stesse di prima del Pnrr, la spesa sarebbe cresciuta proporzionalmente al numero di utenti. Invece risulta uno sviluppo della spesa (+26 per cento tra il 2019 e il 2024) inferiore a quello dell'utenza (+141,4 per cento - figura 2). Già dai risultati delle prime annualità del Pnrr era emerso che la crescita del numero di utenti era avvenuta a discapito dell'[intensità del servizio](#). Oggi risulta che per ogni utente aggiuntivo rispetto all'anno base 2019 sono stati spesi 971 euro, una cifra che corrisponde a circa la metà di quella erogata alle regioni con il Pnrr per ogni assistito incrementale in Adi (1.977,94 euro, il costo medio ponderato standard erogato indipendentemente dalla spesa effettiva). La ridotta intensità di servizio per caso rispetto ai livelli stimati a preventivo potrebbe avere contribuito anche al non completo utilizzo delle risorse disponibili.

Questi effetti distorsivi sarebbero stati mitigati se il finanziamento fosse stato calcolato proporzionalmente all'intensità e alla durata degli interventi domiciliari, ovvero se il costo standard fosse riconosciuto a condizione che venisse erogato un servizio standard.

Figura 2 - Variazioni vs 2019: finanziamento, spesa, assistiti



Quali prospettive per il modello di assistenza territoriale per gli anziani?

L'Adi sta crescendo, ma attraverso l'erogazione di interventi molto frammentati. È il risultato di meccanismi di monitoraggio non sufficientemente affinati che hanno reso conveniente lo sviluppo di servizi episodici-prestazionali. In un sistema dove conta solo il numero degli assistiti, non sembra esserci interesse per gli interventi di presa in carico continuativa e intensiva - quelli che potrebbero generare risultati virtuosi nel Ssn, per esempio con la riduzione dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso.

Un risultato in contrasto con l'obiettivo dello stesso Recovery Plan di riformare l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Tra gli obiettivi della legge delega, c'è anche quello di definire misure per rendere l'Adi a misura di anziano non autosufficiente quanto a intensità e durata del servizio. Ma finora non sono stati adottati i provvedimenti per rendere attuativi tali principi. Nel frattempo, si rischia che risorse Pnrr siano impiegate con altre logiche, perdendo l'occasione per rendere l'Adi a misura dei bisogni di long term care.

La spinta per la costruzione della nuova sanità territoriale ha inteso fare dell'assistenza domiciliare un elemento cardine del territorio, da assicurare, secondo il Dm 77, in tutte le case della comunità. È innegabile che il servizio si stia sviluppando, anche grazie al Pnrr. Tra qualche mese, quando il programma sarà concluso, rimarrà, quale unico standard normativo, quello previsto dal Dm 77, ovvero servire con l'Adi il 10 per cento degli anziani. Il rischio è che, anche a regime, ci si limiti al mero rispetto formale degli indicatori sulla numerosità dell'utenza, senza miglioramenti per rendere il servizio utile alle necessità del sistema e ai bisogni specifici della non autosufficienza.

Per favorire uno sviluppo dell'Adi adeguato ai bisogni si dovrebbero stabilire standard per l'assistenza territoriale in termini di intensità, durata, appropriatezza, efficacia del servizio, da monitorare periodicamente rispetto ai bisogni della popolazione.