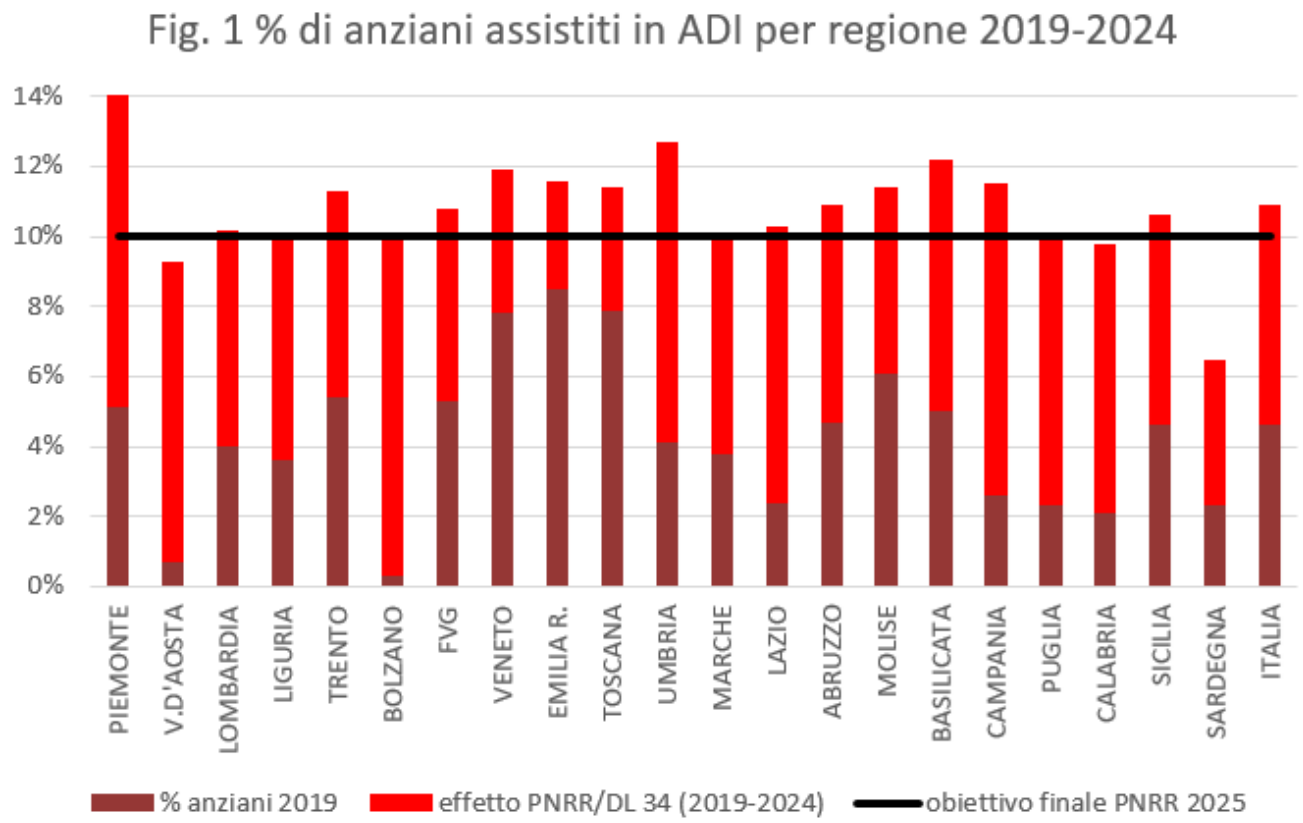
Assistenza domiciliare: tra potenziamento numerico e conservazione del modello

Laura Pelliccia, | 15 settembre 2025

La crescita dei beneficiari di assistenza domiciliare

Sono stati recentemente diffusi i risultati del 2024 degli indicatori con cui viene misurato, ai fini del Recovery Plan, l'avanzamento dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese (fig. 1). Secondo questo monitoraggio, nel 2024 il target dell'investimento "Casa come primo luogo di cura" risulta pienamente centrato da tutte le regioni: diversi territori non solo hanno raggiunto l'obiettivo intermedio che dovevano perseguire nel 2024, ma hanno addirittura già superato i livelli di servizio attesi alla fine del Recovery Plan, ossia a fine 2025.

Si ricorda che l'investimento PNRR "Casa come primo luogo di cura" mirava ad estendere l'assistenza domiciliare al 10% degli anziani over 65 entro il 2025.



Secondo il monitoraggio del PNRR diffuso da Agenas la situazione del numero degli assistiti in Adi segna un netto miglioramento in tutte le aree del Paese e nelle singole regioni: la quota del numero di anziani assistiti, che prima dell'avvio di questi programmi era del 4,6%, nel 2024 ha raggiunto il 10,9%. L'obiettivo di una copertura di questo servizio del 10% degli anziani nel 2025 – target finale dell'investimento PNRR - sembrerebbe già centrato: nel 2024 sono stati assistiti attraverso l'ADI 900.000 in più anziani rispetto al 2019. Lo sviluppo della presa in carico interessa tutte le regioni, con un effetto di tendenziale riallineamento dei divari Nord-Sud.

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 ulteriori elementi evolutivi.

Come sono state usate le risorse disponibili?

Per favorire la crescita dell'ADI con il Recovery Plan sono state investite importanti risorse (complessivamente, tra il 2022 e il 2025 circa 3 mld) che si sono aggiunte a quelle già finalizzate per questo obiettivo nella fase pandemica (circa 500 milioni per ciascun anno ai sensi del DL 34/3030). Si trattava di finanziamenti assegnati alle regioni per l'assunzione di personale da dedicare ai servizi domiciliari delle Case della Comunità (incluse le prestazioni domiciliari degli MMG), ma anche per l'acquisto di prestazioni domiciliari dagli erogatori privati accreditati.

Quanto è effettivamente aumentata la spesa del SSN per la domiciliarietà? Secondo le rilevazioni Istat sulla spesa per l'assistenza sanitaria per funzione, la spesa sanitaria pubblica per l'assistenza domiciliare[note]Sono considerate sia la spesa per gli interventi domiciliari di lunga dura che quelli per cura e riabilitazione. La seconda componente incide per meno del 17% sul totale della spesa per la domiciliarità[/note] nel nostro Paese nel 2024 ha assorbito meno di 4,2 mld. Rispetto al 2019 la spesa è aumentata di circa 875 milioni (Fig. 2); il budget delle risorse incrementali per l'ADI (le risorse DL 34 più quelle del PNRR che nel 2024 valevano quasi un miliardo) nel 2024 era quasi 1,5 miliardi: al momento, dunque, la crescita della spesa per l'ADI è risultata di poco più della metà dei finanziamenti disponibili.

Come sono stati impiegati i finanziamenti che non si sono tradotti in spesa specifica per questo servizio? Potrebbero essere stati usati per altri scopi (es. ricoveri, assistenza ambulatoriale, farmaci ecc)? La condizione per ottenere il finanziamento integrale previsto dal PNRR per ciascun anno per ogni regione è quella di aver raggiunto il numero di beneficiari programmato (è assicurato un finanziamento fisso per ogni utente incrementale). Chi raggiunge il target (nel 2024 tutte le regioni) matura il diritto al finanziamento a prescindere dai costi sostenuti. Questo meccanismo (per cui non rileva l'effettiva spesa/intensità del servizio reso) potrebbe aver inciso sulla finalizzazione del finanziamento per le finalità previste, lasciando margini per l'utilizzo per altri tipi di spesa sanitaria, specie nei casi di difficoltà ad assicurare gli equilibri di bilancio. Ci si domanda se non ci siano meccanismi più efficaci per garantire la finalizzazione delle risorse rispetto all'obiettivo di potenziare l'assistenza degli anziani a domicilio.

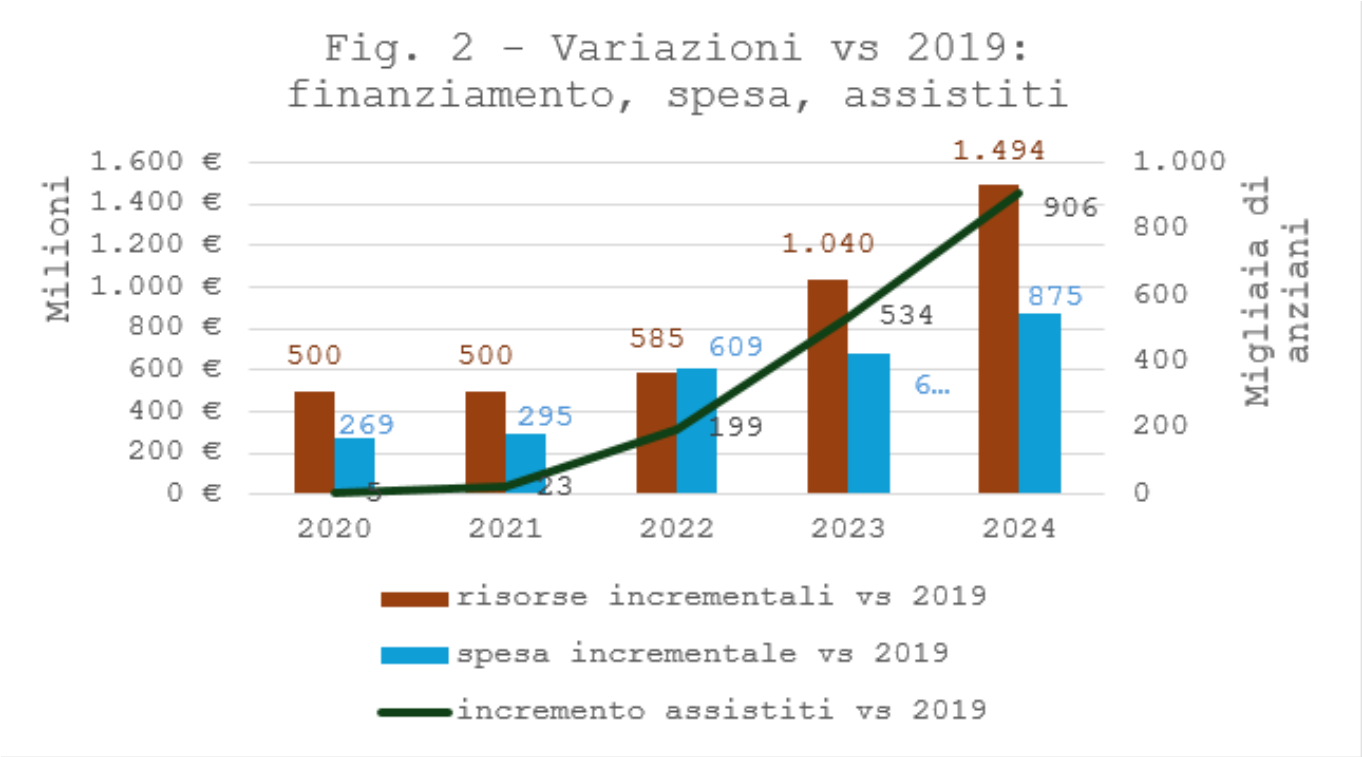
Altrimenti si corre il rischio che la tanto auspicata centralità del territorio sul totale della sanità possa venire meno. L'importanza dell' Adi sul totale della spesa sanitaria è aumentata tra il 2019 e il 2022 ma c'è già qualche segnale di interruzione della spinta propulsiva[note]L'incidenza della spesa per la domiciliarietà sul totale della spesa sanitaria pubblica, secondo i dati Istat, era del 2,8% nel 2019, per poi passare al 3% del 2022; nel 2023 e nel 2024 tale percentuale è rimasta stabile.[/note]. In un contesto di risorse scarse (specie quelle professionali) è necessario tenere alta la guardia affinchè i bisogni delle persone non autosufficienti a domicilio trovino la necessaria priorità; si rischia che le risorse (umane e economiche) siano maggiormente attratte da altri obiettivi al centro dell'attenzione mediatica. Ad esempio, sarebbe inopportuno dare priorità solo al contenimento dei tempi di attesa dell'assistenza ambulatoriale, senza dare altrettanto spazio ai bisogni di assistenza continuativa e alle specificità delle persone non autosufficienti al domicilio che, proprio per le loro limitazioni fisiche/cognitive/funzionali, non possono accedere all'assistenza specialistica e diagnostica in ambulatorio.

Come stanno cambiando le risposte per i singoli assistiti?

La crescita della spesa per l'Adi (+26% tra il 2019 e il 2024), se paragonata alla crescita della numerosità dell'utenza anziana dello stesso periodo (+141,4%) risulta sottodimensionata (Fig. 2): se le condizioni erogative (es. numero accessi assicurati a ogni assistito) fossero rimaste almeno pari a quelle ante PNRR, ci si sarebbe aspettati una dinamica delle risorse effettivamente spese proporzionale alla crescita della numerosità dell'utenza; i dati 2019-2024 dimostrano che non è andata così, a conferma di quanto già emerso dai risultati delle prime annualità del PNRR. Per il 2023 era infatti risultato che la cresciuta la numerosità dell'utenza era avvenuta a discapito dell'intensità del servizio[note]Assistenza domiciliare: cos'è cambiato con il Pnrr* - Lavoce.info[/note].

La spesa effettiva per l'Adi cresce non solo meno velocemente dei finanziamenti, ma anche più lentamente del numero di utenti serviti (fig. 2): ciò significa che per ogni assistito incrementale rispetto all'anno base 2019, sono stati spesi 971 euro[note]È stato calcolato il rapporto tra incremento della spesa tra il 2019 e il 2024 e incremento degli utenti anziani nello stesso periodo, sotto l'ipotesi che l'incremento della spesa sia riferibile alla crescita dell'utenza anziana[/note], una cifra che corrisponde a circa la metà delle risorse standard che, nella programmazione PNRR, sono state erogate per ogni assistito incrementale in Adi. Si ricorda che il finanziamento che viene erogato alle regioni considera un costo medio ponderato standard per la presa in carico a domicilio pari a 1.977,94, cifra che viene erogato indipendentemente dalla spesa effettiva[note]DM 13/3/2023[/note]. Ciò è indicativo di una ridotta intensità di servizio per caso rispetto ai livelli stimati a preventivo.

La limitata spesa per utente incrementale potrebbe spiegare anche la parziale finalizzazione delle risorse disponibili per l'Adi (si veda paragrafo precedente). Diverso sarebbe stato se il finanziamento fosse stato riconosciuto proporzionalmente all'intensità e alla durata degli interventi domiciliari.



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

Anche dai risultati del 2024 si confermano le tendenze a incoraggiare la proliferazione dell'ADI episodico-prestazionale, mentre gli interventi di presa in carico continuativa e intensiva, quelli che potrebbero generare virtuosismi nel SSN (es. riduzione ricoveri, accessi in Ps ecc) non sembrano trovare adeguata spinta propulsiva.

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. Un aspetto su cui non sono ad oggi ancora stati adottati i provvedimenti attuativi con il rischio che le risorse PNRR siano intanto 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 questo servizio si stia sviluppando, anche grazie al PNRR. Tra qualche mese, quando questo programma sarà concluso, rimarrà, quale unico standard normativo, quello previsto dal DM 77 ovvero di servire con l'Adi il 10% degli anziani. Il rischio è che, anche a regime, ci si limiti al mero rispetto formale degli indicatori sulla numerosità dell'utenza del PNRR/DM 77, senza che si producano incentivi al miglioramento dell'assistenza per rendere questo servizio utile al pieno per le necessità del sistema e ai bisogni specifici della non autosufficienza.

Per favorire uno sviluppo dell'Adi adeguato ai bisogni ci sarebbe bisogno di standard per l'assistenza territoriale in termini di intensità, durata, appropriatezza, efficacia di questo servizio e sulla sua adeguatezza dell'erogato rispetto ai bisogni della popolazione.