

La svolta necessaria per l'assistenza domiciliare

Giovanni Lamura, Franco Pesaresi, | 04 marzo 2026

Questo articolo è stato pubblicato sul sito ["Panorama della Sanità" il 22/12/2025.](#)

L'assistenza domiciliare costituisce una priorità delle politiche a favore delle persone anziane non autosufficienti, onde assicurarne la permanenza a domicilio in condizioni compatibili con le esigenze della fase finale della vita. Tale modalità assistenziale, preferita dagli anziani e dalle loro famiglie, se adeguatamente realizzata ha effetti positivi sul loro benessere e a costi generalmente inferiori rispetto ad altri *setting* assistenziali. A tal fine, tuttavia, e tenendo conto anche di quanto previsto dalla riforma avviata dalla Legge Delega 33/2023, occorre che si verifichino alcune condizioni, di seguito esposte.

Un primo elemento è costituito dall'**integrazione dei diversi tipi di assistenza** – sanitaria, sociale e sociosanitaria – attraverso una presa in carico multidimensionale da parte di ambiti territoriali sociali (Ats) e distretti sanitari (Ds), da realizzarsi in forma di un'Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria e Sociale (Adiss) che unifichi l'assistenza domiciliare integrata (Adi) e i servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad), oggi prevalentemente erogati in forme separate.

Questa integrazione presuppone, a sua volta, un'adeguata **governance unitaria dell'assistenza domiciliare integrata** stessa, da realizzarsi – nel rispetto delle funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica esercitate dalle Regioni – attraverso accordi di collaborazione interistituzionale tra Ats e Ds. Tali accordi e i relativi protocolli operativi mirano all'attuazione dei servizi domiciliari dal punto di vista gestionale/organizzativo, professionale, amministrativo e contabile, anche tramite un accordo di programma per identificare i reciproci impegni rispetto a: a) capacità dei servizi domiciliari integrati locali di garantire continuità e sostenibilità degli interventi e rispetto dei livelli essenziali; b) modalità organizzative di servizi e risorse strutturali e professionali; c) condivisione di informazioni e interoperabilità dei sistemi informativi, di monitoraggio e valutazione. Sovrintende a tali attività l'Ufficio sociosanitario integrato di Ambito e di Distretto, coordinato dal Direttore del Ds e dal Responsabile dell'Ats, con compiti di integrazione tra Ufficio di Piano e Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

La controparte amministrativo-contabile della governance unitaria sopra delineata è rappresentata dal **budget di cura e assistenza**. Tale strumento, al fine di ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili, costituisce l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a prestare, tra gli altri, anche i servizi domiciliari integrati, come previsto dalla normativa vigente (L. 33/2023, L. 77/2020, Piano nazionale per le non autosufficienze 2022-24, L. 162/1968 sulla "vita indipendente", L. 112/2016 sul "Dopo di Noi" e linee guida programmatiche della Conferenza Stato-Regioni del 6/7/2022).

La riorganizzazione della domiciliarità deve inoltre riconoscere la **multidimensionalità della non autosufficienza in età anziana**. Ciò significa superare sia il paradigma clinico-sanitario (mirato alle *cure*) oggi predominante nei servizi domiciliari dei Ds, sia quello socio-assistenziale del Sad comunale (che privilegia la carenza di risorse socio-economiche nei criteri di accesso). Questo significa assicurare il giusto mix tra molteplici prestazioni – medico-infermieristico-riabilitative; sostegni alla vita quotidiana; supporto a familiari e assistenti private; assegni di cura; assistenza integrativa-protetica; telemedicina – nel rispetto di Lea (art. 22 c. 4 Dpcm 12 gennaio 2017) e Leps (cfr. il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026).

Ulteriore elemento chiave degli interventi domiciliari è che questi siano assicurati, da un lato, per tutta la **durata** dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e, dall'altro, con un'**intensità** tale da garantire un numero di ore di assistenza rapportate al livello dei bisogni. A tal fine le Centrali operative territoriali (Cot) devono poter garantire interventi a domicilio anche negli orari in cui i servizi domiciliari di Ats e Ds non sono attivi (e.g. notte e fine settimana), assicurando una presa in carico complessiva che superi la tradizionale logica prestazionale e punti ad una copertura assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.

Altro tassello fondamentale è quello delle **dimissioni protette**, onde garantire continuità assistenziale al termine di un ricovero ospedaliero o temporaneo in una struttura residenziale (cfr. art. 22 Dpcm 12.1.2017 per il riconoscimento come Lea e

art. 1 c. 170 L. 234/2021 per le prestazioni di tipo sociale). Anche in tal caso, i servizi domiciliari si integrano con le prestazioni sociali e di supporto alla famiglia (Dpcm 14.2.2001), attraverso un modello organizzativo-gestionale unitario e multidisciplinare di pianificazione della dimissione, con effetti positivi su assistenza e qualità della vita dell'anziano e dei suoi familiari, integrazione ospedale-territorio e tra i vari professionisti coinvolti, riducendo le riammissioni in ospedale/istituto e decongestionando i Pronto Soccorso, liberando risorse economiche, professionali e strumentali.

Nel reimpostare gli interventi domiciliari occorre anche **riconoscere e supportare il ruolo essenziale svolto da familiari caregiver e assistenti familiari privati** (badanti). Per quanto riguarda le prime, al fine di promuovere la qualità del loro operato occorre considerarle come parte integrante della rete assistenziale, coinvolgendole in idonee attività dedicate come: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative; assistenza e sollievo (di emergenza o programmati). Rispetto alle seconde, vanno anch'esse considerate come partner primari da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare, prevedendo idonei momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati.

Nel caso di interventi integrati, soprattutto se complessi, che prevedano il coinvolgimento di più soggetti e/o enti rispetto ad una stessa persona, occorre nominare un **case manager** (responsabile del caso), avente il compito di coordinare nel tempo gli interventi sociali e sanitari, valutarne l'efficacia, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la famiglia (di cui è il punto di riferimento). Tale figura è cruciale perché segue le fasi attuative del Pai (proponendone eventuali modifiche) e coordina le risorse, per cui va riconosciuto da tutti gli attori in gioco, e individuato per ogni anziano assistito a domicilio (tranne nel caso delle Cure Domiciliari Prestazionali), scegliendo la figura più appropriata per le caratteristiche dell'assistenza integrata da erogare.

L'accesso ai servizi di **cure palliative a domicilio** (L. 538/2010, rilanciata dalla L. 33/2023), è garantito a coloro affetti da patologie croniche e progressive per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tali interventi, sempre commisurati all'esercizio libero e consapevole della volontà della persona, partono come approccio multidisciplinare sin dal momento della diagnosi e proseguono per tutta la durata della malattia. Il palliativista ha in tal senso un ruolo specifico nel supportare i sintomi in ambito domiciliare, agendo di concerto con il Mmg e lo specialista di riferimento, e supportando le scelte terapeutiche per delineare con il malato e la sua famiglia il percorso di fine vita.

La gamma di interventi a domicilio può beneficiare fortemente anche dello **sviluppo dei servizi ad elevato contenuto tecnologico**, come la telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio etc.) e la teleassistenza, per fornire a distanza prestazioni specialistiche adeguate attraverso tecnologie digitali e altri strumenti di Ict, onde migliorare qualità ed intensità dell'assistenza domiciliare e raggiungere anche zone remote del territorio. Decisivo ed indispensabile, da questo punto di vista, è il collegamento con le Centrali operative territoriali.

Last but not least, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare non può non contare su un sostanziale supporto al personale coinvolto in termini di **formazione**, al fine di sviluppare tutte quelle competenze specialistiche che negli operatori domiciliari (sanitari e sociali) devono essere continuamente aggiornate per far fronte efficacemente alle mutevoli necessità degli assistiti, delle loro famiglie, delle eventuali assistenti familiari private e dei contesti generali in cui tale assistenza viene espletata.