



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

COSA PREVEDE IL PNRR

Allegato 2 a IL PIANO NAZIONALE DI DOMICILIARITA' INTEGRATA

La proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla Non autosufficienza" per la Legge di bilancio 2022

Franco Pesaresi

Settembre 2021

Analisi di quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
in riferimento ai servizi domiciliari.

COSA PREVEDE IL PNRR

Franco Pesaresi

INDICE

	Pag.
1. La Riforma	2
2. Le cure domiciliari	3
<i>Cure domiciliari (I) - Il potenziamento dell'assistenza domiciliare</i>	3
<i>Cure domiciliari (II) - Le Centrali operative territoriali (Cot)</i>	6
<i>Cure domiciliari (III) - La telemedicina</i>	7
3. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale	7
<i>Riconversione delle Rsa e gruppi di appartamenti</i>	7
<i>Servizi sociali a domicilio per le dimissioni ospedaliere</i>	8
4. Una lettura d'insieme	9
Bibliografia	10

COSA PREVEDE IL PNRR

Franco Pesaresi

Questo testo esamina le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) riguardanti i servizi domiciliari. Considerato insieme al precedente, che ne ha illustrato le principali criticità, vuole fornire uno “stato dell’arte” sulla domiciliarità in Italia, con riferimento sia alla sua situazione attuale sia alle azioni di cambiamento già previste. È dal confronto con questo “stato dell’arte” che nasce la nostra proposta, presentata nel terzo allegato tecnico (il Sad anziani come livello essenziale).

1. La riforma

Il PNRR ha previsto la realizzazione della riforma nazionale dell’assistenza agli anziani non autosufficienti, da introdurre attraverso un’apposita Legge Delega. Il *Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza* è nato proprio per elaborare proposte per la riforma. Le indicazioni del PNRR riguardanti la riforma perlopiù riprendono quelle contenute nella proposta del Network Non Autosufficienza (NNA, 2021) e sono note (Gori, 2021). Si tratta, peraltro, di obiettivi condivisi da tutti gli esperti a livello internazionale e, dunque, coerenti anche con il documento di posizionamento presentato dal Patto il 20 luglio scorso. Qui interessa esclusivamente evidenziarne gli aspetti d’interesse per la domiciliarità.

Con una avvertenza iniziale: se è vero che gli obiettivi della riforma vengono formulati in termini piuttosto generali nel PNRR, è altrettanto vero che alcune indicazioni concernenti lo sviluppo delle politiche per gli anziani non autosufficienti emergono in modo abbastanza nitido. Si tratta di un punto cruciale ma sottovalutato dai più. Poichè il cammino verso la riforma rappresenta ora il punto di riferimento del settore, infatti, gli obiettivi che il PNRR le attribuisce dovrebbero rappresentare il naturale punto di riferimento di tutte le azioni compiute da qui in avanti.

Tre obiettivi, in particolare, meritano attenzione. Primo, si vuole “introdurre un sistema organico d’interventi a favore degli anziani non autosufficienti”. Il potenziamento della domiciliarità, dunque, si colloca nell’ambito di quella riforma delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) in Italia attesa dalla fine degli anni ‘90. Secondo, s’intende favorire la permanenza a domicilio, assicurando risposte adeguate agli anziani per i quali questo sia un obiettivo realizzabile. Si parla, ad esempio, di “*progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata*” (Governo Italiano, 2021, pp. 2012 e 2016). Infine, si vogliono costruire risposte integrate, che superino l’attuale frammentazione degli interventi. Alcuni esempi dal testo del PNRR: s’intende affrontare “*in maniera coordinata i diversi bisogni che scaturiscono dal sorgere delle condizioni di non autosufficienza*”, si prevedono “*semplificazione dell’accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario*” e si prevede la “*definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni integrati*”. Di seguito si discutono le specifiche indicazioni del PNRR riguardanti la domiciliarità e, alla fine del capitolo, ci si chiederà se queste siano coerenti con gli obiettivi della riforma (box 1).

Box 1 – Obiettivi della riforma, indicati nel PNRR, di rilievo per la domiciliarità

- Il PNRR indica alcuni precisi obiettivi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
- Questi obiettivi dovrebbero costituire il punto di riferimento di tutti gli interventi compiuti da qui in avanti
- Tre obiettivi riguardano la domiciliarità:
 - Collocare il potenziamento della domiciliarità nell'ambito della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care)
 - Favorire, quando possibile, la permanenza dell'anziano a domicilio con sostegni adeguati
 - Prevedere risposte integrate per superare l'attuale frammentazione degli interventi

2. Le cure domiciliari

Veniamo ora alle indicazioni specifiche del PNRR, cominciando dalla componente 1 della “Missione 6 Salute”, che si pone l'obiettivo del rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina a supporto della domiciliarità. L'investimento del PNRR che è stato chiamato “Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e Telemedicina” si traduce in tre misure, di seguito esaminate separatamente: aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, istituire le Centrali operative territoriali (Cot) e potenziare la telemedicina.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è determinato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi per le cure domiciliari, 280 milioni per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT) e 1 miliardo per la telemedicina (Cfr.Tab. 1).

Tabella 1 – PNRR. Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare telemedicina

Ambiti di intervento/misura	Totale mld
Potenziamento delle cure domiciliari (copertura 10% anziani)	2,72
Istituzione delle Centrali operative territoriali (COT)	0,28
Telemedicina	1,00
Totale Investimento: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4,00

Fonte: PNRR

Cure domiciliari (I) - Il potenziamento dell'assistenza domiciliare

L'incremento delle risorse dedicate

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare costerà 2,72 miliardi per raggiungere il 10% degli anziani rispetto al 6,2% del 2019. Si tratta nel complesso di assistere con l'Adi, secondo il PNRR, un numero aggiuntivo di anziani pari a 806.970 (Cfr. Tab. 3). Se consideriamo che nel 2019 gli anziani assistiti con le cure domiciliari erano 858.722, l'obiettivo è di arrivare al 2026 con l'assistenza sanitaria a domicilio di 1.665.692 anziani.

Entro il secondo trimestre del 2022 è invece prevista l'approvazione delle Linee guida contenenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare.

Per garantire la crescita dell'assistenza domiciliare, i costi per il personale cresceranno rispetto all'anno precedente di 578 milioni nel 2022 fino ad arrivare ad un incremento di 1.599.979.366 euro nel 2026, rispetto al 2021 (Cfr. Tab. 2).

Tabella 2 - Costi di personale per raggiungere l'obiettivo di curare a domicilio il 10% degli anziani entro il 2026

Adi – livelli di assistenza per intensità	Numero aggiuntivo di anziani assistiti	Costi per gli accessi aggiuntivi (€)
Base	484.782	104.712.925
Primo livello	161.594	204.343.403
Secondo livello	80.797	353.655.358
Terzo livello	32.319	325.504.494
Cure palliative domiciliari	48.478	611.763.186
Totale	806.970	1.599.979.366

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR.

L'aumento di spesa per il personale del SSN necessario a garantire, nel periodo 2022-2026, la crescita dell'assistenza domiciliare verrà sostenuto per il 48% da risorse statali e per il 52% da risorse del PNRR. Infatti, lo Stato italiano contribuisce alla spesa complessiva con 500 milioni all'anno di propri fondi già stanziati con leggi del 2020 (Cfr. Tab. 3), mentre per il resto il Governo utilizzerà 2,72 miliardi del PNRR spalmati in 5 anni per pagare il personale. Nei primi tre anni (2022-2024), dunque, la maggior parte della spesa per incrementare l'Adi sarà finanziata da fondi propri dello Stato già previsti in bilancio. In questi cinque anni i finanziamenti disponibili per le cure domiciliari crescono costantemente dai 578 milioni del 2022 fino ai 1.600 milioni del 2026 per garantire l'assistenza a domicilio ad un numero crescente di anziani aggiuntivi rispetto agli attuali: da 292.000 del 2022 fino ad arrivare a 806.970 anziani del 2026.

Tabella 3 – I costi per il personale dell'assistenza domiciliare ed il relativo finanziamento (in €)

Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026	2027
I COSTI						
Costi del personale dell'assistenza domiciliare	578.231.762	760.889.632	997.151.408	1.283890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
I FINANZIAMENTI						
Fondo sanitario di cui al comma 4, art. 1 del D.L. 34/2020	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624
Fondo sanitario di cui al comma 5, art. 1 del D.L. 34/2020	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000
PNRR	78.203.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	-
Risorse da reperire						1.099.950.742
GLI ASSISTITI						
Numero aggiuntivo di anziani assistiti a domicilio	292.000	384.240	503.549	648.349	806.970	806.970

Fonte: ns. elaborazione dai documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR.

La conferma di durata e intensità assai ridotte

Attualmente le ore di assistenza domiciliare che mediamente vengono erogate ad ogni anziano sono solamente 18 annue. Questo vuol dire che le cure domiciliari (Adi) vengono offerte solo per due o tre mesi, magari di seguito ad una dimissione ospedaliera. Significa che tutti i non autosufficienti che hanno bisogno delle cure domiciliari per anni, oggi sono esclusi da questo tipo di assistenza. Sono state evidenziate sopra le criticità del recente sviluppo dell'Adi nel nostro Paese, concentrato sull'ampliamento della copertura, con durata e intensità assai ridotte.

Il PNRR conferma tale impostazione. Infatti, il PNRR ha previsto un costo medio per ogni singolo utente delle cure domiciliari che è identico a quello attuale. Si tratta di circa 1.983 euro/annui medi a persona, anche se i costi variano a seconda della frequenza delle visite necessarie: si va da un minimo di una visita al mese fino ad un massimo di 15 giorni al mese nel caso di cure palliative¹. Se il costo medio dell'assistenza per ogni singolo caso rimane lo stesso di adesso anche per i nuovi casi futuri finanziati dal PNRR, significa che il sistema delle cure domiciliari, mediamente, non riuscirà a garantire di più delle 18 ore medie annue per singolo assistito a domicilio. In sintesi, ciò significa che s'intendono riprodurre le criticità del passato: il numero di anziani assistiti a domicilio aumenterà di 806.970 unità (non poco) ma la intensità dell'assistenza rimarrà la stessa di adesso, senza la garanzia della continuità dell'assistenza.

Una domiciliarità composta esclusivamente da prestazioni sanitarie delle Asl

Inoltre, nulla si dice sulla necessità di affiancare agli interventi domiciliari di natura medico-infermieristica anche quelli – oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza preclude all'anziano di poter compiere da solo. Per contro, non sono stati stanziati neanche finanziamenti significativi sul fronte della domiciliarità sociale dei Comuni affinché gli interventi integrati possano essere implementati per cui questo aspetto rimane del tutto insoluto. Inoltre, l'integrazione domiciliare implica la messa in campo anche di un intervento sociosanitario o sociale con figure diverse da quelle infermieristiche, spesso di competenza comunale e l'affiancamento e il supporto anche dei soggetti quotidianamente impegnati ad affrontare le limitazioni dell'autonomia dell'interessato, cioè i *caregiver* e le assistenti familiari.

In sintesi, viene confermata la previsione di un modello fondato esclusivamente su prestazioni sanitarie e senza il coinvolgimento dei Comuni.

¹ La stima dei costi è stata calcolata ipotizzando un incremento di anziani assistiti di 806.970 al 2026. Il costo medio è di 1.983 euro a persona (calcolato utilizzando il costo del numero di pazienti presi in carico nell'assistenza domiciliare durante l'ultimo anno di intervento) che porta ad una spesa stimata di 2.720.000.000 € per i pazienti presi in carico. In particolare il riferimento utilizzato è quello delle regioni Emilia-Romagna, Veneto e Toscana dove la popolazione assistita in assistenza domiciliare è suddivisa nei seguenti quattro livelli di intensità assistenziale:

- 60% nell'assistenza domiciliare di base;
- 20% nell'assistenza domiciliare di primo livello;
- 10% nell'assistenza domiciliare di secondo livello;
- 4% nell'assistenza domiciliare di terzo livello e 6% nelle cure palliative domiciliari.

Il costo è stato stimato ipotizzando i seguenti interventi che tengono conto delle prese in carico nell'ultimo anno:

- 484.782 persone in assistenza domiciliare di base con 1 accesso al mese (5.817.385 accessi / anno) in media al costo di € 18 per accesso;
- 161.594 persone in assistenza domiciliare di primo livello con 3 accessi mensili (5.817.386 accessi / anno) di cui il 16% dei medici di base ad un costo di 18,9 euro l'uno e l'84% di altri operatori ad un costo di € 37,50 per accesso;
- 80.797 persone in assistenza domiciliare di secondo livello con 7 accessi mensili (6.786.949 accessi / anno) di cui il 13% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'87% degli altri operatori in media al costo di € 56,25 per accesso;
- 32.319 persone in assistenza domiciliare di terzo livello con 12 accessi mensili (4.653.908 accessi / anno) di cui l'11% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'89% degli altri operatori in media al costo di 75 € per accesso;
- 48.478 persone in cure palliative domiciliari con 15 accessi mensili (8.726.077 accessi / anno) di cui il 10% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e il 90% degli altri operatori in media al costo di € 75.

La sostenibilità economica di lungo periodo

Un'ultima criticità è relativa al finanziamento del personale ma sorgerà solo nel 2027 quando non saranno più disponibili le risorse del Recovery Plan. Mancheranno per il personale 1,1 miliardi, che il PNRR afferma di reperire con improbabili risparmi che deriveranno da una riorganizzazione sanitaria che prevede la riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriately relative alle malattie croniche, la riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi e la riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci. Ma c'è tutto il tempo per porre rimedio a questo aspetto.

Cure domiciliari (II) - Le Centrali operative territoriali (Cot)

Il secondo punto del progetto di potenziamento delle cure territoriali è quello che prevede l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (Cot), una in ogni distretto, con la funzione, fra l'altro, di coordinare la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti. Le Cot svolgeranno un ruolo significativo anche nei servizi domiciliari dovendo occuparsi della transizione fra i diversi setting assistenziali (ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie, dimissione domiciliare, ecc.) e del monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, di pazienti in assistenza domiciliare e di gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.). Per le Cot è prevista una spesa di 280 milioni di euro per l'interconnessione tecnologica (Cfr. Tab. 4). Vi lavoreranno un coordinatore e 5 infermieri di comunità i cui costi (150 milioni) saranno coperti dalle risorse stanziare nel D.l. 34/2020.

Tabella 4 - Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Regioni	n. COT previste
Piemonte	43
Valle d'Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia-Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	50
Sardegna	16
Italia	602

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Le Centrali Operative Territoriali (Cot) saranno dotate dei mezzi tecnologici necessari per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver,

sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente. E' previsto che le Cot siano pienamente operative e distribuite in tutto il territorio entro il secondo trimestre del 2024.

Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali

Le Cot, così come sono state definite dal PNRR e soprattutto dal documento Agenas in corso di approvazione in conferenza Stato-Regioni “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Sistema Sanitario nazionale”, sono sostanzialmente da realizzare. Il loro compito, come è stato detto nelle righe precedenti, non è tanto quello di gestire le cure domiciliari *tout court* ma piuttosto gestire da un lato la continuità assistenziale curando i passaggi da un setting assistenziale ad un altro e dall’altro lato la gestione della piattaforma tecnologica per l’assistenza a distanza con la telemedicina dei pazienti a domicilio. Un ruolo strategico per le cure domiciliari ma con caratteristiche proprie.

Cure domiciliari (III) - La telemedicina

L'obiettivo dell'intera misura riguardante la telemedicina è quello di migliorare radicalmente la gestione dei pazienti con malattie croniche, ed in particolare di coloro che hanno più di 65 anni, con un investimento rivolto alla telemedicina. Questa azione sosterrà l'implementazione di modelli innovativi di gestione clinica per assistere i pazienti all'interno della loro casa, fornendo a pazienti/caregiver l'assistenza sanitaria sia con i professionisti sia con gli strumenti della telemedicina, della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di apprendimento automatico (*machine learning*) nel contesto globale delle cure primarie delle Aziende Sanitarie Locali.

I progetti di telemedicina finanziabili potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

Il cronogramma prevede che il Governo approvi i progetti delle regioni ed assegni le risorse per la telemedicina alle regioni stesse entro il quarto trimestre del 2023 per arrivare entro il quarto trimestre del 2025 ad assistere almeno 20.000 persone con la telemedicina. Questo progetto, dei tre relativi al potenziamento e alla modernizzazione dell’assistenza domiciliare, è quello che si concluderà più avanti nel tempo. Per cui i tre progetti partiranno gradualmente a partire dal 2022 ma, essendo intimamente legati per le interconnessioni organizzative e digitali, disporranno pienamente di tutte le loro funzionalità solo a partire dalla fine del 2025.

3. L’assistenza domiciliare socio-assistenziale

Il PNRR, con la Missione 5 “inclusione e coesione” si occupa dell’assistenza socio-assistenziale, di titolarità dei Comuni, ad anziani non autosufficienti che vivono presso il proprio domicilio. L’azione, assai più limitata di quanto previsto per le cure domiciliari delle Asl, si suddivide in due misure.

Riconversione delle Rsa e gruppi di appartamenti

Tale misura è finalizzata alla riconversione delle RSA in gruppi di appartamenti dotati dei servizi necessari alla permanenza in sicurezza degli anziani, oppure per realizzare reti di sostegno per mantenere a casa gli anziani, a cui sono dedicate risorse pari a 307,5 milioni. Questa parte del PNRR è stata equivocata perché si è illustrata solo una delle due ipotesi di utilizzo delle risorse,

quella finalizzata alla riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Peraltro se fosse prevista solo questa ipotesi sarebbe sbagliata perché in Italia il nodo non è la riconversione dei presidi residenziali per anziani – che sono notoriamente pochi rispetto al resto d'Europa – ma la mancanza di strutture alternative per chi può vivere al domicilio con un supporto adeguato.

In realtà questo finanziamento di 307,5 milioni prevede anche l'ipotesi che gli Ambiti sociali territoriali possano proporre progetti con la creazione di reti assistenziali che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona.

Una progettualità innovativa, complementare ai servizi domiciliari

Questo intervento va sicuramente in direzione del sostegno agli anziani non autosufficienti che vivono a casa ma è diverso dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Con questo finanziamento, innovativo per l'Italia, si intendono promuovere due azioni:

- 1.a il sostegno e/o la realizzazione del modello degli alloggi protetti per gli anziani (che nelle situazioni degli anziani soli ma meno compromessi nelle funzionalità rappresentano una alternativa ai presidi residenziali);
- 1.b il sostegno finanziario per gli interventi di adattamento delle abitazioni degli anziani per abbattere le barriere architettoniche e/o per introdurre elementi di domotica, telemedicina, monitoraggio a distanza, ecc.. per permettere loro di continuare a vivere nelle proprie abitazioni anche in presenza di una riduzione della funzionalità fisica.

La speranza è che questo asse di finanziamento possa rimanere anche dopo il PNRR perché è diverso ma complementare rispetto al più tradizionale servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale. Insieme completano il progetto di domiciliarità in modo efficace e moderno.

Servizi sociali a domicilio per le dimissioni ospedaliere

La seconda misura d'interesse contenuta nella missione 5 consiste in interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio necessari a garantire la dimissione ospedaliera anticipata e a prevenire i ricoveri in ospedale, a cui sono finalizzati 66 milioni. Il PNRR intende così offrire un supporto al Sad affinché possa offrire l'assistenza integrata con l'Adi. L'Adi, nel prossimo quinquennio, crescerà in modo molto significativo – come si è visto – ed aumenterà significativamente anche il numero di anziani non autosufficienti che avranno bisogno insieme alle cure domiciliari di tipo sanitario anche del sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana. Oggi, gli anziani che ricevono l'assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata con le cure domiciliari sono solo 57.000 circa, pari allo 0,4% di tutti gli anziani. Si tratta, come è del tutto evidente, di un numero estremamente modesto. I 66 milioni di euro stanziati dal PNRR sembrerebbero, dunque, essere destinati a potenziare, sul fronte sociale, l'integrazione dei servizi domiciliari sociali e sanitari: tuttavia, l'esiguità del finanziamento, che costituisce solo il 2,4% di quello riservato al potenziamento dell'Adi, non pare dar vita ad una concreta occasione in tale direzione. Lo sbilanciamento tra un forte investimen-

to nei servizi domiciliari di titolarità delle Asl ed uno minimo in quelli dei Comuni rappresenta, dunque, una criticità di fondo del PNRR.

Rispetto agli interventi sanitari, questi ultimi progetti di investimento nel settore sociale prevedono una partenza molto veloce, con l'approvazione entro settembre 2021 del Piano operativo con la definizione dei requisiti dei progetti che potranno essere presentati dagli enti locali, per poter essere immediatamente dopo finanziati.

4. Una lettura d'insieme

Dopo aver esaminato le specifiche indicazioni del PNRR in materia di domiciliarità, verificiamone ora la coerenza con gli obiettivi della riforma indicati nel medesimo documento e sintetizzati all'inizio del capitolo. La disamina delle diverse misure considerate porta a concentrare l'attenzione sul corposo stanziamento nell'Adi, che costituisce – di gran lunga – il maggiore investimento del PNRR concernente la domiciliarità.

Il primo obiettivo attribuito alla riforma consiste, appunto, nel collocare il potenziamento della domiciliarità nell'ambito della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care). Questo obiettivo non può dirsi raggiunto. Infatti, nell'Adi si prevede di riprodurre il modello oggi vigente, caratterizzato da minima intensità e durata assai ridotta delle risposte. Si tratta, dunque, di utili interventi sanitari a domicilio ma non di una risposta alle esigenze legate alla non autosufficienza, come già detto nel precedente capitolo. Interventi di Adi dal profilo di quelli qui disegnati non sono considerati – a livello internazionale – misure di long-term care.

Il secondo obiettivo consiste nel favorire quando possibile la permanenza degli anziani a domicilio, attraverso sostegni adeguati. Evidentemente, un'Adi così congegnata non può ambire al raggiungimento di un simile scopo. L'ultimo obiettivo consiste nel prevedere risposte integrate per superare l'attuale frammentazione degli interventi. Anche questo non è raggiunto, laddove non è prevista alcuna forma di coordinamento tra Asl e Comuni.

Le specifiche azioni previste nel PNRR per la domiciliarità non sono, dunque, coerenti con gli obiettivi della riforma (box 2). Molte ne possono essere le ragioni, non ultimo il fatto che la riforma è stata inserita nel Piano nelle concitate battute finali della sua elaborazione, mentre le altre misure sono state disegnate tempo prima, quando questa non era un'ipotesi in campo. In ogni modo, quello che conta ora è compiere ogni sforzo affinché le importanti risorse destinate alla domiciliarità nel Piano siano utilizzate in modo coerente con gli obiettivi della riforma. E' uno degli scopi della nostra proposta, presentata nell'Allegato tecnico 3, dedicato al Sad anziani come livello essenziale.

Box 2 – Domiciliarità: coerenza tra gli obiettivi della riforma e gli investimenti del PNRR

Obiettivo che il PNRR attribuisce alla riforma	Gli investimenti del PNRR lo perseguono?
Collocare il potenziamento della domiciliarità nell'ambito della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care)	No
Favorire, quando possibile, la permanenza dell'anziano a domicilio con sostegni adeguati	No
Prevedere risposte integrate per superare l'attuale frammentazione degli interventi	No

Bibliografia

Governo Italiano (2021), [*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\)*](#).

Governo Italiano: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Gori C. (2021), [*La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio*](#), I luoghi della cura, 27 aprile.

Network non autosufficienza (NNA) (2021), [*Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una Proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*](#), 6 marzo.