

L'investimento 1.2.1 della Missione 6 "Salute" - Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si fonda sul principio della "casa come primo luogo di cura", con un focus specifico sull'assistenza domiciliare. L'obiettivo principale dell'intervento è il potenziamento delle cure domiciliari nella popolazione over 65.

L'investimento 1.2.1, denominato "Assistenza domiciliare", si propone di aumentare le prese in carico degli assistiti con prestazioni erogate a domicilio, fino a raggiungere, entro dicembre 2025, la presa in carico corrispondente al **10% della popolazione anziana** (in linea con le migliori prassi europee), rispetto a una media del 5% rilevata nel 2019.

Si rivolge a persone anziane non autosufficienti; malati cronici (es. diabete, BPCO, Alzheimer); pazienti oncologici in terapia o fine vita; disabili (fisici o cognitivi); pazienti dimessi dall'ospedale che hanno bisogno di assistenza continuativa.

Include: visite mediche domiciliari; infermieri per medicazioni, prelievi, terapia; fisioterapia e riabilitazione; supporto psicologico; igiene personale, aiuto nella mobilità, pasti; consulenza sociale (accesso a bonus, progetti, caregiver)

L'Assistenza domiciliare integrata (Adi) è una componente essenziale per garantire un'assistenza sanitaria equa, soprattutto negli anziani con patologie croniche o che necessitano di interventi di tipo sociosanitario. Negli ultimi 10 anni, il numero di anziani assistiti in ADI è cresciuto costantemente, passando da una copertura del 1,95% nel 2014 al 3,89% nel 2023. Tuttavia, il dato quantitativo non si è tradotto in un adeguato incremento della qualità e intensità assistenziale.

Se ne sono accorte le Regioni, inizialmente attraverso l'Intesa Stato Regioni del 2021 (n.151) sui criteri di accreditamento per le cure domiciliari e successivamente con il Pnrr (M6C1 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina").

Quest'ultimo, in particolare, come anticipato, **si pone l'obiettivo di raggiungere una copertura del 10% entro il 2026, il che significa assistere 842.000 over 65**. A tal fine, sono stati stanziati circa 3 miliardi di euro, incrementati di ulteriori 250 milioni a seguito della rimodulazione del Pnrr. Tali risorse si aggiungono a quelle già previste dal DL 34/2020 e destinate al rafforzamento dell'Adi attraverso l'assunzione di personale. È urgente un cambio di passo che sposti l'attenzione dalla "forma" alla "sostanza" perché nonostante il Pnrr, il Dm 77/2022 e altri provvedimenti normativi che hanno modificato il sistema di erogazione delle cure domiciliari, l'Adi non è ancora centrale nell'offerta del Ssn. Detto in altri termini, piuttosto che limitarsi a contare il numero di pazienti, un

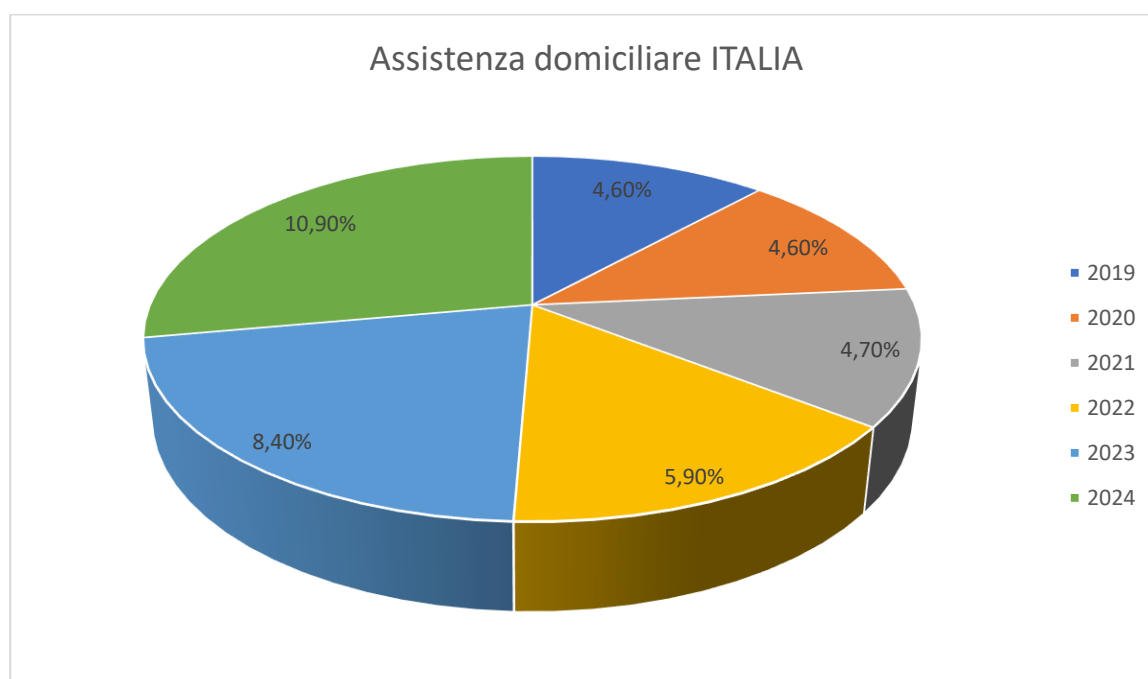
REPORT - ASSISTENZA DOMICILIARE

obiettivo trasversale del Pnrr avrebbe dovuto essere quello di comprendere frequenza e qualità degli interventi forniti ai pazienti, a partire da quelli ad alta complessità assistenziale, oltretutto verificare la composizione minima delle équipe professionali coinvolte nell'erogazione dell'Adi.

Il Decreto del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023, oltre ad aver ripartito i Fondi Regionali del Pnrr ha ribadito (art. 3, co. 5) l'impegno delle Regioni a erogare le prestazioni di cure domiciliari attraverso organizzazioni pubbliche e accreditate, come già stabilito dal Decreto Legislativo n. 502/1992, integrato e modificato nel tempo.

Passando ai numeri, l'assistenza domiciliare agli anziani cresce su tutto il territorio nazionale, con risultati che superano gli obiettivi programmati anche per il 2025. A certificarlo sono i dati diffusi da Agenas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, che nel 2024 ha registrato oltre 1,5 milioni di over 65 assistiti con almeno una prestazione a domicilio.

La rilevazione si basa sugli indicatori del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD), con dati validati direttamente dalla Direzione generale del Ministero della Salute.



Dal Monitoraggio 2024 (rilevato a marzo 2025) a livello nazionale, emerge che il numero di assistiti over 65 ha superato il target previsto, con una **percentuale di raggiungimento pari al 119,2%** rispetto al valore atteso. Infatti, **sono stati presi in carico 1.546.443 assistiti over 65**, a fronte di un obiettivo di 1.401.144. Già nel 2024, quindi, la **percentuale di popolazione over 65 presa in**

carico con una o più prestazioni erogate nell'anno di riferimento risulta pari al **10,9%**. Nel **2025** si prevede quindi di poter confermare o migliorare il risultato 2024, che di fatto evidenzia il raggiungimento anticipato dell'obiettivo minimo previsto dal PNRR. Secondo la ricerca in cima alla classifica troviamo Piemonte (+186%), Umbria (+166%) e la provincia autonoma di Trento (+141%).

L'invecchiamento non può e non deve tradursi in *esclusione, limitazione, povertà, contrazione di diritti e tutele*. Invecchiare in buona salute è un beneficio per il sistema paese, per le famiglie, per il SSN.

Anche per questo la **non autosufficienza** è uno dei grandi temi della nostra società, perché nonostante i progressi in ambito medico e l'aumento della vita media, l'invecchiamento della popolazione fa prevedere l'aumento della domanda di assistenza a lungo termine.

Il rischio è che il tutto si traduca in una delle maggiori disuguaglianze che contraddistinguono questo millennio. Parliamo di oltre 3,1 milioni di persone, di cui circa la metà con più di 75 anni.

Per sopperire alla frammentazione delle politiche di welfare territoriale e garantire un **modello omogeneo** nazionale nella logica di equità dell'accesso ai servizi, alle prestazioni e alle cure in generale, è prioritario dare ossigeno alla Legge sulla Non Autosufficienza che trasversalmente investe più settori: sanitari, socioassistenziali, economici e abitativi, quale riforma strutturale anche nel PNRR.

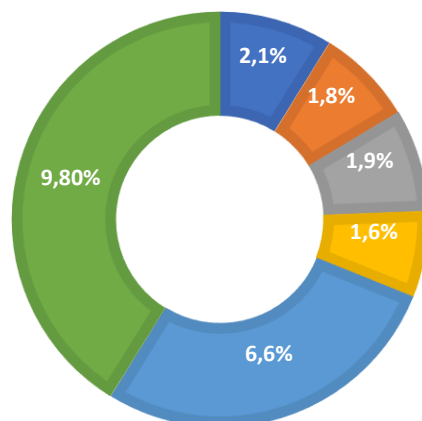
Garantire il principio di uguaglianza del diritto alle cure e all'assistenza è un dovere perché **terza età** o **indigenza**, non rappresentino una **discriminante**, in particolare nelle regioni svantaggiate del mezzogiorno.



In **Calabria** nel 2024 si è registrato un **+108%** di pazienti assistiti con almeno una prestazione domiciliare. Un risultato importante, **anche se ancora inferiore alla media nazionale** ma non sufficiente rispetto agli obiettivi del Pnrr con il 10% della popolazione in ADI entro il 2026.

ASSISTENZA DOMICILIARE CALABRIA

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021 ■ 2022 ■ 2023 ■ 2024



Quadro generale e fonti

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è una misura fondamentale di welfare territoriale volta a garantire la cura e il supporto a domicilio, in particolare agli anziani non autosufficienti.

La Calabria, nel 2024-2025, ha beneficiato dei fondi PNRR — Missione 6 (Salute), con la misura 'Casa come primo luogo di cura'. Tuttavia, la piena attuazione incontra criticità di personale e governance, oltre che criticità operative (organico, modello organizzativo, gestione di parti del servizio tramite soggetti esterni)

Le risorse PNRR destinate e lo stato della spesa:

Il portale di monitoraggio PNRR indica per la misura collegata all'ADI un importo complessivo riferito alla misura nazionale pari a €2,97 miliardi; per la Calabria il progetto rientra in tale misura e lo stato di spesa indica circa €1,3 miliardi già utilizzati. Parte dei finanziamenti è destinata alla telemedicina per la gestione dei pazienti cronici e di ADI.

Dati quantitativi-persone/anziani presi in carico:

A luglio 2024 la Regione Calabria riportava 52.411 nuclei familiari coinvolti (132.851 persone) con importo medio mensile di €589. Il tasso nazionale di presa in carico ADI over-65 è salito al 10,9% nel 2024, in crescita dall'8,4% del 2023, superando gli obiettivi PNRR.

Criticità e rivendicazioni:

REPORT - ASSISTENZA DOMICILIARE

precariato e carenza di personale; - rischio di esternalizzazione dei servizi; - modelli di finanziamento PNRR legati più ai numeri che alla qualità del servizio.

Stato attuativo, rischi operative e Punti di forza:

risorse PNRR significative e una chiara linea di programmazione regionale per ADI e telemedicina.

Rischi: sostenibilità operativa, carenze di personale, rischio di scarsa qualità se prevale la logica quantitativa.

Raccomandazioni operative 1. Priorità alla stabilizzazione del personale. 2. Monitoraggio della qualità oltre alla quantità. 3. Trasparenza negli affidamenti PNRR. 4. Rafforzamento della telemedicina e interoperabilità dei sistemi informatici.

••••

Dati provinciali (dicembre 2024)

Provincia	Nuclei percettori	% sul totale (nuclei)	Persone coinvolte	% sul totale (persone)	Importo medio (€)
Cosenza	16.711	36.39%	39.649	35.29%	602
Reggio C.	12.539	27.31%	31.707	28.22%	617
Catanzaro	7.927	17.26%	19.242	17.13%	611
Crotone	5.776	12.58%	14.796	13.17%	587
Vibo V.	2.965	6.46%	6.968	6.20%	584

Totale regionale: 45.918 nuclei — 112.362 persone — importo medio mensile €605

••••

Indicatori aggiuntivi

- Rapporto persone/nucleo (media regionale): 2.45
- Peso di Cosenza sul totale regionale (nuclei): 36,39%

REPORT - ASSISTENZA DOMICILIARE

- Peso di Reggio Calabria sul totale regionale (nuclei): 27,31 %
- Incidenza ADI su popolazione over-65 (stima regionale): ≈1,7% (fonte Agenas 2024)
- Incidenza ADI su popolazione over-75 (stima regionale): ≈2,9%
- Differenza tra provincia con importo medio più alto (Reggio Calabria €617) e più basso (Vibo €584): €33
- Media persone per nucleo a Cosenza: 2.37
- Media persone per nucleo a Reggio Calabria: 2.53
- Media persone per nucleo a Catanzaro: 2.43
- Media persone per nucleo a Crotone: 2.56
- Media persone per nucleo a Vibo Valentia: 2.35



Criticità e ostacoli principali in Calabria

- **Basso livello di copertura:**

la Calabria, ad oggi, non soddisfa l'obiettivo del 10% per gli over 65-assistenza domiciliare integrata fissato dal PNRR.

Osservazioni

- Le province di Cosenza e Reggio Calabria concentrano oltre il 63% dei nuclei ADI della regione.
- L'importo medio più elevato si registra a Reggio Calabria, probabilmente legato a casi di maggiore intensità assistenziale.
- Le province minori (Crotone e Vibo Valentia) presentano importi più bassi e nuclei mediamente meno numerosi.
- L'incidenza ADI rispetto alla popolazione over-65 resta inferiore alla media nazionale (≈10,9%), segnalando margini di miglioramento.

Bisogna, però, fare alcune valutazioni anche sul contesto storico: la Calabria invecchia!!

Tessuto sociale Calabrese: la Calabria censisce al 31/12/2023 oltre 439 mila calabresi con età superiore ai 65 anni, ed un indice di vecchiaia pari a 178,6/100 dato cresciuto di oltre 40 punti percentuale negli ultimi 10 anni.

Oltre ad una analisi più dettagliata delle motivazioni ed un approfondimento sulle cause, quello che emerge, è la necessità di rivisitare i servizi offerti nella nostra regione, in relazione ai fruitori finali, alla luce anche di una previsione tendenzialmente in rialzo degli indici ad oggi conosciuti.

A tale proposito tra le altre azioni ulteriori, potrebbe essere data una rapida attuazione alla legge regionale sui Caregiver, quale figura di supporto sociale, giuridicamente regolamentata e riconosciuta.

Il 23% over 65, fra poco meno di 30 anni avremo oltre **1 mln** di abitanti pensionati in Calabria, con un **indice di vecchiaia cresciuto di 15 punti in 3 anni**, ci avviciniamo alla **tempesta perfetta** sul sistema previdenziale e sui **servizi** (Sanità, sicurezza, qualità della vita, inclusione sociale, trasporti, aree interne, servizi socio sanitari integrati) andranno riprogrammati tenendo conto di fattori fisiologici che sommati al dato sul **decremento demografico**, ci preoccupano estremamente.

- **Personale insufficiente:**

infermieri, OSS, terapisti ... sono sotto la media nazionale. La carenza di infermieri, in particolare, è esplicitamente indicata come ostacolo dall'Osservatorio GIMBE che si occupa di monitorare sull'attuazione della Missione Salute del PNRR.

- **Intensità di cura bassa:**

molti utenti ricevono prestazioni domiciliari episodiche, non con continuità o con più visite nel tempo. Alcune province, zone rurali e comuni periferici della Calabria soffrono maggiormente, sia per distanza che per incapacità organizzativa.

- **Strutture territoriali incomplete:**

le Case della comunità e ospedali di comunità non sono ancora operativi o non hanno servizi completi.

- **Finanziamenti e spesa:**

pur in presenza di risorse stanziare, l'effettiva spesa, la difficoltosa implementazione dei progetti dovuta a complessità burocratica e a disparità territoriali tra regioni e comuni, mostrano ritardi e si

dimostrano inefficaci. Servono controllo, formazione, organizzazione nonché integrazione tra servizi sanitari e sociali.



Il Presidente della Fondazione GIMBE, a margine del Monitoraggio sullo stato di avanzamento al 31 marzo 2025 ha dichiarato che **al 1° trimestre 2025 è stata rispettata l'unica scadenza nazionale, ma la riforma dell'assistenza territoriale arranca.**

A tre anni dall'adozione del DM 77, la riforma dell'assistenza territoriale procede a rilento, con forti diseguaglianze tra le Regioni, in particolare nell'attivazione e nella piena operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è essenziale per ridurre la pressione su ospedali e pronto soccorso, ma i dati regionali mostrano che, nonostante i fondi disponibili, i progressi purtroppo sono ancora troppo lenti.



Uno strumento che offre un sostegno economico per l'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti è il **Progetto Home Care Premium (HCP)**, misura promossa da **INPS** a favore dei dipendenti, dei pensionati pubblici e dei loro familiari. Per il triennio 2023/2025 l'importo del contributo mensile varia in base al grado di non autosufficienza e all'ISEE del beneficiario.



Migliorare l'assistenza domiciliare e l'assistenza domiciliare integrata deve essere una priorità per tutti.

Cura personalizzata e umanizzata, riduzione dei ricoveri e dei costi sanitari, maggior benessere psicologico per il paziente che ha possibilità di permanere nel proprio ambiente.

A tal fine è necessario investire maggiormente sul capitale umano e in risorse tecnologiche, potenziare la formazione del personale, rafforzare il sistema di valutazione delle cure erogate, promuovere una migliore integrazione tra i vari servizi sanitari e sociali, innovare i modelli organizzativi e professionali anche per capitalizzare al meglio le potenzialità delle tecnologie, e valorizzando al meglio il contributo che deve essere apportato da soggetti pubblici e privati accreditati all'interno di un'efficace governance pubblica e programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'obiettivo è utilizzare tutte le risorse stanziare dal Pnrr per incrementare realmente, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, l'attività assistenziale domiciliare, a partire dai pazienti con maggiore complessità. Contabilizzare meglio ciò che già si fa è un passo in avanti ma non può essere questa la leva sulla quale puntare in un'ottica di vero rafforzamento dell'Adi.

••••



Richieste UIL

1. Potenziamento dell'assistenza domiciliare

UIL ritiene che l'assistenza domiciliare debba essere notevolmente rafforzata, come modalità preferenziale rispetto ai ricoveri residenziali, per garantire dignità, autonomia e migliore qualità della vita per anziani, disabili, fragili.

2. Integrazione sociosanitaria

Chiede che assistenza sanitaria e assistenza sociale non restino settori separati, ma siano integrati per offrire un percorso coerente e completo all'utente. UIL ritiene che il legislatore nazionale (legge delega, decreti attuativi) debba dare vita a un sistema organico che unisca queste dimensioni.

3. Risorse economiche adeguate

Una critica ricorrente della UIL è che molti progetti, leggi e programmi restano sulla carta a causa di insufficienti risorse. Chiede che ci siano stanziamenti certi, nazionali/regionali/comunali, per finanziare in modo stabile i servizi domiciliari, gli ambiti territoriali e la formazione del personale.

4. Qualità e diritti dei lavoratori

UIL denuncia carenze nel personale qualificato (OSS, infermieri, operatori socio-sanitari) e condizioni di lavoro che non sempre tutelano il benessere degli operatori: orari, appalti, remunerazioni, formazione. Ritiene che per garantire assistenza domiciliare efficace servono anche migliori condizioni per chi lavora.

5. Supporto alle famiglie

UIL sollecita riconoscimento e sostegno alle famiglie, nonché misure economiche/assistenza per chi si prende cura in casa. Pur non tutti gli accordi prevedono supporti efficaci, UIL lo considera elemento importante.

6. Accessibilità, equità e criteri ISEE

UIL chiede che l'accesso ai servizi domiciliari sia equo, proporzionato al bisogno, con criteri condivisi e sufficientemente generosi. In varie realtà locali UIL denuncia soglie ISEE basse o criteri troppo restrittivi che escludono chi ha bisogno.

7. Tempi e attuazione normativa

UIL sottolinea la necessità che le riforme previste (legge delega, decreti attuativi) si concretizzino rapidamente e non restino bloccate. È critica verso i ritardi, le attese e le incertezze che penalizzano utenti e lavoratori.

••••



Conclusioni:

La Calabria dispone di un quadro finanziario solido grazie al PNRR, ma deve consolidare la rete territoriale e migliorare l'efficienza dei servizi ADI. È essenziale una pianificazione provinciale che assicuri equità territoriale, qualità del servizio e stabilità occupazionale del personale sanitario e sociosanitario per costruire una nuova **architettura dell'assistenza territoriale**.

La riuscita dipenderà dalla capacità di convertire risorse in strutture organizzative stabili e personale qualificato.