



FACT CHECKING

RIFORMA ASSISTENZA TERRITORIALE

FOCUS ADI

Stato di avanzamento dei principali provvedimenti

A cura di:
Carla Mariotti, Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi

SOMMARIO

SOMMARIO	2
PREMESSA.....	3
DATI PRELIMINARI DA FOCUS GROUP E QUESTIONARIO	4
1. L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI): CRITICITÀ E NORMATIVE CHIAVE	8
1.1 CARENZA DI PERSONALE.....	9
1.2 NORMATIVE	10
1.3 L'INTESA N° 151 IN CONFERENZA STATO REGIONI DEL 4 AGOSTO 2021	12
2. PNRR E ADI.....	15
2.1 SUB-INVESTIMENTO 1.2.1: ASSISTENZA DOMICILIARE	15
2.2 SUB-INVESTIMENTO 1.2.3 TELEMEDICINA PER UN MIGLIORE SUPPORTO AI PAZIENTI CRONICI	16
2.3 IL DECRETO SULLA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DEL 23.01.23.....	19
2.4 IL DECRETO SULLA CONTABILIZZAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE SPESE DEL 13.03.23	21
3. INCONGRUENZE SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	23
3.1 LIVELLO NAZIONALE	25
3.2 FACT CHECKING SUL RECEPIMENTO DELL'INTESA N. 151/CSR DEL 4 AGOSTO 2021	32
3.3 DELIBERE REGIONALI SULL'ACCREDITAMENTO: CONTENUTI PRINCIPALI E TARIFFE ADI	38
Abruzzo	38
Basilicata	39
Calabria	39
Campania	40
Emilia-Romagna.....	40
FVG	41
Lazio	41
Liguria	42
Lombardia	42
Marche.....	42
Molise	43
P.A Trento.....	43
P.A. Bolzano.....	44
Piemonte.....	44
Puglia	45
Sardegna.....	45
Sicilia	46
Toscana	46
Umbria	47
Valle d'Aosta	47
Veneto.....	48
4. CONCLUSIONI E PROPOSTE DI POLICY.....	49
PRINCIPALI FONTI CONSULTATE.....	53

PREMESSA

Il report si propone di verificare lo stato di avanzamento dei principali provvedimenti normativi relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con particolare riguardo al **recepimento da parte delle regioni dell'Intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021**, intercettandone, ove possibile, l'impatto generato.

L'interesse verso le cure domiciliari è nato dalla volontà di effettuare una lettura sistematica degli attuali provvedimenti normativi che hanno **modificato il sistema di erogazione delle cure domiciliari**, dalla necessità di tenere alta l'attenzione sul fatto che erogare le prestazioni di cure domiciliari è un adempimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e un requisito del DM77/2022, e di comprendere meglio quanto e se l'investimento dedicato del PNRR abbia inciso nella pratica quotidiana.

A tal fine, è stata condotta una ricerca da desk per reperire i dati istituzionali e le normative nazionali e regionali più recenti¹; laddove possibile la ricerca è stata aggiornata e integrata con i dati istituzionali che venivano via via resi pubblici. Per esaminare il funzionamento del nuovo sistema di accreditamento e raccogliere informazioni ed esperienze sulle cure domiciliari, è stato condotto un **focus group** coinvolgendo professionisti sanitari e associazioni di pazienti. Inoltre, al fine di conoscere il punto di vista delle organizzazioni private, il quadro è stato integrato da un **breve questionario**² volto a rilevare l'esperienza delle **aziende operanti attivamente o intenzionate ad operare nell'erogazione** delle cure domiciliari, nel rispetto dei requisiti di *autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari (CD)* contenuti nell'Intesa CSR n. 151 del 4/8/21.

¹ Aggiornamento dei provvedimenti normativi regionali chiuso in data 20 dicembre 2024.

² Il questionario non ha valenza statistica

Dati Preliminari da Focus Group e Questionario

Durante il **focus group** i **professionisti sanitari** si sono concentrati sulle criticità relative all'ADI, evidenziando la necessità di garantire una copertura sul territorio capillare, organizzata e di qualità; hanno espresso preoccupazioni riguardo all'ADI fornita da privati, temendo che possa risultare un *“semplice approccio prestazionale”* all'interno di scelte programmatiche regionali. Alcune soluzioni proposte hanno considerato l'opportunità di **inviare gli specializzandi di geriatria e gerontologia al domicilio del paziente**.

Le **associazioni dei pazienti** hanno invece orientato la discussione su temi legati alle loro esperienze personali.

Durante il focus group sono emerse diverse problematiche come la difficoltà di integrazione tra prestazioni domiciliari e prestazioni sociali (es. anziani non autosufficienti), il limitato uso della telemedicina a domicilio (es. telemonitoraggio) connesso alla complessità di comprendere quali siano i criteri che permettono ai pazienti di essere assistiti con tale modalità, l'urgenza di individuare o perfezionare strumenti di misurazione, valutazione, programmazione e controllo dell'ADI poiché il PNRR eroga risorse economiche solo in base al volume di assistiti presi in carico. Alcune associazioni di pazienti si sono inoltre concentrate sull'esperienza legata alla **breve durata degli interventi a domicilio** e alle **limitate ore di assistenza**, suggerendo anche l'utilità di affiancare al parametro CIA³ una misurazione che tenga conto della tipologia di professionisti coinvolti (es. logopedista per persone che hanno subito un ictus) e del tipo di prestazione (Fig. 1).

PARTECIPANTI AL FOCUS GROUP

- Italia **AGRESTA**, Vicepresidente **APMARR** Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare
- Stefania **BASTIANELLO**, Direttore tecnico **AISLA Onlus** Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Michela **BRUZZONE**, Direttore Area Servizi e Progetti Socio Sanitari, Formazione ECM, Attività complesse **AISM**
- Maurizio **CONTE**, Tesoriere **UILDM** Unione Italiana lotta alla distrofia muscolare
- Carlo **CURATOLA**, Esecutivo Nazionale **FIMMG** Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
- Francesco **DE LORENZO**, Presidente **FAVO** Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
- Fabrizio **FARNETANI**, Consigliere **UNIAMO** Federazione Italiana Malattie Rare
- Dario **LEOSCO**, Presidente Eletto **SIGG** Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- Barbara **MANGIACAVALLI**, Presidente **FNOPI** Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche
- Luciano **PLETTI**, Vice Presidente Nazionale **CARD** Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
- Giampiero **PORZIO**, Delegato **AIOM** Associazione Italiana di Oncologia Medica
- Marta **SIMONELLI**, Consigliere Comitato Centrale **FNOFI** Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti
- Carla **TESTANI**, Consiglio direttivo Associazione Italiana Pazienti **BPCO Onlus**
- Andrea **VIANELLO**, Presidente **ALICE Italia** Associazione per la lotta all'Ictus Cerebrale

³ Coefficiente Intensità Assistenziale

Figura 1 - Focus group: priorità delle Associazioni dei pazienti

1	Difficoltà di integrazione tra prestazioni domiciliari e prestazioni sociali
2	Limitato uso della telemedicina a domicilio (es. telemonitoraggio)
3	Urgenza di individuare o perfezionare strumenti di misurazione, valutazione, programmazione e controllo dell'ADI
4	Breve durata degli interventi a domicilio e delle ore di assistenza
5	Affiancare al parametro CIA (Coefficiente Intensità Assistenziale) una misurazione che descriva la tipologia di professionisti coinvolti nell'ADI
6	Individuare il case manager (es. MMG, Infermiere di Famiglia e di Comunità) responsabile della gestione e integrazione tra professionisti e figura di riferimento per la famiglia del paziente
7	Difficoltà a co-progettare con paziente, familiare o caregiver il percorso terapeutico così come indicato nel DM77
8	Percezione di essere in una fase di transizione e di cambiamento stante i diversi provvedimenti normativi relativi all'assistenza territoriale con particolare riguardo all'ADI
9	Bassa attenzione alla densità di popolazione e alla conformazione del territorio con la conseguenza che i professionisti necessitano per gli spostamenti tempi superiori alla media
10	N° limitato di Indicatori nel NSG dei LEA (attualmente descrivono il livello di servizio dell'ADI ma non il sistema di funzionamento)

Fonte: Salutequità su Focus Group, 15 ottobre 2024

È stata inoltre condivisa e successivamente approfondita una riflessione sull'erogazione delle **Cure Palliative** che seppur non appartenenti a livello organizzativo all'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, sono state oggetto di discussione dal momento che:

1. Possono essere erogate dalla **stessa equipe** dell'ADI, a condizione che i professionisti abbiano una formazione specifica;
2. I tumori rappresentano una delle tre **principali patologie** trattate in ADI⁴;
3. Il problema della **carenza di medici** riguarda anche i **medici palliativisti** e persisterà nei prossimi anni;
4. La **telemedicina**, anche nelle cure palliative, può rappresentare un'opportunità così come dimostrato in un recente studio che ha visto protagonista, con un proprio protocollo, l'Equipe di Assistenza Domiciliare Oncologica dell'Associazione Tumori Toscana (ATT)⁵.

L'indagine tramite **questionario** finalizzata a conoscere anche il punto di vista delle organizzazioni private, ha rivelato una diffusa volontà degli homecare provider ad

⁴ Le linee guida dell'American Society of Clinical Oncology e del National Comprehensive Cancer Network suggeriscono di sottoporre a cure palliative precoci entro 8 settimane dalla diagnosi gli individui a cui è stato diagnosticato un cancro avanzato.

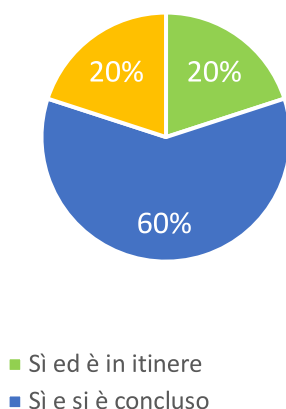
⁵ Ravoni G., Fusilli M., Parretti G., Colpani E., Porzio G., Spinelli G. Training and telemedicine: the key to the palliative medicine specialist shortage? 2023

estendere i propri servizi di assistenza domiciliare su tutto il territorio nazionale. In particolare, la totalità dei rispondenti già **fornisce o intende fornire** servizi in **Abruzzo, FVG, Lazio, Lombardia, Puglia e Sicilia**.

Anche in **Calabria, Campania, Marche, Piemonte e Veneto**, l'erogazione o l'intenzione di fornire tali servizi raggiunge l'**80%** dei rispondenti.

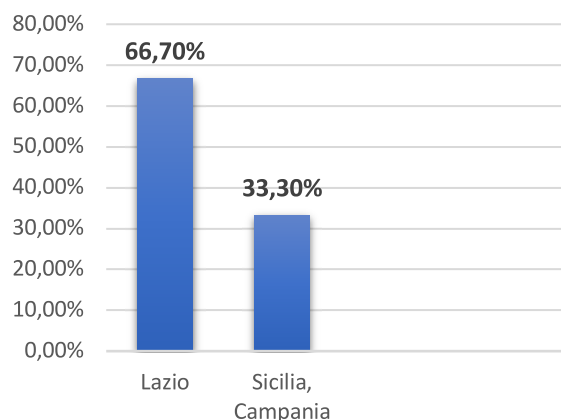
Tuttavia, tra questi, solo il **60% ha completato l'iter per l'accreditamento (Lazio, Sicilia e Campania)**, evidenziando un gap tra le intenzioni e l'effettiva possibilità ad operare (Graf. 1 e 2).

Grafico 1 – Percentuale homecare che ha avviato il percorso di accreditamento per l'ADI



Fonte: Salutequità su dati questionario rivolto agli homecare provider, 2025

Grafico 2 – Regioni ove il percorso si è concluso con il rilascio dell'autorizzazione e accreditamento



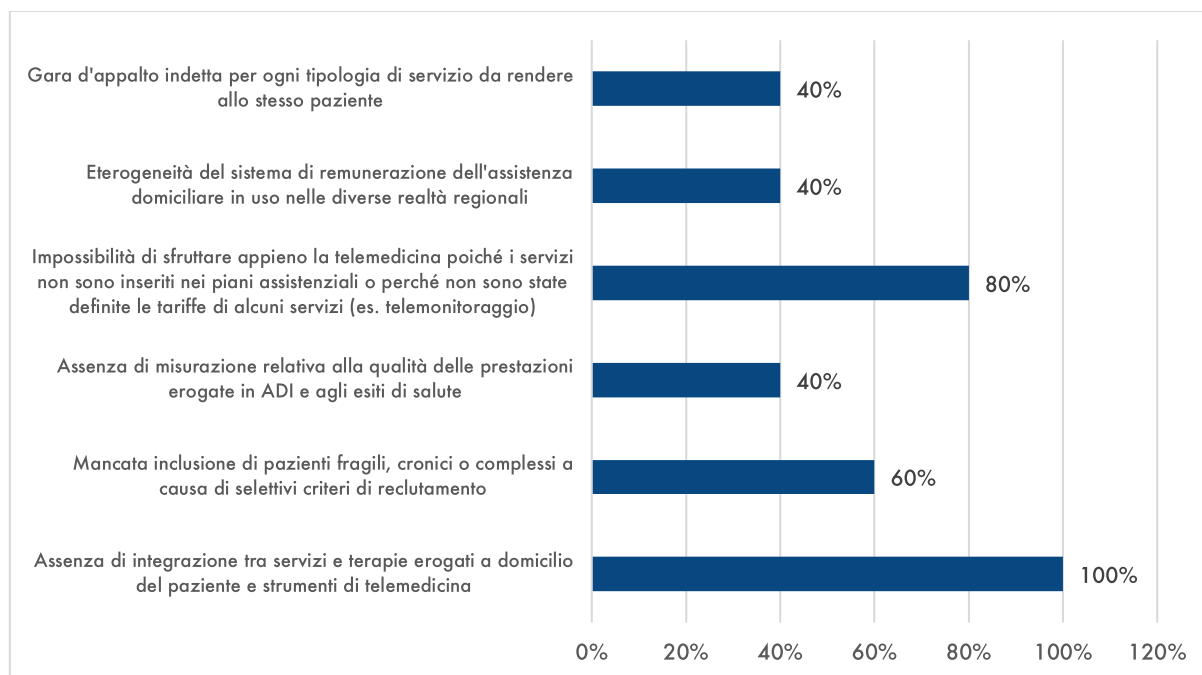
Fonte: Salutequità su dati questionario rivolto agli homecare provider, 2025

Il 100% dei rispondenti ha inoltre sottolineato la complessità delle procedure per ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento, con particolare criticità segnalata in **Campania, Piemonte e Sicilia** (66,7%). Anche in **Puglia e Sardegna** sono state evidenziate delle difficoltà (33,3%); il quadro sembra suggerire la necessità di una semplificazione normativa a livello nazionale e regionale. Tra gli homecare provider accreditati, la totalità ha avuto modo di erogare prestazioni sanitarie/sociosanitarie e servizi di telemedicina, in particolare **televisita, teleconsulto, telemonitoraggio**. Invece tra coloro che sono ancora in fase di accreditamento, il **50%** prevede di erogare esclusivamente prestazioni sanitarie e sociosanitarie (es. *prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative*), mentre l'altro **50%** si concentrerà sui servizi di telemedicina.

Rispetto al contributo che i soggetti privati potrebbero apportare l'indagine ha evidenziato una percezione diffusa (**80%**) tra gli homecare provider di un approccio programmatico regionale eccessivamente focalizzato sulla prestazione (es. *garantire un numero congruo di prestazioni ponendo meno attenzione alla qualità*) mentre una percentuale inferiore (**20%**) ha descritto l'approccio programmatico regionale come attento agli esiti clinici e alla continuità assistenziale o attento a valorizzare la qualità dei servizi, promuovendo un approccio centrato sul paziente (**20%**). L'analisi delle risposte

degli homecare provider ha messo in luce una serie di criticità che incidono negativamente sull'erogazione delle cure domiciliari; i principali ostacoli sono riportati nel seguente grafico (Graf. 3).

Graf. 3 – Ostacoli all'erogazione delle cure domiciliari



Fonte: Salutequità su dati questionario agli homecare provider, 2025

Infine, **tra le priorità riferite** è stata segnalata l'urgenza di istituire un criterio di accreditamento per i servizi di Telemedicina e Telemonitoraggio domiciliari che preveda una specifica tariffa per tali servizi, anche se non necessariamente collegati all'ADI territoriale.

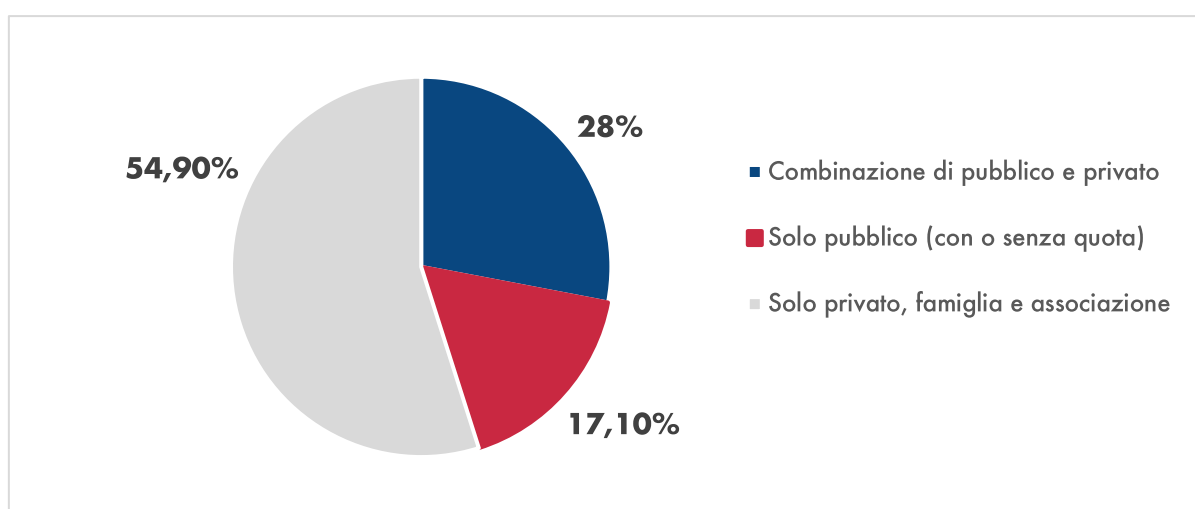
1. L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI): CRITICITÀ e NORMATIVE CHIAVE

L'ADI è fondamentale nel garantire l'equità sanitaria, soprattutto considerando l'aumento della popolazione anziana, delle malattie croniche e della complessità dei bisogni. L'ADI, promuovendo l'"aging at home", permette ai pazienti di rimanere nelle proprie case, mantenendo un certo grado di autonomia e riducendo stress e spostamenti verso le strutture sanitarie. Ciò migliora la qualità della vita dei pazienti e, al contempo, contribuisce ad efficientare il sistema sanitario, evitando ricoveri non necessari e offrendo un'alternativa più economica all'assistenza residenziale.

Le persone che soffrono di **malattie croniche** richiedono un monitoraggio continuo e cure regolari; l'ADI consente a tutte le persone, in particolare ai pazienti cronici, indipendentemente dalla loro situazione economica o geografica, di accedere a cure mediche personalizzate e specifiche, tenendo conto delle condizioni di salute, preferenze della persona e contesto familiare.

Ad esempio, l'ADI si rivela fondamentale per coloro affetti da patologie croniche come la sclerosi multipla (SM); stando ai dati **AISM**⁶ la maggior parte delle persone con SM e NMOSD in Italia non riceve alcun tipo di assistenza dal soggetto pubblico, affidandosi a soluzioni alternative: il **54,9%** delle persone con **SM e NMOSD** ha fatto riferimento *esclusivamente al privato a pagamento, ai caregiver familiari o all'associazione, indicando quindi di non aver ricevuto nessun tipo di assistenza da parte del soggetto pubblico*. Circa un terzo (28%) ha ricevuto assistenza esclusivamente dall'erogatore pubblico (con o senza compartecipazione alla spesa) mentre il **17,1%** ha fatto riferimento a una combinazione tra pubblico e privato (Graf. 4).

Graf. 4 - Gli erogatori di assistenza domiciliare: l'esperienza delle persone con SM e NMOSD



Fonte: Salutequità su dati AISM, 2024

⁶ AISM. Barometro della Sclerosi Multipla e patologie correlate. 2024

Ricevere cure al proprio domicilio significa poter contare su un **team multiprofessionale** che verificando costantemente le condizioni di salute del paziente, identifica rapidamente cambiamenti o complicazioni, intervenendo tempestivamente; al contempo il supporto professionale permette alla famiglia del paziente di essere alleviati dal peso delle responsabilità di cura nonché di imparare a gestire meglio le situazioni.

È bene segnalare che erroneamente ma in molti casi, **l'Assistenza Domiciliare Integrata viene vista come una semplice erogazione di cure sanitarie senza essere supportata da alcun intervento di tipo sociale**⁷.

La tabella seguente fornisce una conferma di quanto appena esposto (Tab. 1).

Tab. 1 - Anziani assistiti con ADI e con Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari

Regioni	Anziani assistiti in ADI	Anziani assistiti Ass. Dom. Integrata servizi sanitari	Differenza
Italia	973.520,6	85.791,6	887.010,8
Piemonte	39.724,3	6.441,0	33.283,3
Valle d'Aosta	1.360,5	133,4	1.227,2
Lombardia	147.115,3	2.605,9	144.509,4
P.A. di Bolzano	5.536,4	-	5.536,4
P.A. di Trento	6.234,2	114,0	6.120,1
Veneto	126.872,1	52.994,8	73.877,4
Friuli Venezia Giulia	30.089,0	85,6	30.003,4
Liguria	20.928,7	2.038,8	18.889,9
Emilia Romagna	144.985,7	6.234,9	138.750,8
Toscana	122.232,2	6.709,6	115.522,6
Umbria	11.355,4	983,0	10.372,3
Marche	23.113,7	111,9	23.001,8
Lazio	77.509,0	1.697,2	75.811,8
Abruzzo	18.642,9	221,5	18.421,4
Molise	11.808,5	-	11.808,5
Campania	53.299,3	1.932,9	51.366,4
Puglia	42.029,3	2.590,6	39.438,7
Basilicata	9.217,9	8,2	9.209,7
Calabria	10.382,6	197,1	10.185,5
Sicilia	59.303,4	896,3	58.407,1
Sardegna	11.780,4	513,1	11.267,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

1.1 Carenza di personale

Uno degli ostacoli principali che riguarda le cure domiciliari è senza dubbio la **carenza di personale**: medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, logopedisti e operatori sociosanitari sono spesso insufficienti rispetto alla domanda di cura dei pazienti; questo squilibrio provoca un carico di lavoro elevato che può tradursi in un calo della qualità delle cure fornite.

⁷ CREA Sanità. 20° Rapporto Sanità, Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. 2025

Lo studio AIDOMUS-IT⁸ ha rivelato che **meno di 1 ASL su 2** (solo il 40%) ha nel proprio organico un assistente sociale in modo strutturato; solo **1 ASL su 2 (53,2%)** ha assunto almeno un operatore sociosanitario (OSS), valore che scende di oltre 10 punti nel Sud Italia (41,7%).

Per quanto riguarda gli **infermieri**, il **25,3%** ha un'esperienza nel setting di assistenza domiciliare compresa tra i 2 e i 4 anni; in pratica sono giovani professionisti con un'esperienza relativamente breve mentre un altro **24,5%** ha un'esperienza >20 anni, ma in questo caso si tratta di professionisti con un'età compresa tra i 50 e i 59 anni.

Sui **medici palliativisti**, i dati di Anaa-ALS del settembre 2024 illustravano che a fronte di 170 contratti banditi, solo il **22% (37) delle borse** era stato assegnato. *Le ragioni della scarsa attrattiva della specializzazione in medicina e cure palliative sono difficili da individuare. Possiamo ipotizzare che il rischio di burnout, le limitate opportunità di pratica privata e carriera accademica tengano lontani i giovani medici da questo percorso di formazione specializzato. Basandoci sui dati attuali, nei prossimi 5 anni ci saranno solo 195 specialisti in medicina e cure palliative⁹.*

Il DL 34/2020 aveva stanziato per le regioni risorse aggiuntive destinate al potenziamento dell'ADI attraverso l'assunzione di personale sanitario; tra i provvedimenti più recenti troviamo invece il Decreto PNRR (convertito in [Legge n. 199/24](#))¹⁰ che ha introdotto nuovi criteri per le assunzioni nel SSN, prevedendo misure di semplificazione ed accelerazione delle procedure, incluse quelle di spesa.

1.2 Normative

Con la **Legge n. 178 del 30 dicembre 2020** (art.1 comma 406) sono state introdotte alcune modifiche alla disciplina di cui al decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502.

Quest'ultimo aveva permesso di **estendere l'applicazione del sistema di autorizzazione e accreditamento istituzionale all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni private** che erogano cure domiciliari e nel corso degli anni è stato integrato e modificato con diverse norme (Fig. 2).

LEGGE 30 dicembre 2020, n. 178 - Art. 1 Comma 406

Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) **all'articolo 8-ter, comma 2**, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e per l'erogazione di cure domiciliari»;
- b) **all'articolo 8-quater, comma 1**, dopo le parole: «che ne facciano richiesta,» sono inserite le seguenti: «nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari,»;
- c) **all'articolo 8-quinquies, comma 2, alinea**, dopo le parole: «e con i professionisti accreditati,» sono inserite le seguenti: «nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari...».

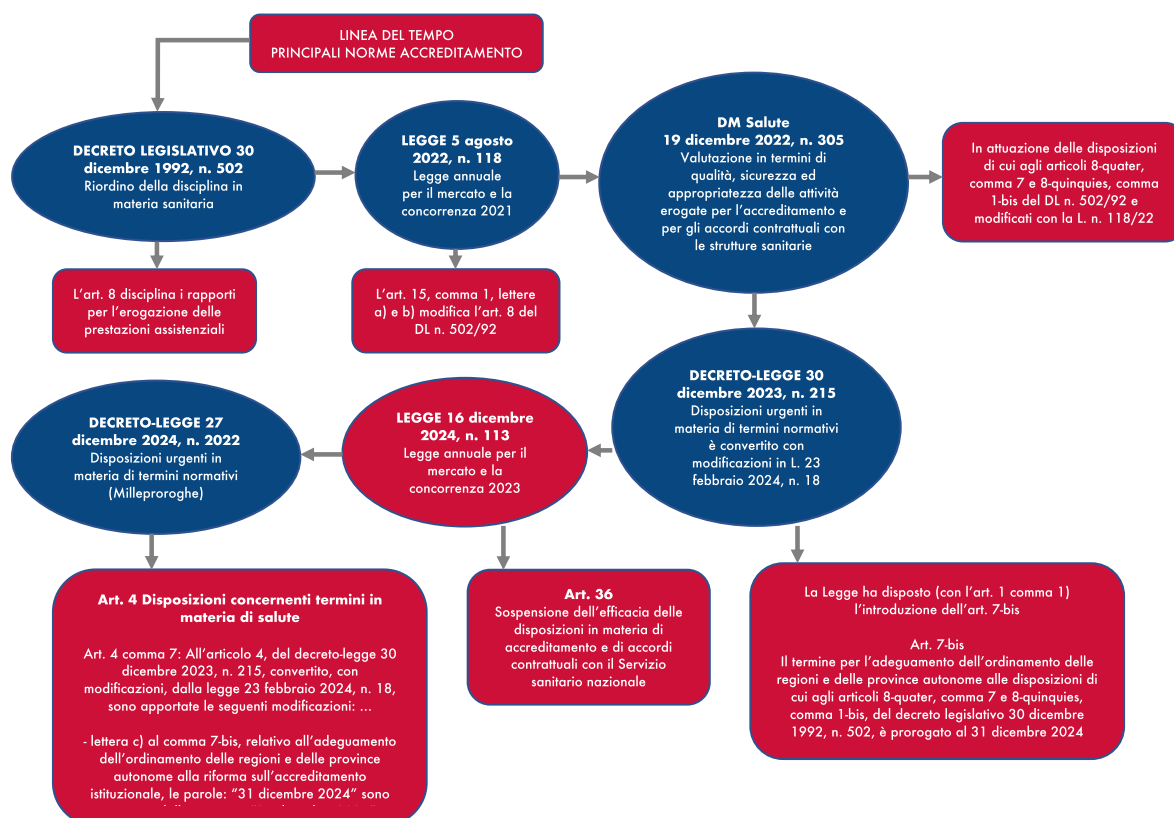
Fonte: Salutequità su Normattiva.it. Ultimo accesso dicembre 2024

⁸ FNOPI, Studio AIDOMUS-IT, Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia. 2024

⁹ Giusti, R., Ravoni, G., & Porzio, G. (2023). Medical oncologists and supportive/palliative care education: prevention of fragmented care. *BMJ Supportive & Palliative Care*.

¹⁰ Disposizioni urgenti in materia di lavoro, università, ricerca e istruzione per una migliore attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Fig. 2 – Principali modifiche e integrazioni al DL 23 dicembre 1992, n. 502



Fonte: Salutequità, dicembre 2024

Nell'agosto del 2021, la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'**Intesa n. 151/CSR** relativa **all'individuazione dei criteri di autorizzazione e accreditamento dell'assistenza domiciliare (ADI)**¹¹.

Più recentemente, il **Decreto del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023** non solo ha definito la ripartizione dei fondi regionali legati al PNRR, ma all'art. 3, comma 5, ha ribadito l'impegno delle regioni a erogare le prestazioni di cure domiciliare attraverso organizzazioni pubbliche e private accreditate, rafforzando quanto già stabilito dal Decreto Legislativo n. 502/1992.

In seguito la [Legge n. 193 del 16 dicembre 2024](#)¹² all'**art. 36** **sospendeva espressamente l'efficacia delle disposizioni in materia di accreditamento e di accordi contrattuali** con il Servizio Sanitario Nazionale - **DL n. 502/92 - articoli 8 - quater , comma 7, e 8 -quinquies , comma 1 -bis** (Tab. 2)¹³ - sino agli esiti delle attività del *Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale*¹⁴, da sottoporre ad apposita intesa nell'ambito della Conferenza permanente Stato-regioni, non oltre il **31 dicembre 2026**.

¹¹ "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"

¹² Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2023.

¹³ Cfr. DL 30 dicembre 1992, n. 502 [QUI](#) - Ultimo accesso 14 dicembre 2024

¹⁴ L'Intesa CSR n. 259/CSR del 20.12.2012 aveva approvato il "Disciplinare tecnico per l'accreditamento". Il Tavolo Tecnico per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale (TRAC) ha il compito di definire il *cronoprogramma di adeguamento ai criteri, ai requisiti e alle evidenze del Disciplinare tecnico e di individuare i criteri per il funzionamento degli organismi tecnicamente accreditanti (approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 19.02.2015 -rep. atti n. 32/CSR).*

Tab. 2 – Articoli 8 -quater, comma 7, e 8 -quinqües, comma 1 -bis (DL n. 502/92)

Art. 8 - quater, comma 7	<i>...nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accredimento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza...</i>
Art. 8 - quinqües, comma 1 - bis	<i>...I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta...</i>

Fonte: Salutequità su Normativa, 2024

Undici giorni dopo, il Decreto Legge n. 202 del 27 dicembre 2024 (Milleproroghe) “smentiva” la legge sulla concorrenza, accordando **alle regioni un anno** (31/12/2025) per adeguare i propri ordinamenti alle più recenti disposizioni sull’accredimento istituzionale e stipula degli accordi contrattuali.

Il “cortocircuito normativo” **ha rischiato di creare confusione nell’indispensabile adeguamento dei sistemi regionali** con il pericolo di tradursi in una riduzione della qualità delle cure o addirittura in un blocco dell’erogazione del servizio di assistenza domiciliare. Da tale “ambiguità normativa” per un breve periodo è parso **che la disciplina sugli accreditamenti fosse stata sospesa per intero**, quanto meno fintantoché il Tavolo istituito per lo sviluppo e l’applicazione del sistema di accreditamento nazionale (TRAC) non ne avesse definito compiutamente i contenuti e comunque non oltre il 31 dicembre 2026.

Per fare chiarezza si dovrà attendere la **Legge del 21 febbraio 2025, n. 15¹⁵** che **ha sciolto ogni dubbio interpretativo**, affermando di fatto la “**non sospensione**” del sistema di accreditamento e prevedendo al comma 7-bis quanto segue:

“7-bis. Il termine per l'adeguamento dell'ordinamento delle regioni e delle province autonome alle disposizioni di cui agli articoli 8-quater, comma 7, e 8-quinqües, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è prorogato al 31 dicembre 2026. Resta ferma la possibilità da parte delle regioni di accreditare nuove strutture sanitarie ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

1.3 L’Intesa n° 151 in Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021

L’Intesa Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 riguarda i **requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e gli ulteriori requisiti per l’accredimento delle cure domiciliari**, in attuazione dell’art. 1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178. L’obiettivo è garantire equità nell’accesso ai servizi e qualità delle cure domiciliari. L’intesa in particolare:

¹⁵ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202 (Milleproroghe)

1. **Estende** il sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari¹⁶.
2. **Promuove** l'armonizzazione delle legislazioni regionali e il raggiungimento di obiettivi comuni nel campo dell'assistenza domiciliare.
3. **Tiene conto** di precedenti intese e accordi, come il "Patto per la Salute" e il "Piano nazionale della cronicità", per garantire una visione integrata e coerente delle cure domiciliari.

Ogni regione avrebbe dovuto **entro 12 mesi** dalla data di sottoscrizione dell'Intesa **provvedere a:**

1. **Attivare il sistema di autorizzazione e di accreditamento** (come da allegati A, B e C), determinando, in particolare, il fabbisogno in sede di programmazione;
2. Definire le **tariffe** dell'ADI (v. paragrafo 2.2);

L'Allegato A concernente gli *"Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari"* prevede che le Regioni effettuino la **programmazione e la definizione del fabbisogno, rilascino i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento**, stipulino (anche per un tramite – es. Azienda Sanitaria) gli accordi contrattuali, attuino un sistema di vigilanza e di controllo compreso **l'accertamento preventivo del possesso dei requisiti** e la **permanenza degli stessi**, definiscano le modalità operative di effettuazione della valutazione multidimensionale e i requisiti per la stesura del progetto individuale, redatti dall'equipe di presa in carico della persona assistita. La governance dei percorsi di cure domiciliari è in capo alla regione.

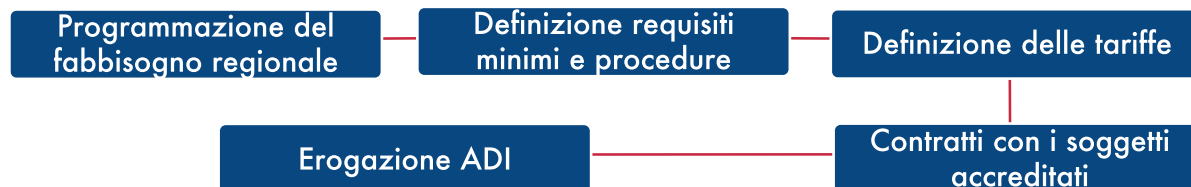
L'allegato B contiene la proposta dei **requisiti di autorizzazione per le organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari**. Tra questi, ad esempio, un requisito autorizzativo tecnologico (2.3AU) prevede che *le organizzazioni che intendono erogare prestazioni di CD debbano garantire la disponibilità di supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, che consentano l'erogazione di prestazioni in Telemedicina*. I requisiti individuati devono essere posseduti dai soggetti intenzionati a richiedere l'accREDITAMENTO mentre il **livello regionale definisce tempi, procedure, sistemi di verifica...**

L'allegato C contiene i **requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ulteriori** per l'accREDITAMENTO, aggiuntivi rispetto a quelli autorizzativi, prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi.

¹⁶ Le Regioni che avevano già adottato un proprio sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari provvedono ad adeguare tale sistema con quanto previsto dagli allegati A, B e C.

L'accreditamento istituzionale è un processo attraverso il quale le strutture o i servizi sanitari vengono valutati e riconosciuti "idonei" per la qualità delle cure che offrono (Fig. 3).

Figura 3 – Percorso accreditamento ADI in sintesi



Fonte: Salutequità, 2025

Nel contesto dell'ADI, l'accreditamento istituzionale è importante per diversi motivi:

1. **Qualità delle Cure:** L'accreditamento assicura che le organizzazioni che erogano l'ADI rispettino standard elevati di qualità e sicurezza, garantendo ai pazienti cure adeguate e appropriate a domicilio.
2. **Accesso ai Finanziamenti:** Le strutture accreditate possono accedere a finanziamenti pubblici o convenzioni con il SSN per sostenere l'erogazione delle cure domiciliari (quindi anche alle risorse del PNRR).
3. **Monitoraggio e Valutazione:** L'accreditamento implica un costante monitoraggio delle prestazioni e una valutazione periodica. Ciò contribuisce a migliorare continuamente l'efficacia e l'efficienza dei servizi di ADI.
4. **Integrazione con il Sistema Sanitario:** Le organizzazioni accreditate collaborano con altre strutture sanitarie e sociali, favorendo l'integrazione delle cure domiciliari nel sistema sanitario complessivo.

Secondo l'Intesa Stato Regioni n. 151/CSR del 4 agosto 2021 il **monitoraggio annuale dell'attuazione dell'Intesa sarebbe dovuto avvenire tramite le attività del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale"** previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR). Il Tavolo è il medesimo richiamato dalla Legge n. 193 del 16 dicembre 2024 e per gli anni 2022 e 2023, non risulta essersi mai insediato o non ha reso pubblici gli esiti.

2. PNRR e ADI

L'ADI consente di realizzare il pilastro dell'assistenza sociosanitaria territoriale e rappresenta anche un **obiettivo del PNRR**; la Missione 6 del PNRR ha previsto tra i vari interventi quello del potenziamento dell'assistenza domiciliare, nell'ottica di fare diventare il setting del domicilio il luogo privilegiato di cura¹⁷. La misura **M6C1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina** è stata declinata in 3 sub-investimenti:

- 1) **Sub-investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare;**
- 2) **Sub-investimento 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT);**¹⁸.
- 3) **Sub-investimento 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.**

La seguente tabella mostra le principali norme approvate per l'investimento 1.2 (Tab. 3)

Tab. 3 - Principali norme approvate per l'Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

NORMA	NOME	NOTE
DM 29 aprile 2022 G.U. S.G. n. 120 del 24/05/2022	Linee guida organizzative contenenti il modello di sanità digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare	
DM 21 settembre 2022 G.U. S.G. n. 256 del 2/11/2022	Linee di indirizzo per i servizi in telemedicina (Agenas)	
DM 30 settembre 2022 G.U. S.G. n. 298 del 22/12/2022	Indicazioni per la presentazione dei Progetti regionali di telemedicina - Piano Operativo regionale/provinciale (Agenas)	Tutte le regioni hanno presentato il POR (v. delibere tabella 4)
DL 23/01/2023 GU n. 55 del 6/3/2023	Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del PNRR	Lombardia e Puglia sono le regioni capofila per gestire le procedure di <i>procurement</i> dei progetti di telemedicina

Fonte: Salutequità, 2024

2.1 Sub-investimento 1.2.1: Assistenza Domiciliare

L'obiettivo è aumentare il volume delle prestazioni di assistenza domiciliare per prendere in carico, entro la metà del 2026, **almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni** (ultimo target=842.000 ovvero circa il doppio dell'attuale media nazionale - 4% - tra le diverse regioni).

¹⁷ La riforma delle cure territoriali prevista dal PNRR è delineata dal D.M. n. 77/2022.

¹⁸ Tale sub-investimento non è oggetto di approfondimento della presente scrittura, tuttavia, è utile segnalare che l'entrata in funzione delle COT è fondamentale poiché queste devono essere tra loro interconnesse e dotate di dispositivi per il telemonitoraggio dei pazienti. **Inoltre, le COT hanno il compito di coordinare la presa in carico dei pazienti, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali**, facilitando la comunicazione e la collaborazione tra i professionisti coinvolti nella cura del paziente.

Sono stati stanziati circa **3 miliardi di euro** per l'assistenza domiciliare e nell'ambito della **rimodulazione del PNRR previsti inoltre ulteriori 750 milioni per il potenziamento degli interventi di Assistenza domiciliare e Telemedicina** (rispettivamente 250 milioni e 500 milioni).

Al numero di assistiti non è chiaro se farà seguito un aumento dell'intensità dell'assistenza in termini, ad esempio, di ore di cura per paziente, a garanzia di una concreta continuità^{19e20}. In pratica, la rimodulazione del PNRR ha lasciato invariata la dotazione finanziaria complessiva della missione 6 (Componente 1+Componente 2), pari a circa **15,6 miliardi di euro** e ha ridistribuito le risorse tra le due componenti in favore della C1.

La dotazione finanziaria risultava così ripartita:

- C1: 7,7 miliardi di euro,
- C2: 7,9 miliardi di euro per un totale di 15,6 miliardi di euro²¹.

2.2 Sub-investimento 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

L'impegno finanziario relativo a questo sub-investimento è pari a 1,5 miliardi di euro. Alla data del 31 dicembre 2023 le spese sostenute per la misura M6C111.2.3 (*Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici*) era di **58.070.347 euro**.

L'investimento prevedeva due obiettivi:

- a) entro il **31 dicembre 2023** realizzazione di **almeno un progetto per Regione sulla telemedicina** (considerando sia progetti adottati nella singola Regione sia quelli che possono essere sviluppati come parte di consorzi tra varie Regioni);
- b) entro il **31 dicembre 2025 almeno 200.000 persone** sono assistite con strumenti di telemedicina.

Alla dotazione sono stati aggiunti i 500 milioni della rimodulazione della Missione 6, con un incremento del **target finale di 100.000 persone per un totale di 300.000 assistiti con servizi di Telemedicina entro il termine del 2025**.

Nella Quinta Relazione sullo stato di attuazione del PNRR²² si legge che *tutte le Regioni e le Province autonome italiane hanno presentato i previsti Piani operativi, che esplicano i progetti contenenti, in particolare, il fabbisogno dei servizi minimi di Telemedicina, poi approvati da apposita Commissione tecnica di valutazione...e hanno altresì adottato gli atti di definizione dei Modelli organizzativi dei servizi di telemedicina*.

A dicembre 2024 il **numero totale di pazienti cronici** da prendere in carico con soluzioni di telemedicina, comprese quelle già esistenti e attive sul territorio regionale, come da Piano Operativo era pari a **792.385**. Come illustrato nelle tabelle successive (Tab. 4 e

¹⁹ Corte dei Conti. Relazione Sullo Stato Di Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa E Resilienza (PNRR). 2024.

²⁰ Ibidem. Le risorse della rimodulazione derivano dal definanziamento (art. 21 - Regolamento UE 2021/241) della M6C211.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile"

²¹ Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. Quarta relazione sullo stato di attuazione del PNRR. 22 feb. 2024

²² Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. Quinta relazione sullo stato di attuazione del PNRR. 22 lug. 2024

5), tutte le regioni hanno adottato un approccio selettivo nell'applicazione della telemedicina, concentrandosi su alcune patologie croniche: **diabete, malattie cardiologiche, neurologiche, oncologiche e respiratorie**; la scelta era in linea con i rispettivi Piani Operativi Regionali.

Tuttavia, alcune regioni hanno ristretto ulteriormente l'offerta; **Calabria, Emilia-Romagna e Sicilia** hanno escluso le patologie neurologiche e oncologiche, il **Molise** ha escluso quelle respiratorie.

Tab. 4 - N° pazienti cronici da prendere in carico come da Piano Operativo di Telemedicina

Regione	Diabete	Cardiologico	Neurologico	Oncologico	Respiratorio	Totale
Abruzzo	4800	3150	3100	393	3200	14643
Basilicata	2453	150	2112	210	2945	7870
Calabria	5483	231	0	0	1016	6730
Campania	34002	15495	370	0	27030	76897
Emilia Romagna	4000	5000	0	0	3000	12000
FVG	1318	590	114	1609	1199	4830
Lazio	6200	6000	1050	1200	2600	17050
Liguria	1974	8440	301	3420	868	15003
Lombardia	38367	69335	24668	42440	25190	200000
Marche	9520	6733	5050	5067	16390	42760
Molise	1608	4470	306	904	0	7288
P. A. Trento	2323	1515	206	37	479	4560
P.A. Bolzano	2750	2200	2100	50	6150	13250
Piemonte	436	6522	619	3462	2323	13362
Puglia	30800	23100	2300	9560	30880	96640
Sardegna	4827	3592	301	2997	3946	15663
Sicilia	25000	7000	0	0	18500	50500
Toscana	25600	25000	7000	3000	26631	87231
Umbria	5588	772	90	1979	376	8805
Valle d'Aosta	541	910	1452	77	1319	4299
Veneto	93004					93004
Totale						792385

Fonte: Salutequità su dati AGENAS, 2024

Tab. 5 – Delibera Piano Operativo Regionale telemedicina e POR ADI

REGIONE	POR TELEMEDICINA	POR ADI
Abruzzo	DD 19/20 del 28/04/2023	DGR n. 259 del 11/05/2023
Basilicata	DGR 254 del 05/05/2023	Det. Dirigenziale n. 182 del 14/06/2023 *
Calabria	DCA 132 del 15/05/2023	DCA n. 140 del 31/05/2023
Campania	DGR 225 del 27/04/2023	DGR n. 306 del 25/05/2023
Emilia Romagna	DGR 629 del 26/04/2023	DGR n. 732 del 15/05/2023
FVG	DGR 670 del 28/04/2023	DGR n. 745 del 12/05/2023
Lazio	Det. G06419 del 11/05/2023	DGR n. 182 del 15/05/2023
Liguria	DGR 389 del 02/05/2023	DGR n. 457 del 19/05/2023 *
Lombardia	DGR XII/164 del 17/04/2023	DGR XII/430 del 12/06/2023
Marche	DGR 542 del 20/04/2023	DGR n. 632 del 15/05/2023
Molise	DCA 9 del 28/04/2023	DCA n. 15 del 15/05/2023
P. A. Trento	DGP 712 del 28/04/2023	DGP n. 953 del 26/05/2023
P.A. Bolzano	DGP 373 del 09/05/2023	n.d.
Piemonte	DGR 29-7327 del 31/07/2023	DGR n.13-7239 del 17/07/2023
Puglia	DGR 594 del 03/05/2023	DGR n. 643 del 10/05/2023
Sardegna	DGR 17/34 del 04/05/2023	DCA n. 21 del 15/05/2023
Sicilia	DA 476 del 23/05/2023	D.A. n.441 del 15/05/2023
Toscana	DGR 460 del 28/04/2023	DGR n. 9442 11/05/2023
Umbria	DGR 464 del 03/05/2023	DGR n. 485 del 12/05/2023
Valle d'Aosta	DGR 376 del 17/04/2023	DGR n. 519 del 15/05/2023
Veneto	DGR 43 del 03/05/2023	DGR n.574 del 09/05/2023

Fonte: Salutequità su dati Agenas, 2024

* Indicati da Agenas ma non verificabili tramite ricerca da desk

n.d.: la verifica da desk non corrisponde ai risultati pubblicati da Agenas

L'attuazione della Componente 1 – investimento M6C1 I1.2 - **Casa come primo luogo di cura e telemedicina** si è concretizzata, attraverso le milestone e i target riportati di seguito. Il target *“Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”* è stato differito di un anno ma raggiunto alla scadenza di quello previsto per marzo 2024 *“Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (seconda parte)”*.

Figura 4 - Attuazione Componente M6C1 - investimento M6C1 I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina



Ministero della Salute. Portale PNRR Salute – Ultimo accesso 15 gennaio 2025.

Tra il 2025 e il 2026 sono invece da raggiungere i seguenti obiettivi:



Ministero della Salute. Portale PNRR Salute – Ultimo accesso 15 gennaio 2025.

2.3 Il Decreto sulla ripartizione delle risorse del 23.01.23

Il [Decreto del Ministero della Salute](#) ha stabilito la ripartizione delle risorse per l'investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" e i soggetti attuatori (Tab. 6).

Tab. 6 – Ripartizione delle risorse per l'investimento M6C1 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura”

Ripartizione delle risorse per l'investimento M6C1 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)”

Regione/ PA	2022					2023					2024					2025					% pop. Over 65 Fic ADI/ Pop. Over 65 2025
	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR - Anticipazioni	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	
Piemonte	42.438.932	5.801.579	21.456	2.933	24.389	42.438.932	36.691.735	21.456	18.550	40.007	42.438.932	67.522.029	21.456	34.138	55.594	42.438.932	74.676.824	21.456	37.725	59.211	10,21%
Valle d'Aosta	1.655.352	293.164	837	148	985	1.655.352	1.854.096	837	937	1.774	1.655.352	3.412.003	837	1.725	2.562	1.655.352	3.773.547	837	1.908	2.745	9,48%
Lombardia	67.137.236	15.190.381	33.943	7.761	41.704	67.137.236	97.082.557	33.943	48.083	83.026	67.137.236	176.656.342	33.943	90.324	124.267	67.137.236	197.587.192	33.943	99.896	133.839	9,48%
PA Bolzano	6.709.131	1.094.721	3.389	553	3.942	6.709.131	6.932.496	3.389	3.500	6.889	6.709.131	12.740.976	3.389	6.442	9.830	6.709.131	14.091.040	3.389	7.124	10.513	9,48%
PA Trento	2.203.576	738.799	1.114	374	1.488	2.203.576	4.672.489	1.114	2.362	3.476	2.203.576	8.598.557	1.114	4.347	5.461	2.203.576	9.509.680	1.114	4.808	5.922	9,48%
Veneto	56.630.777	2.328.789	28.732	1.178	29.910	56.630.777	14.734.610	28.732	7.448	36.182	56.630.777	27.115.391	28.732	13.709	42.441	56.630.777	29.988.602	28.732	15.162	43.894	10,96%
Friuli Venezia Giulia	12.816.514	1.616.130	6.480	817	7.297	12.816.514	10.221.116	6.480	3.168	11.647	12.816.514	18.809.427	6.480	9.510	15.989	12.816.514	20.802.218	6.480	10.517	16.997	10,49%
Liguria	18.625.126	2.520.409	9.416	1.274	10.691	18.625.126	15.940.174	9.416	8.059	17.475	18.625.126	29.333.933	9.416	14.831	24.247	18.625.126	32.442.226	9.416	16.402	25.018	9,48%
Emilia Romagna	41.241.450	1.664.837	20.851	842	21.692	41.241.450	10.529.164	20.851	5.323	26.174	41.241.450	19.376.312	20.851	9.796	30.647	41.241.450	21.429.472	20.851	10.834	31.685	10,96%
Toscana	42.192.512	1.646.116	21.332	832	22.164	42.192.512	10.410.761	21.332	5.263	26.595	42.192.512	19.158.420	21.332	9.686	31.018	42.192.512	21.188.492	21.332	10.712	32.044	10,96%
Umbria	8.134.302	1.297.673	4.113	656	4.769	8.134.302	8.207.057	4.113	4.148	8.262	8.134.302	15.103.051	4.113	7.636	11.748	8.134.302	16.703.406	4.113	8.445	12.557	9,48%
Marche	15.079.316	2.327.066	7.624	1.177	8.800	15.079.316	14.717.391	7.624	7.441	15.065	15.079.316	27.083.705	7.624	13.693	21.317	15.079.316	29.953.558	7.624	15.144	22.768	9,48%
Lazio	39.721.218	12.036.381	20.082	6.085	26.167	39.721.218	76.123.363	20.082	38.486	58.568	39.721.218	140.086.149	20.082	70.824	90.906	39.721.218	154.930.010	20.082	78.329	98.411	9,48%
Abruzzo	9.187.891	2.310.024	4.645	1.168	5.813	9.187.891	14.609.608	4.645	7.388	12.031	9.187.891	16.985.357	4.645	13.593	18.238	9.187.891	29.734.193	4.645	15.033	19.678	10,39%
Molise	2.332.433	418.633	1.179	212	1.391	2.332.433	2.647.617	1.179	1.339	2.518	2.332.433	4.872.382	1.179	2.463	3.643	2.332.433	5.388.561	1.179	2.704	3.904	10,96%
Campania	40.240.424	9.985.793	20.945	4.988	25.932	40.240.424	62.959.230	20.945	31.546	51.890	40.240.424	114.822.929	20.945	58.052	78.996	40.240.424	126.989.940	20.945	84.203	84.548	9,48%
Puglia	33.429.360	7.907.457	16.916	3.998	20.914	33.429.360	50.010.237	16.916	25.234	42.150	33.429.360	92.031.424	16.916	46.529	63.445	33.429.360	101.783.292	16.916	51.459	68.376	9,48%
Basilicata	3.450.132	951.750	1.744	481	2.225	3.450.132	6.019.286	1.744	3.043	4.788	3.450.132	11.077.002	1.744	5.600	7.345	3.450.132	12.250.747	1.744	6.194	7.938	10,48%
Calabria	15.777.816	4.042.712	7.977	2.044	10.021	15.777.816	25.567.888	7.977	12.927	20.903	15.777.816	47.051.351	7.977	23.788	31.765	15.777.816	52.037.024	7.977	26.309	34.286	9,48%
Sicilia	27.464.063	7.892.112	13.886	3.990	17.876	27.464.063	49.913.184	13.886	29.129	39.121	27.464.063	91.852.822	13.886	46.439	60.324	27.464.063	101.585.765	13.886	51.359	65.245	10,29%
Sardegna	13.336.466	3.335.595	6.743	1.686	8.429	13.336.466	21.095.766	6.743	10.666	17.408	13.336.466	38.821.520	6.743	19.627	26.370	13.336.466	42.935.141	6.743	21.707	28.450	9,48%
ITALIA	500.028.624	85.441.060	252.803	43.197	296.000	500.028.624	540.366.828	252.803	273.137	526.000	500.028.624	994.410.980	252.803	502.751	755.554	500.028.624	1.099.781.133	252.803	594.024	888.827	10,06%

Fonte: Ministero della Salute, Allegato al Decreto del 23 gennaio 2023

All'art. 3, comma 2 punto i. (Erogazione delle risorse) si legge: ...per l'anno 2023, l'erogazione, a titolo di anticipazione, del 50 per cento delle risorse previste per la medesima annualità, subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over sessantacinque) previsti per l'anno precedente (2022).

All'art. 3, comma 5 si legge: ... “Le regioni e le province autonome si impegnano a erogare le prestazioni di cura domiciliare attraverso le organizzazioni pubbliche e accreditate ai sensi dell'art. 8 quater D.lgs. 502 e dell'Intesa Stato Regioni 4/8/21 (rep. Atti n. 151/CSR)” ...

Il 24 novembre 2023 il decreto²³ veniva modificato (Tab. 7)²⁴:

²³ Cfr. GU Serie Generale n.22 del 27-01-2024 disponibile a questo link: [QUI](#)

²⁴ Il riparto delle risorse segue l'Intesa sottoscritta in Conferenza Stato Regioni il 21 dicembre 2022 (Rep. Atti 266/CSR/2022).

Tab. 7 - Principali modifiche al decreto interministeriale del 23/01/23

Articolo	DA	A
Art. 3, comma 2 punto i.	<i>"al raggiungimento degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over 65) previsti per l'anno precedente (2022)."</i>	<i>"all'adozione dei piani operativi da parte di ciascuna regione e provincia autonoma con specifico provvedimento regionale/provinciale, a garanzia del raggiungimento degli obiettivi assegnati per le annualità 2023, 2024, 2025"</i>
Art. 3, comma 2 punto ii.	<i>"per l'anno 2024, l'erogazione, a titolo di rimborso, del 50% delle risorse riferite all'annualità precedente (2023), e, a titolo di anticipazione, del 50% delle risorse previste per l'anno 2024, subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over 65) previsti per l'anno 2023"</i>	<i>"per l'anno 2024, l'erogazione, a titolo di rimborso, fino al 50% delle risorse riferite all'annualità precedente (2023), e, a titolo di anticipazione, del 50% delle risorse previste per l'anno 2024, subordinata al raggiungimento di almeno il 90% degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over 65 presi in carico) previsti per l'anno 2023"</i>

Fonte: Salutequità, 2024

2.4 Il Decreto sulla contabilizzazione e rendicontazione delle spese del 13.03.23

Con il [decreto](#) è stata approvata la "Metodologia per l'adozione di Opzioni di Costo Semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese" ... in riferimento all'investimento M6C1 1.2.1

"Casa come primo luogo di cura - Assistenza domiciliare" al fine di procedere alla definizione dell'assegnazione delle risorse a livello regionale (Tab. 8).

Il metodo di calcolo è stato basato su elaborazioni statistiche e dati storici, attraverso l'utilizzo di diverse fonti istituzionali tra cui il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)²⁵ del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

²⁵ La Regione Sardegna alla data del decreto risultava non compilare il flusso SIAD, motivo per il quale è stato utilizzato il dato presente su "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2019" relativo al numero di persone anziane trattate dichiarate dalle ASL tramite il flusso dati FLS21.

Tab. 8 – Flussi regionali popolazione e assistiti over 65

Regione/PA+A9:H31	Popolazione (al 01.01.2020)	Popolazione over 65 (al 01.01.2020)	Popolazione over 65 (al 01.01.2025)	Assistiti over 65 in ADI (SIAD 2019)	% utenti trattati complessivamente per Regione al 2019	10% popolazione >65 anni presa in carico al 2025	Incremento per arrivare a trattare in Cure Domiciliari il 10% della popolazione > 65 anni al 2025 (popolazione target)
Piemonte	4.311.217	1.115.960	1.138.008	56.977	5,11%	1.454.417	808.827
Valle d'Aosta	125.034	30.309	31.350	227	0,75%		
Lombardia	10.027.602	2.295.835	2.388.280	92.551	4,03%		
PA Bolzano	532.644	105.656	114.715	361	0,34%		
PA Trento	545.425	122.248	131.477	6.541	5,35%		
Veneto	4.879.133	1.135.667	1.207.116	88.598	7,80%		
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	319.905	325.111	17.108	5,35%		
Liguria	1.524.826	438.344	437.342	15.638	3,57%		
Emilia Romagna	4.464.119	1.079.476	1.121.329	91.391	8,47%		
Toscana	3.692.555	950.428	978.917	75.401	7,93%		
Umbria	870.165	225.810	232.988	9.528	4,22%		
Marche	1.512.672	381.026	393.985	14.579	3,83%		
Lazio	5.755.700	1.276.877	1.365.203	30.999	2,43%		
Abruzzo	1.293.941	314.288	330.562	14.666	4,67%		
Molise	300.516	75.887	77.657	4.620	6,09%		
Campania	5.712.143	1.099.634	1.195.047	28.733	2,61%		
Puglia	3.953.305	891.842	940.540	20.780	2,33%		
Basilicata	553.254	130.001	137.304	6.449	4,96%		
Calabria	1.894.110	419.874	448.547	8.233	1,96%		
Sicilia	4.875.290	1.056.210	1.119.478	49.974	4,73%		
Sardegna*	1.611.621	393.813	429.210	12.236	3,11%		
ITALIA	59.641.488	13.859.090	14.544.166	645.590	4,66%		

Fonte: Ministero della Salute. Decreto 13 marzo 2023

Gli accessi sono stati valorizzati utilizzando **un costo medio assunto pari alle tariffe di accesso per operatore, definite dalla DGR n. 1561/2018 della Regione Emilia-Romagna** e dall'ACN di MMG e PLS. **È stato pertanto stimato un costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a 1.977,94 euro per persona all'anno²⁶, calcolato utilizzando il costo, per un totale all'ultimo anno di intervento di 1.599.809.757 €, per trattare a domicilio tutti i pazienti attesi al 2025 (Tab. 9).**

Tabella 9 – Costi presa in carico

Costo stimato per l'assistenza domiciliare all'ultimo anno di intervento	Persone da trattare a regime	Costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio
1.599.809.757 €	808.827	1.977,94 €

Fonte: Ministero della Salute. Decreto 13 marzo 2023

²⁶ Fino ad esaurimento fondi PNRR.

3. INCONGRUENZE sull'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I dati dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale²⁷ rivelano che nel 2022 sono stati registrati **2.109 casi** di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ogni 100.000 abitanti, con una percentuale di anziani pari al **78,2%**. Nel 2023, si è osservato un **incremento nel numero dei casi, con 2.789** casi ogni 100.000 abitanti ma la percentuale di anziani che ha usufruito dell'ADI è risultata inferiore, **attestandosi al 74,9%** (Tab. 10).

Tab. 10 – Confronto ADI casi trattati ogni 100.000 abitanti e % anziani >65 anni

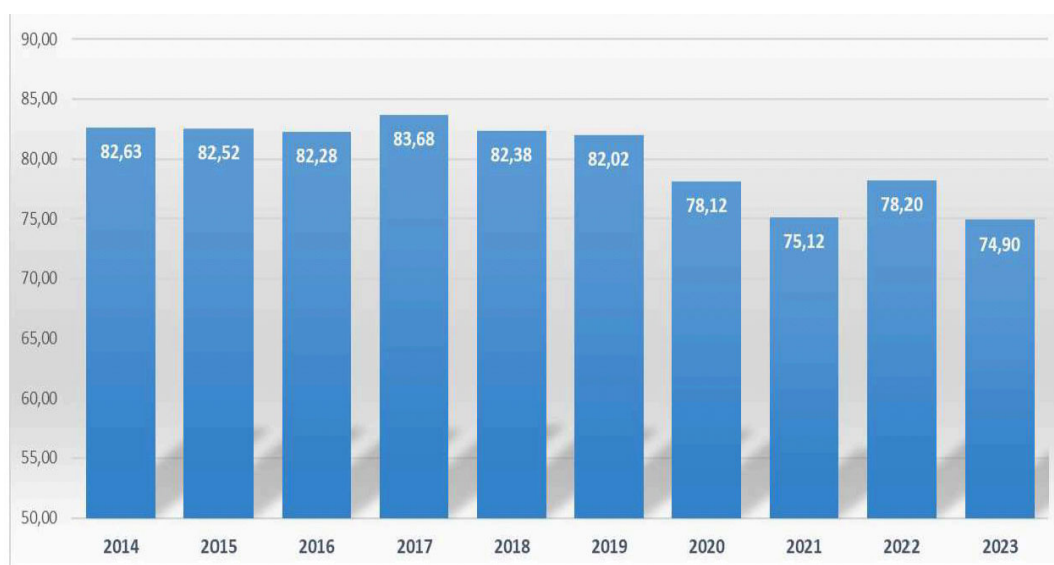
ANNO	N° CASI trattati in ADI su 100.000 ab.	% ANZIANI (over 65)
2022	2109	78,2
2023	2789	74,9

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute. Annuario Statistico del SSN, 2022 e 2023

Il confronto tra le due annualità apre a diverse interpretazioni: nonostante l'aumento complessivo dei casi è possibile che un numero maggiore di persone sotto i 65 anni abbia necessitato di cure domiciliari o in alternativa che una parte degli anziani sia stata indirizzata verso altre forme di assistenza (es. RSA). Un'altra ipotesi è che l'incremento registrato comprenda una più ampia gamma di pazienti in ADI e il dato assoluto sia stato influenzato **da un aumento della quota "prestazionale"**.

Per dare un quadro più preciso di come l'accesso alle cure domiciliari si sia modificato anche in base agli investimenti del PNRR si consideri il grafico seguente (Graf. 5) con il trend degli ultimi 10 anni.

Graf. 5 - Assistenza domiciliare integrata casi trattati di cui anziani (%) in Italia – Trend 2014-2023



Fonte: Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2023

²⁷ Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 2022 e 2023

Guardando il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo la metodologia del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), tra il 2020 e il 2022, **il tasso di pazienti trattati in ADI era ancora troppo contenuto**: per l'indicatore - **intensità di cura CIA 1 - 6 regioni** si collocavano al di sotto della soglia minima mentre per l'indicatore - intensità di cura **e CIA 2 e CIA 3 - 4** erano le **regioni** sotto la soglia minima.

Tabella 11 - Tasso di pazienti trattati in ADI

D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)				SOLO 2022		
Regioni	2020	2021	2022	Valore Indicatore CIA 1 Soglia: $\geq 2,6$	Valore Indicatore CIA 2 Soglia: $\geq 1,9$	Valore Indicatore CIA 3 Soglia: $\geq 1,5$
	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale			
Piemonte	80,73	61,2	63,96	3,43	1,44	1,84
Valle d'Aosta	0,39	1,07	49,59	3,28	1,43	1,43
Lombardia	87,68	88,35	89,37	1,52	4,39	2,88
P.A. Bolzano	0,27	0,22	60,98	3,90	2,15	1,24
P.A. Trento	85,65	97,07	68,97	3,77	1,82	1,65
Veneto	96,87	100	100	5,87	2,86	3,34
Friuli V.G.	86,33	78,81	23,91	4,18	1,38	0,53
Liguria	66,3	67,89	83,29	5,78	3,71	1,58
E. Romagna	92,7	96,86	100	5,48	2,62	2,95
Toscana	100	100	100	8,32	3,37	3,18
Umbria	65,26	57,06	100	6,22	3,17	2,40
Marche	94,91	100	100	5,12	3,59	2,18
Lazio	68,75	81,39	89,59	2,42	3,85	1,87
Abruzzo	96,48	95,56	96,25	3,02	6,50	4,61
Molise	95,99	89,83	96,94	3,29	7,97	5,36
Campania	82,52	78,4	90,12	1,59	2,65	2,03
Puglia	60,76	70,46	78,84	1,63	2,17	1,88
Basilicata	95,58	96,19	98,54	3,56	4,34	4,66
Calabria	3,64	n.d.	3,54	1,33	0,84	0,25
Sicilia	89,5	89,57	88,88	1,40	5,50	4,20
Sardegna	n.d.	n.d.	69,7	1,50	1,74	1,96

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute, 2024

Per confrontare l'obiettivo del PNRR con il livello di assistenza garantito, occorrerebbe prendere a riferimento i dati del **Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) per tutti i coefficienti di intensità assistenziali (CIA) compreso il livello base**. Tuttavia, quest'ultimo (D20Z) è un indicatore NO Core e cioè non influenza direttamente il calcolo delle performance regionali.

Inoltre, sebbene ai fini del monitoraggio dei LEA sia utilizzato il flusso SIAD ...l'indicatore adottato in relazione ai pazienti trattati in ADI si basa su criteri complessivamente più restrittivi²⁸.

3.1 Livello nazionale

Circa il raggiungimento del target ITA al T1 2023²⁹, la Corte dei Conti ha evidenziato come **l'obiettivo di consolidamento dell'erogazione di prestazioni in assistenza domiciliare in favore di 292.000 nuovi pazienti, non sia stato raggiunto al 31.12.2022.**

Nel testo si legge che - ad oggi - e comunque **non prima del 15 aprile 2023 e del successivo completamento del processo di verifica rimesso al Ministero e ad Agenas - non sia possibile accertare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi - distinti per Regione e, per ciascuna di esse, per fonti di finanziamento - attesi al 31.12.2022.**

La Corte dei Conti nel medesimo documento ha anche fatto notare come non fosse sicuro che tutte le regioni avessero attivato o adeguato il **sistema di autorizzazione e di accreditamento** delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari così come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. (articoli 8-ter e 8-quater). Alla data del 1° marzo 2024, risultava un numero incrementale di assistiti pari a **396.348**... Tale dato era oggetto di consolidamento entro il 15 marzo 2024, ai fini del raggiungimento del successivo target nazionale M6C1-00-ITA-25, previsto entro il primo trimestre 2024.

Secondo i dati diffusi da Agenas, nel 2022 a livello nazionale si è registrata una percentuale pari al 66%³⁰ del numero incrementale degli assistiti rispetto al Target previsto, **mentre nel 2023**, la percentuale media nazionale è stata pari al 101%³¹ (Tab. 12).

²⁸ Ufficio parlamentare di Bilancio. L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale (2023). In particolare, si considerano le prese in carico già aperte nell'anno precedente con almeno un accesso nell'anno in corso e si escludono le prese in carico con un coefficiente di intensità assistenziale (CIA) molto basso, definito "zero" o "base".

²⁹ Corte dei Conti. Collegio Del Controllo Concomitante Presso La Sezione Centrale Di Controllo Sulla Gestione Delle Amministrazioni Dello Stato. Deliberazione n. 13/2023/CCC. Aprile 2023

³⁰ Non hanno raggiunto l'obiettivo incrementale Veneto, Puglia, Abruzzo, Basilicata, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Piemonte, PA Trento, Sardegna e FVG per un totale di 12 regioni.

³¹ Agenas. Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)". 2023

Tabella 12 - Numero incrementale degli assistiti rispetto al target previsto

Assistiti incrementali 2023	529.761
Obiettivo Decreto 23 gennaio 2023	526.000
Raggiungimento Obiettivo Decreto 23 gennaio 2023	101%
Target ITA M6C1-00-ITA-25 (T1 2024)	384.000
Raggiungimento Target ITA M6C1-00-ITA-25	138%

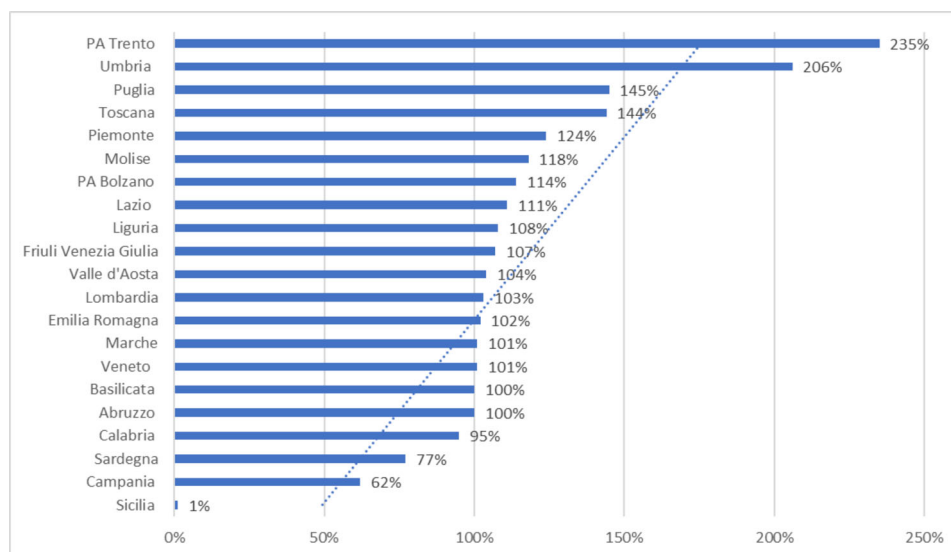
Fonte: Agenas. Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti... M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”, 2023

Alcune Regioni, così come riportato di seguito, avevano registrato incrementi rilevanti: **PA Trento (235%), Umbria (206%), Puglia (145%), Toscana (144%)**, andando a compensare le percentuali di altre Regioni: Sardegna (77%), Campania (62%) e Sicilia ferma all'1% (Tabella 13 e Grafico 6).

Tab. 13 – Obiettivi regionali anno 2023

Regione/PA	Dati Allegato 1 per l'anno 2023					Obiettivo: Incremento pz over 65 raggiunto nel 2023	
	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	Incremento v.a.	Incremento %
Piemonte	42.438.932	36.691.735	21.456	18.550	40.007	49.567	124%
Valle d'Aosta	1.655.352	1.854.096	837	937	1.774	1.853	104%
Lombardia	67.137.236	97.082.557	33.943	49.083	83.026	85.682	103%
PA Bolzano	6.703.131	6.923.496	3.389	3.500	6.889	7.882	114%
PA Trento	2.203.576	4.672.489	1.114	2.362	3.476	8.167	235%
Veneto	56.830.777	14.734.610	28.732	7.449	36.182	36.561	101%
Friuli Venezia Giulia	12.816.514	10.221.116	6.480	5.168	11.647	12.518	107%
Liguria	18.625.126	15.940.174	9.416	8.059	17.475	18.940	108%
Emilia Romagna	41.241.450	10.529.164	20.851	5.323	26.174	26.660	102%
Toscana	42.192.512	10.410.761	21.332	5.263	26.595	38.302	144%
Umbria	8.134.302	8.207.057	4.113	4.149	8.262	17.042	206%
Marche	15.079.316	14.717.391	7.624	7.441	15.065	15.166	101%
Lazio	39.721.218	76.123.363	20.082	38.486	58.568	64.825	111%
Abruzzo	9.187.691	14.609.608	4.645	7.386	12.031	12.060	100%
Molise	2.332.433	2.647.617	1.179	1.339	2.518	2.981	118%
Campania	40.240.424	62.395.230	20.345	31.546	51.890	31.952	62%
Puglia	33.459.360	50.010.237	16.916	25.284	42.200	61.233	145%
Basilicata	3.450.132	6.019.286	1.744	3.043	4.788	4.804	100%
Calabria	15.777.816	25.567.888	7.977	12.927	20.903	19.952	95%
Sicilia	27.464.863	49.913.184	13.886	25.235	39.121	200	1%
Sardegna	13.336.466	21.095.766	6.743	10.666	17.408	13.414	77%
ITALIA	500.028.624	540.366.828	252.803	273.197	526.000	529.761	101%

Fonte: Agenas. Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti... M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”, 2023

Grafico 6 - % Incremento pz. over 65 raggiunto nel 2023

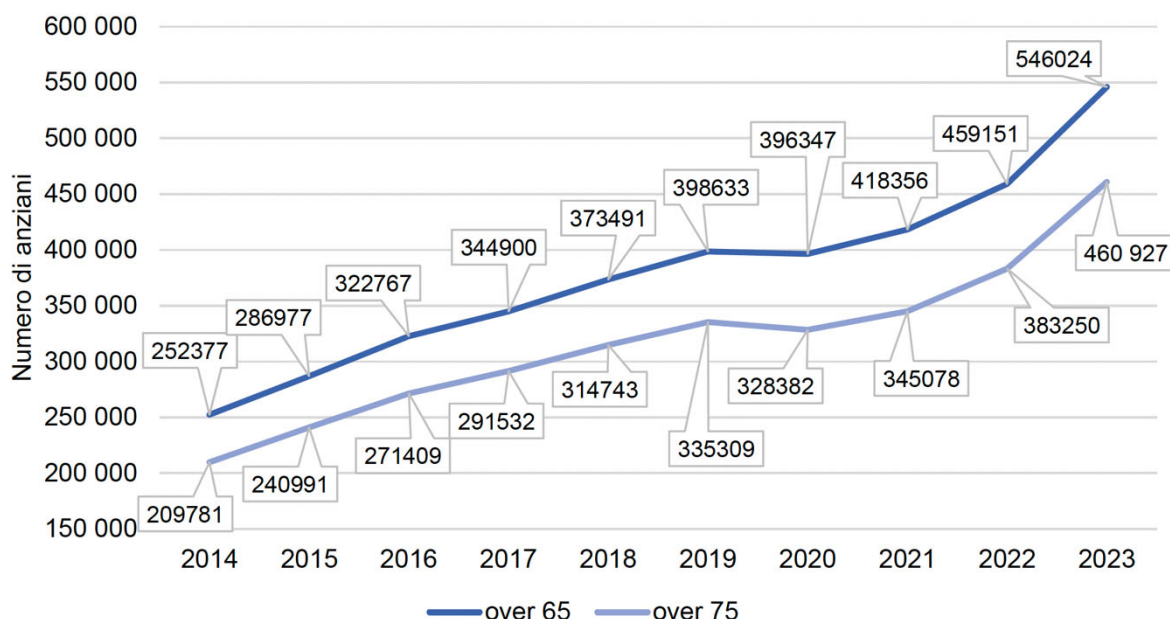
Fonte: Salutequità su dati Agenas, 2023

Dall'ultima indagine³² di **Italia Longeva** è emerso che nonostante negli ultimi 10 anni, sia cresciuto il numero dei beneficiari over 65 di cure a domicilio (2014=1,95%; 2023=3,89%), **il bisogno di assistenza domiciliare negli anziani è rimasto enorme.**

I dati benché siano complessivamente positivi, hanno segnalato l'irrisolto quesito su che tipo di cure domiciliari vengono offerte, sulla loro qualità, sulla standardizzazione della misura del bisogno (es. poche ore di aiuto al mese).

Più nel dettaglio, la lettura della serie storica (Graf. 7) a partire dal 2014 ad oggi ha rivelato un trend in crescita del **numero di anziani assistiti in ADI** sia negli over 65 sia negli over 75. Un lieve schiacciamento della curva si è osservato in entrambe i casi nel 2020, periodo coincidente con la fase più impattante della pandemia da Covid. Già dal 2021 la curva degli "anziani" assistiti in ADI era tornata a risalire.

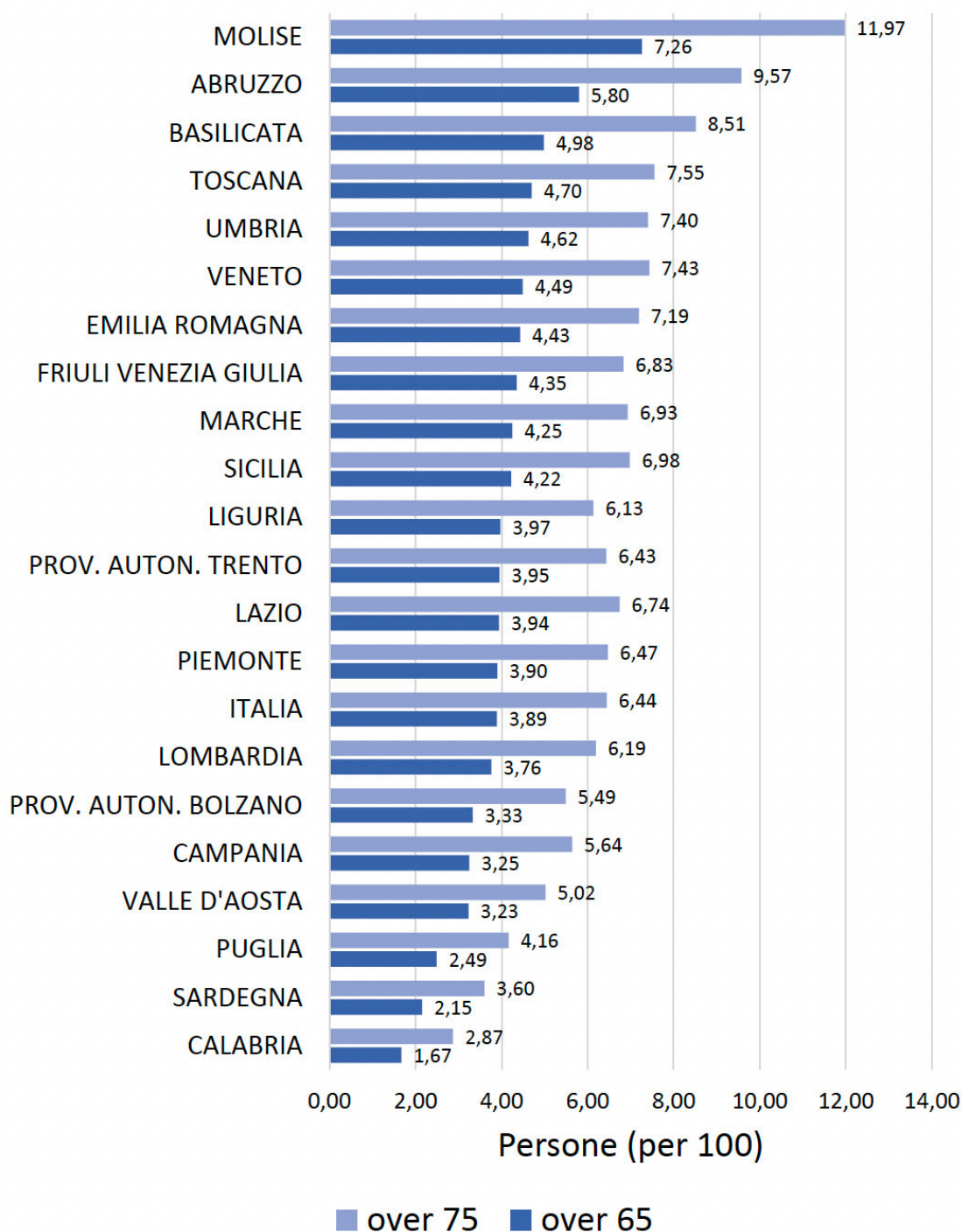
³² Italia Longeva. I Numeri della Long-Term Care In Italia. 2024

Graf. 7 - Numero di anziani assistiti in ADI – Serie storica 2014-2023

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione Italia Longeva

Nel 2023 il 3,89% dei residenti over 65 – oltre 540.000 individui – aveva usufruito di cure domiciliari. Il **tasso di erogazione ADI** risultava essere doppio rispetto a quanto registrato nel 2014. Tuttavia, a fronte di un tasso medio nazionale che ad oggi sfiora il **4%** – lungi dall'avvicinarsi all'obiettivo del 10% preposti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – il divario tra le diverse aree del Paese si confermava ampio e preoccupante.

A livello regionale, **Molise** (7,26% degli over 65 e 11,97% degli over 75), **Abruzzo** (5,80% e 9,57%), **Basilicata** (4,98% e 8,51%), **Toscana** (4,70% e 7,55%) e **Umbria** (4,62% e 7,40%) avevano registrato la più alta percentuale di anziani assistiti in ADI, viceversa, i tassi più bassi di anziani riceventi cure domiciliari venivano riscontrati in **Calabria** (1,67% tra gli over 65 e 2,87% tra gli over 75), **Sardegna** (2,15% e 3,60%), **Puglia** (2,49% e 4,16%), **Valle d'Aosta** (3,23% e 5,02%) e **Campania** (3,25% e 5,64%) (Graf. 8).

Grafico 8 - Percentuale di anziani assistiti in ADI nel 2023

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione Italia Longeva

Sempre nel 2023, tra i soggetti di età ≥ 65 anni, **il trend è risultato essere in crescita anche rispetto al numero di prese in carico** (PIC = episodi di cura): 1.949.890 PIC ovvero circa 500.000 in più rispetto al 2022 e oltre 900.000 in più rispetto al 2021 (Tab. 14).

Tab. 14 – n° PIC confronto ultimi tre anni su soggetti di età ≥65anni

PIC 2023	PIC 2022	PIC 2021
1.949.890*	1.446.254	1049890
	2023 vs 2022	2023 vs 2021
	+ circa 500.00	Oltre 900.000
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Italia Longeva, 2024		
* rispetto al tot. di 2.149.541 relativo alla popolazione generale		

Nel dettaglio, nell'arco del 2022, delle 1.446.254 Presa In Carico destinate agli individui di 65 anni o più, si notano **389.688 casi con il grado minimo di intensità assistenziale** (CIA base), 301.070 casi inquadrati nel primo livello di CIA, 307.333 casi nel secondo livello, 42.199 nel terzo e 147.937 nel quarto. Da segnalare, infine, **l'ampio aumento delle visite domiciliari di carattere episodico**, che contano 751.326 PIC³³.

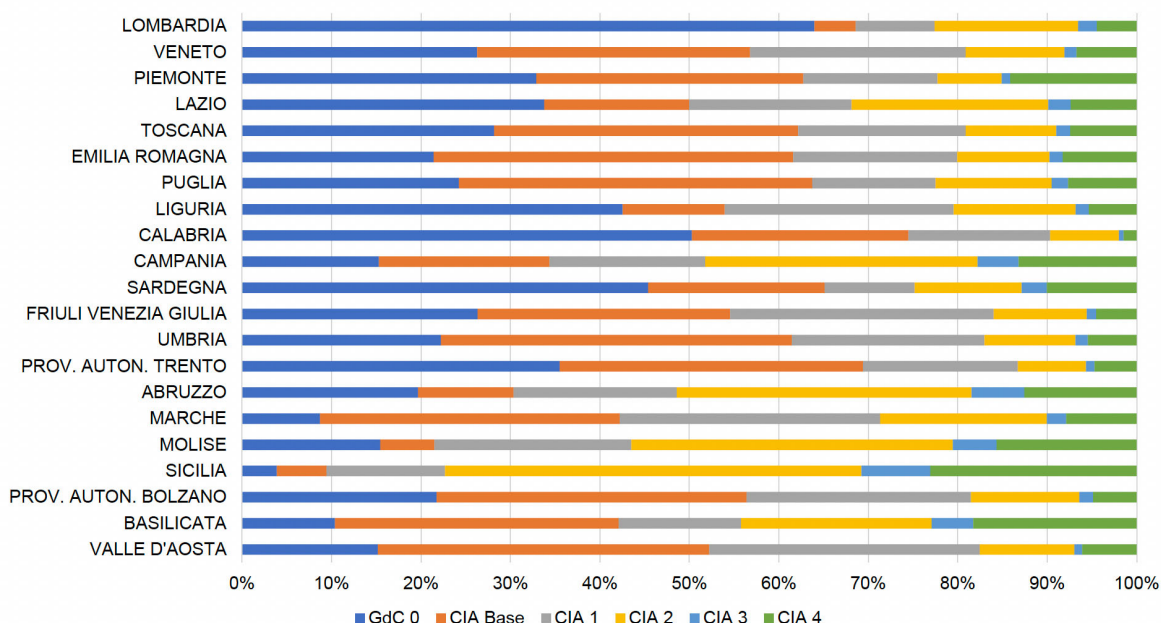
Nel 2023, a colpo d'occhio (Graf. 9), la distribuzione percentuale dei gradi di intensità assistenziale domiciliare nelle Regioni rivelava che **14 di queste** erogavano **oltre il 50%** di cure domiciliari nei livelli compresi **tra GdC 0** (Blu ove la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono) e **CIA Base**³⁴ (in arancione), confermando di fatto quanto rilevato l'anno precedente in termini di significatività rispetto alle visite di carattere episodico.

In particolare, **Lombardia e Calabria** si distinguevano per un'erogazione di cure nel livello **GdC 0** pari o superiore al 50%. Ad erogare invece prestazioni **CIA 2** (in giallo), con una distribuzione che pareva tenere in equilibrio i diversi livelli di intensità assistenziale, erano **Campania, Abruzzo, Molise, Lazio e Basilicata**.

³³ Ibidem

³⁴ CIA BASE: livello non assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA e introdotto su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

Grafico 9 - Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2023

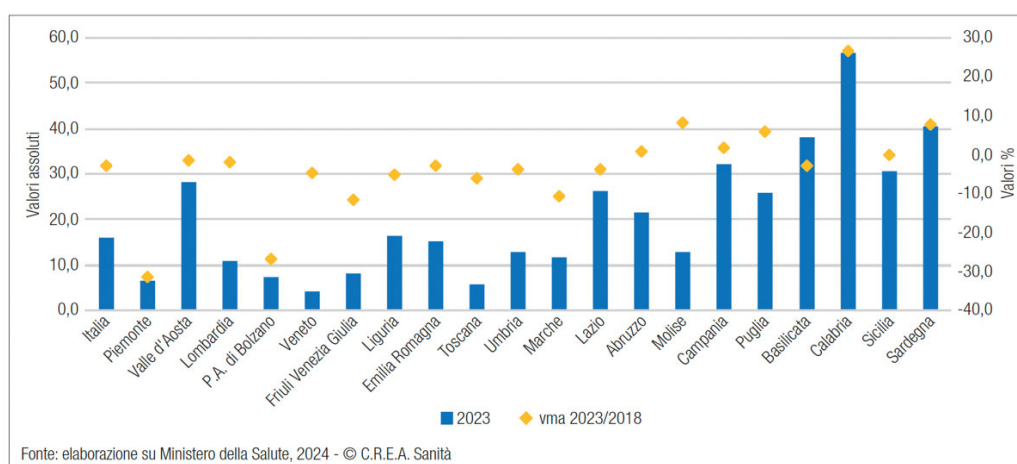


Fonte: Ministero della Salute su rielaborazione Italia Longeva. 2024

Guardando invece alle **ore di assistenza annue erogate in media a ciascun anziano over 65**, si osservava che tra il 2018 e il 2023, a livello nazionale, queste erano **diminuite del 2,6% all'anno, passando da 18 a circa 15,8³⁵**. L'offerta tra le regioni era eterogenea: la **Calabria** nel 2023 ha erogato in media oltre 56 ore per ogni over 65 trattato, pur avendo all'incirca lo stesso numero di ultrasessantacinquenni assistiti della **Basilicata** dove le ore di assistenza garantite si sono fermate a circa 38.

Anche tra **Lombardia** ed **Emilia-Romagna**, a fronte di una platea simile di over 65 presi in carico, le ore di assistenza fornite sono piuttosto difforni: **10,9** la prima e **15,0** la seconda (Graf. 10).

Graf. 10 - ADI: ore di assistenza erogate mediamente per paziente over 65

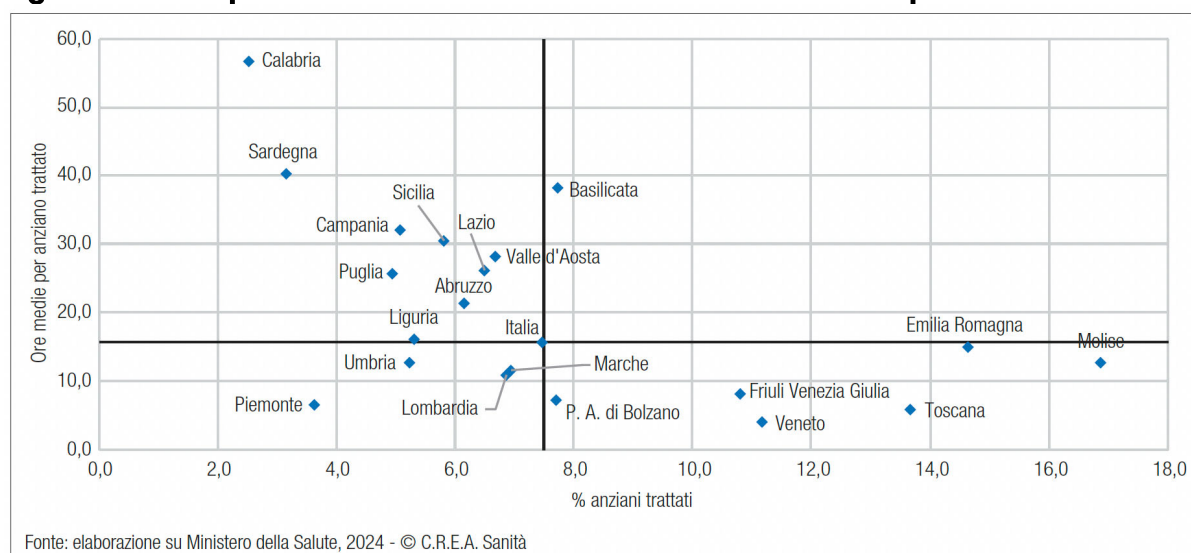


³⁵ CREA Sanità. 20° Rapporto Sanità, Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. 2025

Lavorando su questi dati il CREA Sanità ha prodotto **4 scenari** in base al modello di intervento di ogni regione (Figura 5):

1. **Maggior numero di anziani assistiti con meno intensità** - quadrante in basso a destra con 6 regioni (P.A. Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Molise);
2. **Maggior numero di anziani assistiti con più intensità** - quadrante in alto a destra con 1 regione (Basilicata)
3. **Minor numero di anziani con più intensità** - quadrante in alto a sinistra con 9 regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna)
4. **Minor numero di anziani con meno intensità** - quadrante in basso a sinistra con 4 regioni (Piemonte, Lombardia, Umbria e Marche).

Figura 5 - ADI: quota anziani assistiti e ore medie di assistenza prestate. Anno 2023

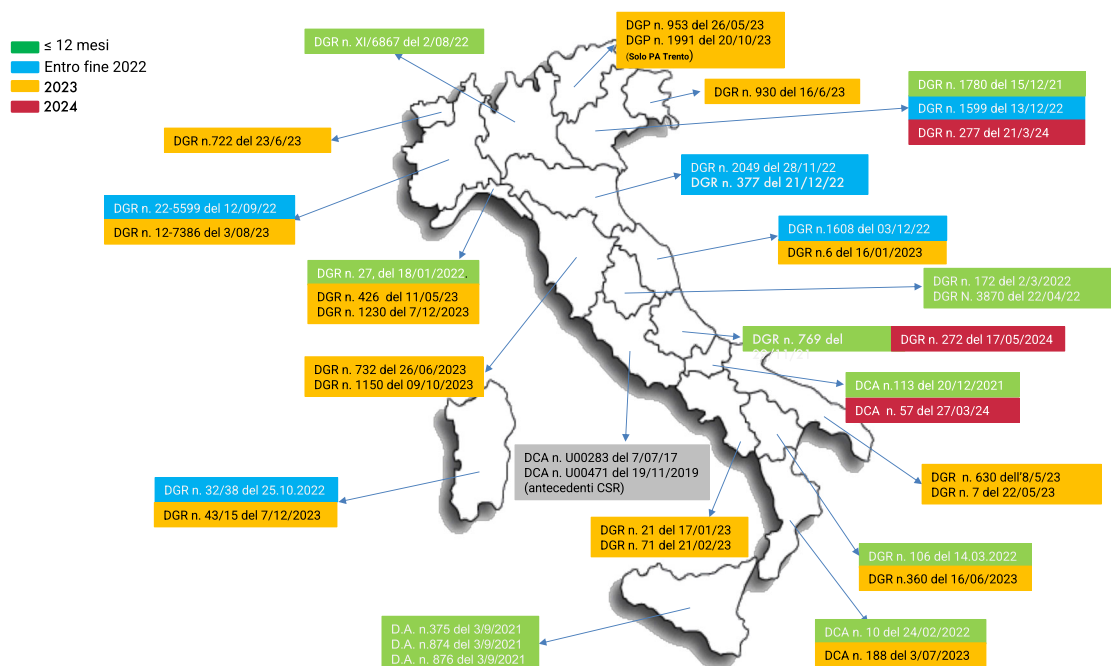


3.2 Fact checking sul recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021

L'analisi delle delibere regionali³⁶ sul **recepimento** dell'Intesa n. 151/CSR del 4/8/21 ha messo in luce un percorso di attivazione del nuovo sistema di autorizzazione e di accreditamento lento e caratterizzato dalla necessità di essere perfezionato per essere efficacemente calato sul territorio regionale (Fig. 6).

³⁶ All'interno di ogni spaccato regionale, oltre alla prima delibera di recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4/8/21 è stata inserita la tabella relativa ai costi dell'ADI utilizzando i più aggiornati dati AGENAS.

Fig. 6 – Rappresentazione grafica delle delibere regionali sul recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4/8/21



Fonte: Salutequità, 2024

Nei tempi (entro i 12 mesi dall'Intesa n.151) hanno deliberato **solo 9 regioni** (Lombardia, Liguria, Umbria, Sicilia, Abruzzo, Veneto, Basilicata, Molise e Calabria); di queste, 6 successivamente hanno ulteriormente deliberato tra il 2023 e i 2024.

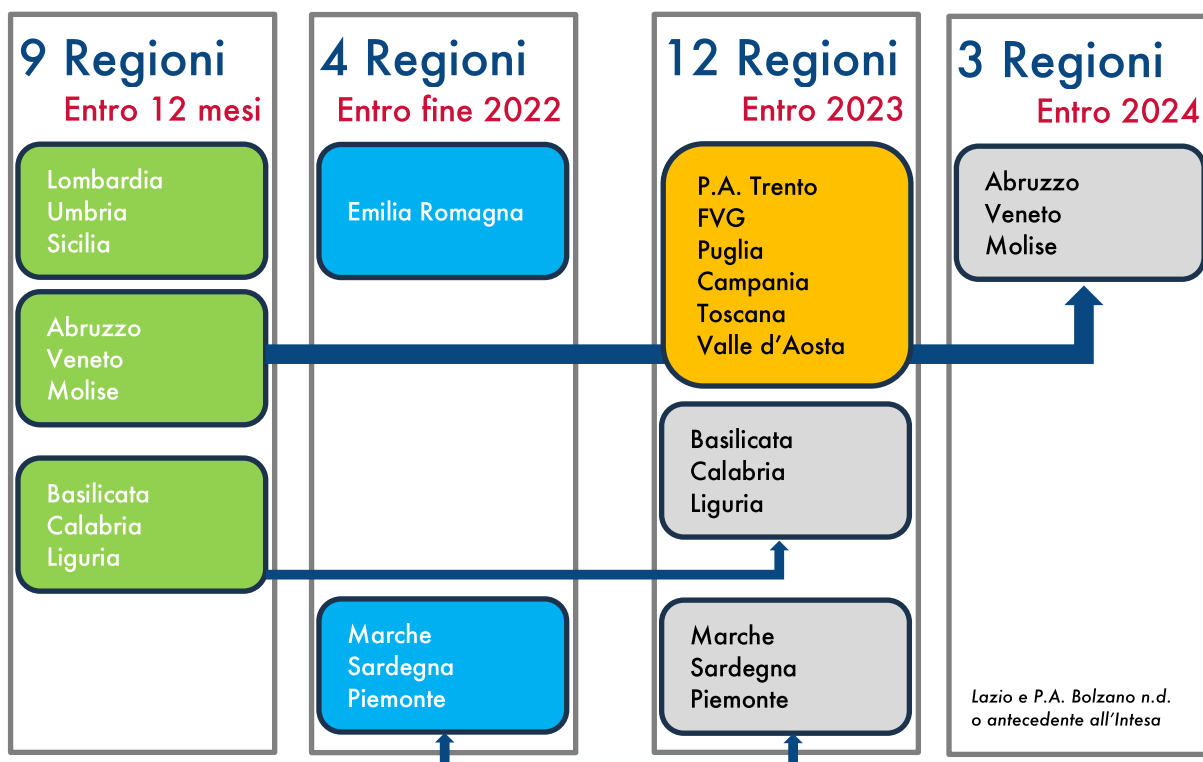
Entro la fine del 2022 (a 18 mesi dall'Intesa n.151) avevano deliberato solo 4 regioni (Emilia-Romagna, Marche, Sardegna e Piemonte); ad eccezione dell'Emilia Romagna le altre 3 hanno perfezionato il percorso di attivazione del nuovo sistema nel 2023 con ulteriori deliberazioni.

Nel corso del 2023 si sono allineate, recependo l'Intesa n. 151/CSR, anche P.A. Trento, FVG, Puglia, Campania, Toscana, Valle d'Aosta.

Per la P.A di Bolzano la ricerca da desk sul recepimento dell'Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 4 agosto 2021 **non ha prodotto i risultati** mentre per la regione Lazio la ricerca ha restituito due delibere antecedenti all'Intesa n. 151/CSR (Fig. 7).

La **disomogeneità** nel recepimento dell'Intesa n. 151/CSR con alcune regioni che hanno agito tempestivamente, altre con ritardo insieme all'elevato numero di deliberazioni successive al primo recepimento, suggerisce una difficoltà nell'implementazione efficace del nuovo sistema e la necessità di una verifica sull'attuale situazione nelle regioni. Le novità introdotte dalle deliberazioni regionali sono spesso rimaste sulla carta poiché la loro applicazione pratica ha stentato a decollare a causa di diversi fattori, tra cui la mancanza di pareri di funzionalità o di verifiche sul campo da parte della regione nei confronti dei soggetti richiedenti l'accreditamento.

Fig. 7 – Delibere regionali: tempistiche per il recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4/8/21



Fonte: Salutequità, 2024

Di seguito la tabella riepilogativa (Tab. 15) con la quale si è evidenziato per ogni regione:

- 1) Il provvedimento che ha recepito l'Intesa in CSR 151/21 (mero recepimento);
- 2) Il provvedimento (qualora si sia reso necessario) con cui sono stati approvati il manuale di autorizzazione e accreditamento e le procedure per presentare le istanze;
- 3) La disponibilità online del manuale (pubblicazione sul sito istituzionale della regione);
- 4) I tempi per le procedure di accreditamento;
- 5) I riferimenti al fabbisogno.

Tab. 15 – Riepilogo delibere regionali sul recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4/8/21

Regione	Recepimento Intesa in CSR 151/21 (mero recepimento)	Approvazione manuale di autorizzazione e accreditamento, procedure presentazione istanze	MANUALE online	Indicazione su TEMPI per ACCREDITAMENTO	Riferimenti al fabbisogno
Abruzzo	DGR n. 769 del 29.11.21	DGR n. 272 del 17.05.24 e DGR n. 274 del 16.05.23	no	12 mesi a partire dalla data di sottoscrizione dell'intesa Stato Regioni n.151/21	Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento dei punti erogativi di cure domiciliari è convertito in <i>fabbisogno di solo accreditamento istituzionale</i>
Basilicata	DGR n. 106 del 14.03.22	DGR n.360 del 16.06.23	no, ma esiste una checklist da compilare per la verifica dei requisiti	Istanza di autorizzazione a partire dalla pubblicazione sul BURAT, istanza di rilascio accreditamento dal 1° gen. 2025	Individuato per il triennio 2023-2026 il target del 10% della popolazione over 65 anni e il target del 2% della popolazione under 65 anni.
Calabria	DCA n. 10 del 24.02.22	DCA n. 188 del 3.07.23	no	Entro 6 mesi dalla data del provvedimento	no
Campania	DGR n. 21 del 17.01.23	DGR n. 71 del 21.02.23	no, ma esiste un percorso chiaro sulla modulistica da utilizzare per richiedere autorizzazione e accreditamento	30 gg. alla pubblicazione della deliberazione	Fabbisogno di assistenza da aggiornare annualmente con separato provvedimento di Giunta Regionale
Emilia Romagna	DGR n. 2049 del 28.11.22	DGR n. 377 del 21.12.22	no, ma il sito istituzionale offre numerose informazioni	entro 18 mesi della data di pubblicazione nel BURERT	L'accREDITamento viene rilasciato in coerenza con il fabbisogno espresso dalla programmazione regionale
FVG	DGR n. 930 del 16.6.23		no	Per istanza di autorizzazione e accreditamento 12 mesi a partire dal giorno successivo a quello della pubblicazione della delibera.	n.d.
Lazio*	DCA n. U00283 del 7.07.2017 (antecedente all'intesa della CSR)	DCA n. U00471 del 19.11.2019 (antecedente all'intesa della CSR)	n.d.	n.d.	n.d.

Liguria	DGR n. 27 del 18.1.22	DGR n. 426 del 11.05.23 DGR n. 1230 del 7.12.23	sì	Per i servizi già autorizzati e non, una tempistica di 6 mesi per l'adeguamento ai requisiti aggiornati	no
Lombardia	DGR n. XI.6867 del 2.08.22		no	n.d.	
Marche	DGR n.1608 del 3.12.22	DGR n.6 del 16.01.23	sì	Per autorizzazione all'esercizio entro 18 mesi dalla deliberazione	Autorizzazione e accreditamento subordinati alla definizione del fabbisogno di cure domiciliari da parte della Giunta Regionale
Molise	DCA n.113 del 20.12.21	DCA n. 57 del 27.03.24	sì	Non definiti ma il diagramma di flusso contenuto nella delibera indica una procedura standard	Pazienti da arruolare in Cure Domiciliari e Telemedicina: ... nei prossimi tre anni non meno di 10 mila
P. A. Trento	DGP n. 953 del 26.05.23	DGP n. 1991 del 20.10.23	no, ma sono allegate liste di controllo con i requisiti da rispettare	Non indicati per le procedure di accreditamento	n.d.
P.A. Bolzano**	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Piemonte	DGR n. 22-5599 del 12.09.22	DGR n. 12-7386 del 3.08.23	no, ma è presente online l'avviso pubblico con allegati e indicazione sulle procedure da seguire	Autorizzazione e accreditamento, entrambi di competenza regionale, devono concludersi entro gg. 180 dal ricevimento dell'istanza L'autorizzazione e l'accredimento possono essere rilasciati anche disgiuntamente con singoli provvedimenti.	Alle ASL è demandata la definizione dei propri fabbisogni di prestazioni domiciliari
Puglia	DGR n. 630 dell'8.5.23	DGR n. 7 del 22.5.23	no	n.d.	Definito fabbisogno e procedure di accreditamento come da art.4 dell'atto n.7.05.23
Sardegna	Delib. n. 32.38 del 25.10.22	Delib. n. 43.15 del 7.12.23	no	I contratti e gli accordi preliminari dovranno prevedere il perfezionamento degli stessi entro il termine di 30 gg dall'ottenimento dell'accREDITAMENTO istituzionale, e in ogni caso entro l'avvio delle procedure contrattuali da parte dell'ARES.	no

Sicilia	D.A. n. 375 del 3.9.21	D.A. n. 874 del 3.9.21 e D. A. n. 876 del 3.9.21	no	autorizzazione e accreditamento senza limiti di tempo	no
Toscana	DGR n. 732 del 26.06.23	DGR n. 1150 del 09.10.23	no	I requisiti dell'allegato A saranno attestati tramite apposita dichiarazione a Regione Toscana. I nuovi requisiti di accreditamento dovevano essere attestati entro il 31 gennaio 2024. La scadenza è la medesima sia per le strutture sanitarie già accreditate sia per coloro che hanno richiesto il rilascio dell'accREDITAMENTO tra il 9 ottobre 2023 e il 31 gennaio 2024.	no
Umbria	DGR n. 172 del 2.3.22	DGR N. 3870 del 22.04.22	no, ma è presente la checklist dei requisiti di Autorizzazione e di Accreditamento per lo svolgimento delle Cure Domiciliari	non definito	Da definire sede di programmazione sanitaria
Valle d'Aosta	DGR n.722 del 23.6.23		no	12 mesi dall'approvazione della delibera per l'adeguamento delle attività (aggiunta di requisiti come da intesa) e trasmissione di autodichiarazione del rispetto dei requisiti autorizzativi	Indicata una ricognizione del fabbisogno di personale

Veneto	DGR n. 1780 del 15.12.21	DGR n. 1599 del 13.12.22 e DGR n. 277 del 21.3.24	no	non definiti	Richiamata la DGR n. 574 del 09 maggio 2023 che ha approvato il Piano Operativo Regionale - Assistenza Domiciliare secondo cui la popolazione over 65 anni da prendere in carico (distribuito per ogni Azienda ULSS) è pari a 132.492 persone > ai 65 anni nell'anno 2025 (incremento= 43.894 assistiti attesi rispetto all'anno 2019), raggiungendo così il target del 10,98% della popolazione over 65 con almeno una presa in carico (PIC) erogata nell'anno 2025
--------	--------------------------	---	----	--------------	--

Fonte: Salutequità, 2024

*Lazio: I dati Agenas indicano la DGR n. 1238 del 28.12.2022, tuttavia dal check effettuato, la n. 1238 riguarda la ripartizione delle risorse stanziare per l'esercizio finanziario 2022 e l'attuazione di specifici articoli della legge regionale n. 14 del 2015.

**P.A. di Bolzano: I dati Agenas indicano il Decreto del Direttore di Dipartimento della Salute 11030.2023 ma non è stato possibile fare un check poiché il sito risulta non sicuro/non raggiungibile.

3.3 Delibere Regionali sull'accreditamento: contenuti principali e tariffe ADI

Abruzzo

La Giunta Regionale dell'Abruzzo ha recepito l'Intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 e con la [DGR n. 769 del 29.11.2021](#) è stato demandato all'Agenzia Sanitaria Regionale l'aggiornamento...dei Manuali di autorizzazione e accreditamento istituzionale ...; l'elaborazione e definizione...delle **procedure per il rilascio dell'autorizzazione e accreditamento in materia di cure domiciliari**... È stato inoltre definito un periodo transitorio di 12 mesi a partire dalla data di sottoscrizione dell'Intesa Stato Regioni ...per l'adeguamento dei Manuali di autorizzazione e accreditamento istituzionale. Con la [DGR n. 272 del 17.05.2024](#) viene preso atto e approvato il documento tecnico "Manuale di Autorizzazione e di Accreditamento Istituzionale Cure Domiciliari".

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
ABRUZZO	nd		37,09	99,1	100% Costo medio mensile per profili assistenziali	296,84	394,93	100% Costo medio mensile per profili assistenziali	371,58	476,76	100% Costo medio mensile per profili assistenziali	1191,95	1715,45	100% Costo medio mensile per profili assistenziali

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Basilicata

La regione Basilicata ha recepito l'intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DGR n. 106 del 14.03.2022](#) e con la [deliberazione n.360 del 16 giugno 2023](#) è stata approvata l'attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di CD. All'interno di quest'ultima sono state approvate le *check-list relative alla verifica dei requisiti...*e individuato per il triennio 2023-2026 il target del 10% della popolazione over 65 anni e il target del 2% della popolazione under 65 anni (fabbisogno). Si è inoltre disposto che *le organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari...* potranno richiedere l'accreditamento istituzionale ai sensi delle norme regionali vigenti *...e che a tal fine dovranno risultare conformi ai requisiti di autorizzazione...*L'istanza di accreditamento per la sola annualità 2023 poteva essere presentata entro e non oltre il 31.10.2023.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
BASILICATA	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Calabria

La regione Calabria ha recepito l'intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con il [Decreto del Commissario ad Acta n. 10 del 24 febbraio 2022](#) con cui è stato stabilito che *l'adeguamento del sistema regionale di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione delle cure domiciliari sarà definito nella nuova legge regionale e nel successivo regolamento attuativo in materia di autorizzazione e accreditamento.* Con il [DCA n. 188 del 3 luglio 2023](#) sono stati approvati i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private deputate all'assistenza domiciliare, e stabilito che *le strutture già accreditate dovranno adeguarsi ai requisiti definiti...entro 6 mesi dalla data del provvedimento, pena la revoca dell'accreditamento.* Nel decreto si specifica inoltre di aver recepito...le osservazioni formulate da Agenas con nota prot. n. 3502 del 31.03.2023.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
CALABRIA	nd		135	100%	Tariffa mensile	422,29	100%	Tariffa mensile	777,4	100%	Tariffa mensile	1065,33	100%	Tariffa mensile

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Campania

La Giunta Regionale della Campania ha recepito l' **Intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021** e, con le delibere **n. 21 del 17.01.2023** e **n. 71 del 21.02.2023** ha approvato le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, i requisiti minimi autorizzativi per l'erogazione delle cure domiciliari e i requisiti di accreditamento per le cure domiciliari unitamente allo schema di domanda per la manifestazione di interesse all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata. La delibera n. 71.2023 contiene una rettifica degli allegati n. 1 e n. 4 della D.G.R. n. 21 del 17.01.2023 e precisa le tempistiche per la manifestazione di interesse. Con il **Decreto Dirigenziale n. 486 del 23.05.2024** è stata approvata la *modulistica per la presentazione della istanza di accreditamento per le cure domiciliari, che si compone di n. 3 moduli...*

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
CAMPANIA	8,22/13,85 11,57	Tariffa per: Personale infermieristico (15', 30) Terapista della riabilitazione (30')	nd			9,76 17,14	100%	Costo giornata di cura	23,44 32,88	100%	Costo giornata di cura	48,68 54,13	100%	Costo giornata di cura

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Emilia-Romagna

La Giunta Regionale dell' Emilia-Romagna ha recepito l'Intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con **Delibera n. 2049 del 28 novembre 2022** e **n.377 del 21.12.2022** **inserendo alcune precisazioni**, tra queste l'integrazione di *alcuni requisiti di autorizzazione e accreditamento contenuti nella proposta dell'Intesa* e la disapplicazione del disapplicare requisito 3.1.5 AU. Nella delibera si legge inoltre che la DGR 221.2015 è stata modificata *limitatamente alla parte relativa ai criteri delle "cure domiciliari"* e si è stabilito che *le strutture sanitarie devono provvedere ad adeguarsi ai requisiti autorizzativi e di accreditamento approvati con il presente atto, entro 18 mesi della data di pubblicazione nel BURERT.*

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
EMILIA-ROMAGNA	24 12	Prestazioni occasionali Prelievi	nd			37,5	100%	Tariffa per accesso	56,25	100%	Tariffa per accesso		100%	Tariffa per accesso

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

FVG

La Giunta Regionale del FVG ha dato attuazione all'Intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021. Con la delibera [n. 930.2023](#) del 16 giugno vengono disposti l'attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento per l'erogazione di cure domiciliari nei confronti delle aziende sanitarie regionali e il regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accredimento istituzionale alle strutture eroganti cure domiciliari. La delibera ha inoltre stabilito che i valutatori incaricati della verifica dei requisiti di accreditamento vengano *individuati dall'O.T.A. e successivamente incaricati dalla Direzione centrale competente in materia di salute nell'ambito degli specifici procedimenti finalizzati al rilascio dell'accredimento*. Per la presentazione delle domande di autorizzazione e accreditamento da parte delle aziende sanitarie regionali che attualmente erogano cure domiciliari è stato stabilito il termine di 12 mesi decorrente dal giorno successivo a quello della pubblicazione della delibera.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
FVG	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Lazio

Per la regione Lazio la ricerca da desk sul recepimento dell'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 **non ha prodotto i risultati**. Tuttavia antecedenti all'Intesa si segnala il [Decreto del Commissario ad Acta n. U00283 del 7 luglio 2017](#) contenente l'adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti.

A questo è seguito il [Decreto del Commissario ad Acta 19 novembre 2019, n. U00471](#).

Il [15 maggio 2023](#) la regione ha approvato la componente 1.2 della Missione 6 Salute del "Piano Operativo Regionale", stanziando oltre 541 milioni di euro per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e lo sviluppo della telemedicina.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
LAZIO	nd		nd			nd			nd			120	200	Tariffa mensile minima comprensiva di solo esami specialistici (n.2). Per ulteriori esami specialistici tariffa max. Possono essere aggiunte altre variabili (esami diagnostici - costo per singolo esame);

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Liguria

La Liguria ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DGR n. 27, del 18.1.2022](#) e successivamente l'atto è stato integrato con la [DGR n. 426 dell'11 maggio 2023](#) con cui sono stati approvati i requisiti di accreditamento; si è proceduto a revisione e aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e inserito ...nel *Manuale di Accreditamento Istituzionale della Regione Liguria* la nuova scheda predisposta da A.Li.Sa. "Accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari". Si è inoltre stabilita per i servizi già autorizzati e non, una tempistica di 6 mesi per l'adeguamento ai requisiti aggiornati. Con la [DGR n. 1230 del 7 dicembre 2023](#) è stato aggiornato il manuale di accreditamento e la relativa procedura, stabilendo i nuovi requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie, comprese le cure domiciliari.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)			
	min	max		min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI		NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
LIGURIA	nd			26	100%	GFA	400	100%	Tariffa mensile	700	100%	Tariffa mensile	1100	100%	Tariffa mensile

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Lombardia

La Regione Lombardia ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [Delibera di Giunta Regionale n. XI.6867 del 2 agosto 2022](#). Nel documento sono stati stabiliti i requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO, indicate le tariffe³⁷ per le diverse tipologie di assistenza domiciliare; approvate le linee guida organizzative. Tra gli allegati: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di ADI (I II III). Tale atto risulta essere in linea con le direttive nazionali e il PNRR.

Tariffe

				Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max		min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI		NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
LOMBARDIA	25,5	12,7	Prestazionale Prelevi	nd			382,6	100%	Tariffa mensile	648,4	100%	Tariffa mensile	818,5	100%	Tariffa mensile

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Marche

La Giunta Regionale delle Marche con la [DGR n.1608 del 03 dicembre 2022](#) ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021. Tra gli aspetti richiamati: la *determinazione del fabbisogno regionale di cure domiciliari è funzionale alla verifica di compatibilità con la programmazione Regionale...* (LR n. 21.2016 e s.m.d.); per le organizzazioni pubbliche e private che intendono erogare il servizio di cure domiciliari

³⁷ Sono indicati anche i criteri di rimborso delle prestazioni erogate, basati su parametri quali la complessità delle cure e la durata dell'intervento. Le tariffe sono inoltre correlate al rispetto di specifici standard di qualità e sicurezza, garantendo che le organizzazioni accreditate offrano servizi di alto livello.

successivamente alla data di entrata in vigore del manuale, verrà implementato anche il sistema di autorizzazione alla realizzazione...il cui rilascio sarà subordinato ai pareri favorevoli di compatibilità e di congruità così come richiamati nella L.R. 21.2016. Si è proposto di integrare il manuale autorizzativo...ai requisiti tecnologici ed organizzativi minimi specifici per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina. Con la [DGR n. 6 del 16 gennaio 2023](#) è approvato il manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e il manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano CD.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
MARCHE	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Molise

La Regione Molise ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DCA n.113 del 20.12.2021](#). Con il successivo [Decreto del Commissario ad Acta n. 57 del 27-03-2024](#) è stata approvata la rimodulazione del DCA n.27.2023 per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e per l'accREDITAMENTO istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari così come definito negli allegati "Manuale di autorizzazione all'esercizio per le organizzazioni che erogano cure domiciliari", "Manuale dei requisiti di accREDITAMENTO istituzionale per le attività di cure domiciliari" e "Manuale di autorizzazione.accredITAMENTO per le attività di telemedicina".

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
MOUSE	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

P.A Trento

La P.A. di Trento ha recepito l'intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DGP n. 953 del 26 maggio 2023](#) segnalando la necessità di avviare il processo di adeguamento del sistema provinciale di autorizzazione e di accREDITAMENTO delle strutture per l'erogazione delle cure domiciliari, in coerenza con quanto previsto dall'intesa. L'atto riporta gli obiettivi degli assistiti in ADI over 65 assegnati alla Provincia autonoma di Trento (periodo 2022- 2025) ed è in linea con le direttive nazionali e il PNRR. All'atto è allegato il Piano operativo provinciale...comprensivo dello specifico Action Plan riferito all'investimento "PNRR M6C1 1.2.1. Assistenza domiciliare" ... Con la [DGP n.1991 del 20 Ottobre 2023](#) la Giunta Provinciale ha deliberato i requisiti minimi e i criteri di verifica del loro possesso per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria denominata "Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività sanitaria

denominata "CURE DOMICILIARI" nonché la disposizione della modulistica inerente i procedimenti di autorizzazione all'esercizio.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
P.A. TRENTO	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

P.A. Bolzano

Per la P.A. Bolzano la ricerca da desk sul recepimento dell'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 **non ha prodotto i risultati**. Agenas indica il Decreto del Direttore di Dipartimento della Salute 11030.2023 ma non è stato possibile fare un check poiché il sito della P.A. Bolzano risulta non sicuro/non raggiungibile.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
P.A. BOLZANO	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Piemonte

La Regione Piemonte con la [DGR n. 22-5599 del 12.09.2022](#) ha recepito l'intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021. La successiva [DGR n. 12-7386 del 3 agosto 2023](#) ha revocato parzialmente i precedenti provvedimenti regionali in materia, **definendo** le prestazioni, i livelli di intensità assistenziale e le relative tariffe. L'adozione del provvedimento è funzionale al raggiungimento del target dei pazienti presi in carico in assistenza domiciliare ...con particolare riferimento alla M6.C1.2.1 "Casa come primo luogo di cura ADI", i cui contenuti sono stati recepiti dalla DGR. n. 13-7239 del 17 luglio 2023. Alle ASL è stata demandata la definizione dei fabbisogni di prestazioni domiciliari e, sulla base degli stessi, la sottoscrizione dei relativi contratti con le strutture private in possesso di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale. Infine l'atto ha individuato, nell'ambito della telemedicina, i diversi tipi di prestazioni erogate a distanza..., richiamando le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
PIEMONTE	nd		32	100%	GEA	35	100%	GEA	38	100%	GEA	42	100%	GEA

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Puglia

La Regione Puglia ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [Deliberazione della Giunta Regionale n. 630 dell'8 maggio 2023](#) la regione ha adottato il regolamento regionale per la "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 151.CSR del 04 agosto 2021". Con la [DGR n. 7 del 22 maggio 2023](#) vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari in linea con l'intesa richiamata e più specificatamente i requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari (art.2), i requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari (art. 3) e la definizione del fabbisogno e procedure di accreditamento (art.4). La Telemedicina è richiamata tra i requisiti tecnologici da garantire nel punto sulle procedure e gestione dell'attività, negli aspetti strutturali e nei processi di miglioramento e innovazione.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA		TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
PUGLIA	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Sardegna

La Giunta Regionale della Sardegna ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con [Deliberazione n. 32.38 del 25.10.2022](#), approvando i *Requisiti minimi autorizzativi per lo svolgimento delle cure domiciliari...e i Requisiti di accreditamento*.

Il percorso per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie destinate all'erogazione delle cure domiciliari, prorogando la scadenza per la presentazione della istanza, è stato stabilito con la [Deliberazione n. 43.15 del 7 dicembre 2023](#). L'atto ricorda come sia in corso di attuazione il percorso volto al recepimento degli indirizzi nazionali (Intesa del 4 agosto 2021) e segnala come sia già stato definito un apposito percorso per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale...allo scopo di raggiungere gli obiettivi fissati dal PNRR...Risultano anche precisazioni relativamente alla fase di presentazione dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie per l'erogazione di cure domiciliari (presentazione di un contratto preliminare per dimostrazione della disponibilità di una sede operativa e possesso dei requisiti del personale).

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
REGIONI	min	max	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
SARDEGNA	nd		75,3		Tariffe per accesso (con tempo medio di percorrenza). Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (infermiere, OSS, professionista della riabilitazione). È stato calcolato un valore medio (zona urbana, intermedia e rurale)	62,34		Tariffe per accesso (con tempo medio di percorrenza). Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (infermiere, OSS, professionista della riabilitazione). È stato calcolato un valore medio (zona urbana, intermedia e rurale)	91,97		Tariffe per accesso (con tempo medio di percorrenza). Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (infermiere, OSS, professionista della riabilitazione). È stato calcolato un valore medio (zona urbana, intermedia e rurale)	174,24		Tariffe per accesso (con tempo medio di percorrenza). Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (infermiere, OSS, professionista della riabilitazione). È stato calcolato un valore medio (zona urbana, intermedia e rurale)

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Sicilia

La regione Sicilia con il [Decreto Assessoriale n. 876 del 3 settembre 2021](#) ha definito i criteri per l'accesso all'accREDITAMENTO dei soggetti privati erogatori di Cure Domiciliari, citando l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021. Nell'atto sono state indicate anche le tempistiche di presentazione delle istanze per conseguire l'accREDITAMENTO istituzionale (senza limiti di tempo).

L'art. 3 riferito all'erogazione delle prestazioni ha stabilito che i cittadini ammessi alle Cure Domiciliari **scegliranno il Soggetto Erogatore nell'elenco dei Soggetti accREDITATI** secondo le modalità definite dall'Azienda sanitaria provinciale di residenza. Nell'atto non risultano richiami alla M6. C1.2.1 "Casa come primo luogo di cura ADI". Il decreto fa seguito al [D.A. n.874 del 3 settembre 2021](#) e al [D.A. n.375 del 3 settembre 2021](#).

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
REGIONI	min	max	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
SICILIA	nd		15	100%	Peraccesso	130,7		Tariffa per accesso. Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (medico specialista, infermiere, fisio-terapista, logopedista, OSS)	146,7		Tariffa per accesso. Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (medico specialista, infermiere, fisio-terapista, logopedista, OSS)	137,7		Tariffa per accesso. Il valore è dato dalla somma delle tariffe per figure professionali (medico specialista, infermiere, fisio-terapista, logopedista, OSS)

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Toscana

La Giunta Regionale della Toscana ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DGR n. 732 del 26.06.2023](#). Ulteriori modifiche e integrazioni al sistema di accREDITAMENTO sono state apportate con la [DGR n. 1150 del 09.10.2023](#); tra i principali punti³⁸ si trova l'approvazione dell'immediata applicazione dei requisiti... inseriti negli allegati A e B della DGR citata. I requisiti dell'allegato A saranno attestati tramite apposita dichiarazione a Regione Toscana. I nuovi requisiti di accREDITAMENTO dovevano essere attestati entro il **31 gennaio 2024**. La scadenza è la medesima sia per le strutture sanitarie già accreditate sia per coloro che avevano richiesto il rilascio dell'accREDITAMENTO tra il 9 ottobre 2023 e il 31 gennaio 2024. È stato inoltre

³⁸ Cfr. <https://www.regione.toscana.it/-/autorizzazione-e-accREDITAMENTO-strutture-sanitarie>. Ultimo accesso dicembre 2024.

deliberato di impegnare le aziende sanitarie, a far data dal 31 marzo 2024, ad indire gli avvisi di selezione in conformità alle indicazioni contenute nell'allegato B...

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
REGIONI	min	max	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
TOSCANA	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Umbria

La Regione Umbria ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [Delibera di Giunta Regionale n. 172 del 2 marzo 2022](#) e con la DGR N. 3870 del 22.04.2022. Con il primo atto la regione ha disposto che le organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari dovranno essere autorizzate ai sensi delle norme regolamentari regionali vigenti...e che a tal fine dovranno risultare conformi ai requisiti di autorizzazione di cui all'allegato b) dell'Intesa. Le organizzazioni pubbliche e private potranno richiedere l'accreditamento istituzionale ai sensi delle norme regolamentari regionali vigenti e risultare conformi ai requisiti dell'allegato c) dell'Intesa. È stato dato mandato alla Direzione regionale Salute e Welfare e ai dirigenti competenti di predisporre i successivi atti necessari... (in particolare: definizione delle tariffe delle CD; fabbisogno di CD; predisposizione delle check-list relative ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento). Con il secondo atto sono state approvate le Check List dei requisiti di Autorizzazione e di Accreditamento per lo svolgimento delle CD.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
REGIONI	min	max	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
UMBRIA	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Valle d'Aosta

La Valle d'Aosta ha recepito l'intesa Stato Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [DGR n.722 del 23 giugno 2023](#). Sono stati pertanto stabiliti i requisiti di accreditamento (sotto forma di manuale di accreditamento che sarà approvato con successivo provvedimento...), il superamento di quanto deciso nella DGR 2957.2011 relativamente all'Assistenza Domiciliare Integrata-ADI, il progressivo passaggio dal cartaceo al digitale dello strumento relativo alla valutazione multidimensionale e della documentazione cartacea a domicilio dell'assistito. **Per le tariffe** da applicare per l'erogazione delle prestazioni di cure domiciliari di base, di I, II e III livello si è demandato a successivo atto mentre per l'adeguamento delle attività (ulteriori requisiti come da intesa) la tempistica per la trasmissione di autodichiarazione del rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento è stata fissata in 12 mesi dall'approvazione della delibera. Con [la DGR n. 519 del 15 maggio 2023](#) era invece già stato approvato il Piano Operativo Regionale

concernente la missione 6, salute, componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina, sub-investimento 1.2.1 - assistenza domiciliare, a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Prenotazione di spesa.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
VALLE D'AOSTA	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

Veneto

La Regione Veneto ha recepito l'Intesa Stato-Regioni n. 151.CSR del 4 agosto 2021 con la [Delibera di Giunta Regionale n. 1780 del 15 dicembre 2021](#) con cui sono stati approvati i requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle CD. Successivamente, quanto approvato è stato integrato con la [Delibera n. 1599 del 13 dicembre 2022](#). Con la [Deliberazione della Giunta Regionale n. 277 del 21 marzo 2024](#) sono state approvate le "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77 allo scopo di completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle CD.

Tariffe

			Livello BASE (CIA < 0,14)			ADI I° Livello (0,14 < CIA > 0,30)			ADI II° Livello (0,31 < CIA > 0,50)			ADI III° Livello (CIA > 0,50)		
	min	max	min	max		min	max		min	max		min	max	
REGIONI	TARIFFA PRESTAZIONI OCCASIONALI	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE	TARIFFA	Quota SSR	NOTE
VENETO	nd		nd			nd			nd			nd		

Fonte: Agenas. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, 2024

4. CONCLUSIONI e PROPOSTE di POLICY

Finora, il percorso delle regioni per rafforzare l'ADI, in particolare attraverso i fondi del PNRR, è stato caratterizzato da obiettivi inizialmente mancati e poi recuperati, nonché da difficoltà nell'attivazione e nell'adeguamento del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni. **Al momento**, sussistono ancora **significativi ritardi ed eterogeneità nel recepimento e nell'attuazione dell'Intesa CSR 151.21**³⁹; a distanza di circa quattro anni, per superare le inaccettabili disparità, è necessario un intervento più incisivo da parte del livello centrale, con un monitoraggio che spinga e assicuri un'attuazione uniforme e tempestiva dell'intesa, garantendo così l'equità nell'accesso alle cure domiciliari.

Parallelamente, l'intero investimento **"Casa come primo luogo di cura e telemedicina"** impone fin da ora una riflessione attenta sulle risorse economiche "a scadenza" del PNRR; alla fine del 2026, la continuità del servizio di ADI rischia di non poter essere garantita se non si interviene tempestivamente sul livello di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) destinato a tale assistenza.

Nel report è stato inoltre evidenziato come **l'incremento del numero di pazienti trattati in ADI**, previsto dal PNRR, non sembra corrispondere, ad oggi, a un miglioramento qualitativo delle cure, né permette di distinguere tra i diversi livelli di complessità assistenziale, come invece avrebbe dovuto essere sulla scorta di quanto stabilito dal DM77 in cui si prevedeva l'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale.

Di fatto, l'incremento del numero di pazienti trattati in ADI, raggiunto attraverso i fondi del PNRR, **non rispecchia una differenziazione** tra l'ADI di base (con prestazioni di bassa complessità) e l'ADI di media o alta complessità (che garantisce più di un accesso settimanale, in base alla valutazione multidimensionale - VM), così come rilevato da più fonti accreditate.

Se a questo aggiungiamo i dati nazionali sulla **riduzione nel tempo delle ore di assistenza tra il 2018 e il 2023** del Crea Sanità, i dati di Italia Longeva e del più recente Annuario statistico del Ministero della Salute che nel 2023 hanno rilevato un ampliamento dei pazienti presi in carico ma una contestuale diminuzione della percentuale di assistiti over 65, la situazione sembra essere molto complessa.

Ritornando all'Intesa **CSR 151.21**, questa ha inoltre riconosciuto il ruolo fondamentale dell'innovazione tecnologica nel ridisegnare la rete dei servizi sanitari, e **la telemedicina** rappresenta una leva per il potenziamento delle cure domiciliari che deve divenire un'opportunità per tutti; il PNRR l'ha introdotta con progetti calati su ambiti specifici e sono state scelte, seppur secondo il criterio di considerare le patologie maggiormente impattanti, solo alcune aree della cronicità. Allo stesso modo, un altro aspetto, non meno importante, è il **passaggio tra ospedale e domicilio** o altre strutture, spesso non immediato, frammentato, inefficiente e con ritardi burocratici che non può essere risolto dalle sole COT; è necessario riprendere in mano l'intero tema della Transitional Healthcare.

³⁹ "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"

Contestualmente, quando si parla di ADI, non si può però trascurare la **carenza di personale** che possa erogare il servizio e l'urgenza di disporre di professionisti con competenze specialistiche; per questo, è necessario investire nella formazione universitaria orientata all'ADI e rendere più attrattivo il lavoro nel SSN.

Infine, per quanto riguarda gli attuali **sistemi di misurazione e controllo** per l'ADI, questi si sono dimostrati insufficienti **sia** per il PNRR la cui partita si gioca, come ribadito più volte nel presente report sull'incremento dei numeri, **sia** rispetto a indicatori di qualità ad oggi assenti nel NSG. Ai fini del monitoraggio dei LEA viene utilizzato il flusso SIAD, ma l'indicatore LEA, adottato in relazione ai pazienti trattati in ADI, si basa su criteri *complessivamente più restrittivi*; inoltre, pur disponendo del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), mancano "strumenti di lavoro" (es. cartella clinica informatizzata nel FSE) per il paziente stesso o per chi si prende cura di lui dal momento che il SIAD è uno strumento per i soli addetti ai lavori.

Il **FSE**, stando alla [pagina dedicata](#) del Ministero della Salute, fa riferimento ad una "cartella clinica" ma il livello di approfondimento delle informazioni non ha permesso di comprendere se si tratta di una cartella ospedaliera o anche di una domiciliare. In conclusione, l'ADI necessita di un forte impulso a livello nazionale per superare le criticità attuali; il monitoraggio centrale, il finanziamento strutturato, la formazione del personale e l'uso della tecnologia sono elementi chiave per un'ADI di qualità, capace di rispondere ai bisogni delle persone, nonché per gettare solide basi per la **messa a regime del modello nell'epoca post-PNRR**. Anche per questo, il previsto **Tavolo Tecnico per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale (TRAC)** dovrebbe coinvolgere tutti gli stakeholder interessati dal processo.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO E PROPOSTE DI POLICY

1	Occorre una messa a terra tempestiva, sostanziale e non solo formale dell'Intesa CSR 151.21, rafforzando i meccanismi di monitoraggio con indicatori di qualità, sicurezza e di innovazione delle cure domiciliari, per superare le disparità regionali e così garantire un accesso equo e uniforme alle cure domiciliari in tutto il Paese.
2	Prevedere da subito un incremento strutturale del FSN che vada oltre le temporanee risorse del PNRR e quindi una copertura finanziaria tale da garantire continuità assistenziale, scongiurando il rischio di interruzioni o ritardi nelle cure domiciliari a chi ne ha bisogno.
3	Definire obiettivi specifici per le Regioni, esattamente come fatto per le prestazioni in telemedicina, che assicurino un'equa distribuzione degli interventi di ADI anche rispetto ai diversi livelli di intensità. Questo permetterà di capitalizzare al massimo gli investimenti del PNRR, passando dalla mera logica "del numero" di assistiti che hanno avuto un accesso di cure tramite ADI a quella della capacità di prendere in carico le persone in ADI, garantendo massima attenzione alla complessità assistenziale, all'intensità delle cure e alla durata delle prestazioni in ADI. Tali obiettivi dovranno essere oggetto di monitoraggio da parte del livello centrale.
4	4.1. Garantire l'attuazione dei requisiti di accreditamento dell'ADI con particolare riguardo all'utilizzo della telemedicina (televisita, teleriabilitazione e teleassistenza), integrandola in modo organico nei percorsi di cura esistenti. 4.2. Superare l'attuale frammentazione di accesso alla telemedicina, garantendo che diventi un'opportunità per tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro patologia, investendo in particolare su coloro che vivono in aree remote del Paese o che rischiano di essere marginalizzate per difficoltà negli spostamenti (es. periferie urbane). 4.3. Verificare e garantire l'equità di accesso alle prestazioni di telemedicina in tutte le Regioni mediante l'introduzione di indicatori all'interno del NSG.

5	Definire con indicazioni di carattere nazionale tutti gli aspetti relativi ai passaggi tra diversi i setting assistenziali, individuando specifici standard di servizio e chiari protocolli operativi. A tal fine, si potrebbe valorizzare lo strumento del sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.
6	Investire risorse economiche sul personale, rendendo più attrattiva la professione sanitaria dentro il SSN, valorizzando le competenze di ciascun professionista e migliorandone il benessere organizzativo. Ciò dovrà essere accompagnato dal rinnovamento di specifiche politiche professionali con un investimento sulle competenze, a partire da percorsi universitari orientati al setting dell'ADI e da tirocini formativi nelle strutture territoriali (domicilio del paziente compreso).
7	7.1. Rafforzare il NSG e il controllo e monitoraggio dell'attuazione del PNRR e del DM77 (considerato adempimento LEA) e prevedere inoltre che la rilevazione del flusso SIAD possa fornire dati e informazioni utilizzabili per il PNE così da disporre di informazioni pubbliche e cadenzate sugli esiti di salute relativamente a questa porzione di assistenza territoriale. 7.2. Creare la "cartella clinica domiciliare" nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in modo che i cittadini dispongano di un proprio strumento di lavoro.
8	Valorizzare il carattere partecipativo del Tavolo Tecnico per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale (TRAC) invitando i professionisti sanitari, le associazioni di pazienti e di categoria per identificare e migliorare di concerto le barriere esistenti e le aree di miglioramento.

PRINCIPALI FONTI CONSULTATE

AGENAS. Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24.11.23 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)". 2023

AGENAS. Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale. 2024

AGENAS. Portale statistico di AGENAS. 2025

AIMS. BAROMETRO della SCLEROSI MULTIPLA e patologie correlate. 2024

American Society of Clinical Oncology and National Comprehensive Cancer Network. Palliative Care for Patients with Cancer. 2024.

Corte dei Conti. Collegio Del Controllo Concomitante Presso La Sezione Centrale Di Controllo Sulla Gestione Delle Amministrazioni Dello Stato. Deliberazione n. 13.2023.CCC. Aprile 2023

Corte dei Conti. Relazione Sullo Stato Di Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). 2024.

CREA Sanità. 20° Rapporto Sanità, Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. 2025

Conferenza Stato Regioni. Rep. atti n. 259.CSR del 20.12.2012 e n. 151.CSR del 4.8.21

DGR n. 769 del 29.11.2021, DGR n. 272 del 17.05.2024 e DGR n. 274 del 16.05.2023 **Regione Abruzzo**

DGR n. 106 del 14.03.2022 e DGR n.360 del 16.06.2023 **Regione Basilicata**

DCA n. 10 del 24.02.2022 e DCA n. 188 del 3.07.2023 **Regione Calabria**

DGR n. 21 del 17.01.2023 e DGR n. 71 del 21.02.2023 **Regione Campania**

DGR n. 2049 del 28.11.2022 e DGR n. 377 del 21.12.2022 **Regione Emilia-Romagna**

DGR n. 930 del 16.6.2023 e **Regione Friuli-Venezia Giulia**

DCA n. U00283 del 7.07.2017 e DCA n. U00471 del 19.11.2019 **Regione Lazio**

DGR n. 27 del 18.1.2022, DGR n. 426 del 11.05.2023 e DGR n. 1230 del 7.12.2023 **Regione Liguria**

DGR n. XI.6867 del 2.08.2022 **Regione Lombardia**

DGR n.1608 del 03.12.2022 e DGR n.6 del 16.01.2023 **Regione Marche**

DCA n.113 del 20.12.2021 e DCA n. 57 del 27.03.2024 **Regione Molise**

DGP n. 953 del 26.05.2023 e DGP n. 1991 del 20.10.2023 **P. A. Trento**

DGR n. 22-5599 del 12.09.2022 e DGR n. 12-7386 del 3.08.2023 **Regione Piemonte**

DGR n. 630 dell'8.5.2023 e DGR n. 7 del 22 maggio 2023 **Regione Puglia**

Deliberazione n. 32.38 del 25.10.2022 e Deliberazione n. 43.15 del 7.12.2023 **Regione Sardegna**

D.A. n. 375 del 3.9.2021 e D.A. n. 874 del 3.9.2021 e Decreto Assessoriale n. 876 del 3.9.2021 **Regione Sicilia**

DGR n. 732 del 26.06.2023 e DGR n. 1150 del 09.10.2023 **Regione Toscana**

DGR n. 172 del 2.3.2022 e DGR N. 3870 del 22.04.2022 **Regione Umbria**

DGR n.722 del 23.6.2023 **Regione Valle d'Aosta**

DGR n. 1780 del 15.12.2021, DGR n. 1599 del 13.12.2022 e DGR n. 277 del 21.3.2024 **Regione Veneto**

FNOPI, Studio AIDOMUS-IT, Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia. 2024

Gazzetta Ufficiale. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Gazzetta Ufficiale. Legge 30 dicembre 2020, n. 178

Gazzetta Ufficiale. Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77

Gazzetta Ufficiale. Decreto del Ministero della Salute 23 gennaio 2023

Gazzetta Ufficiale. Decreto del Ministero della Salute 13 marzo 2023

Gazzetta Ufficiale. Decreto del Ministero della Salute 24 novembre 2023

Gazzetta Ufficiale. Legge 16 dicembre 2024, n. 193

Gazzetta Ufficiale. Legge di conversione 20 dicembre 2024, n. 199.

Gazzetta Ufficiale. Decreto Legge 27 dicembre 2024, n. 202

Giusti, R., Ravoni, G., & Porzio, G. Medical oncologists and supportive.palliative care education: prevention of fragmented care. BMJ Supportive & Palliative Care. 2023

Italia Longeva. I Numeri della Long-Term Care In Italia. 2024

Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 2022

Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 2023

Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Anno 2020

Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Anno 2021

Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Anno 2022

Ministero della Salute. Portale PNRR Salute - Ultimo accesso 15 gennaio 2025.

Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. Quarta relazione sullo stato di attuazione del PNRR. 22 feb. 2024

Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. Quinta relazione sullo stato di attuazione del PNRR. 22 lug. 2024

Ravoni G., Fusilli M., Parretti G., Colpani E., Porzio G., Spinelli G. Training and telemedicine: the key to the palliative medicine specialist shortage? 2023

Ufficio parlamentare di Bilancio (2023). L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale.

SALUTE QUITÀ[®]

Realizzato con il contributo non condizionato di:



© Salutequità, aprile 2025

Disponibile su www.salutequita.it

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.