

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che:

- a) l'art. 22 del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, relativo alla "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", prevede che le cure domiciliari sono articolate in diversi livelli di complessità in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed alla intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale e sono distinte in cure domiciliari di base, cure domiciliari integrate di I, II, III livello;
- b) ai fini della organizzazione e potenziamento delle cure domiciliari in Campania, con DGRC 41 del 14 febbraio 2011, è stato approvato il documento "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania", recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari;
- c) con DCA n. 1 del 7 gennaio 2013, è stato approvato il documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della regione Campania";
- d) con DCA 15/2014, sono state approvate le linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare di cui alla Legge 05/06/90 n. 135 e s.m.i;
- e) l'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 ha modificato la disciplina di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, estendendo l'applicazione del sistema della autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;
- f) in data 04/05/2021, è stata stipulata l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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" (rep. Atti 151/CSR);
- g) con DGRC n. 174 del 7 giugno 2022, è stato recepito il documento "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare approvato con DM del 29 aprile 2022";
- h) con D.G.R.C. n. 421 del 3 agosto 2022, è stato adottato l'atto di "Recepimento dell'Intesa n. 151/CRS del 4 agosto 2021 sul documento recante "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";
- i) nell'ultima seduta dell'anno 2022 della Conferenza Stato-Regioni, tra i diversi documenti approvati, è stato approvato il riparto delle risorse PNRR destinate al rafforzamento dell'Assistenza domiciliare, pari a 2,7 miliardi di euro, di cui una parte destinata al potenziamento dell'offerta pubblica;
- j) con D.G.R.C. n. 21 del 17 gennaio 2023, è stato definito il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari comprese le cure domiciliari di base;
- k) con il Decreto interministeriale de 23 gennaio 2023, e ss.mm. ii., si è provveduto a ripartire, in favore delle Regioni e delle Province autonome quali soggetti attuatori, le risorse finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di cui alla Missione 6 – Componente 1 - Investimento 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per un importo complessivo di € 2.720.000.000;
- l) con D.G.R.C. n. 382 del 29/06/2023, recante "PNRR-investimento M6C1-sub investimento Casa come primo luogo di cura (ADI)-Attuazione Piano operativo regionale adi-DGR 306 del 25.5.2023", è stato approvato il relativo documento tecnico operativo;
- m) con decreto direttoriale n. 524 del 04/08/2023, è stato adottato il documento recante "Definizione, Procedure di Attivazione ed Erogazione delle Cure Domiciliari di Base. Attuazione. DGR n. 382 del 29 giugno 2023";
- n) con D.G.R.C. n. 28 del 25/01/2024, "D.G.R.C. n. 71/2023. Intesa stato-regioni 151/2021. Procedura per il rafforzamento del sistema di erogazione delle "cure domiciliari" in applicazione alle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal D.M. 77/2022", è stata approvata la procedura per il rafforzamento del sistema di erogazione delle "cure domiciliari" per l'accreditamento dell'offerta privata di Assistenza Domiciliare Integrata della Regione Campania;

PREMESSO, altresì, che

- a) l'art. 8 *quater* del Decreto legislativo n. 502/1992, così come modificato, stabilisce che *"l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità"*

rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”;

- b) l'art. 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 – come modificato dalla Legge n. 118/2022 – rinvia, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, a procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare;
- c) l'art. 5 del DM Salute 19 dicembre 2022, prevede: *“1. Le regioni e le province autonome adeguano il proprio ordinamento alle disposizioni di cui all'art. 8-quater, comma 7 e all'art. 8-quinquies, comma 1-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992”;*
- d) con D.G.R.C. n. 71 del 21/02/2023, a parziale modifica della DGRC n. 21/2023, è stato stabilito che *“gli accordi contrattuali di cui all'art. 8, quinquies del D.lgs. 502/92 e smi saranno sottoscritti con le ASL territorialmente competenti, a seguito di procedure comparative per l'individuazione degli operatori economici cui affidare l'erogazione delle Cure Domiciliari, ai sensi del Decreto del Ministero della salute 19 dicembre 2022, pubblicato in G.U. n.305 del 31.12.2022”;*
- e) l'art. 36 della Legge 16 dicembre 2024, n. 193 *“Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2023”* ha disposto la sospensione dell'efficacia delle disposizioni in materia di accreditamento e di accordi contrattuali con il Servizio sanitario nazionale, con la seguente disposizione: *“Al fine di procedere a una revisione complessiva della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale e la stipulazione degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, l'efficacia delle disposizioni di cui agli articoli 8-quater, comma 7, e 8-quinquies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 dicembre 2022, adottato ai sensi del medesimo articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992, è sospesa fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, istituito ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), da sottoporre ad apposita intesa nell'ambito della medesima Conferenza permanente, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2026”;*

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti Uffici regionali, che

- a) la modifica operata al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 dalla L. 30 dicembre 2020, n. 178, che ha esteso l'applicazione del sistema della autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari, non consenta di affidare detto servizio a soggetti al di fuori del sistema delineato dall'art. 8 bis e ss. Del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii.;
- b) sono in corso di espletamento le procedure di autorizzazione ed accreditamento delle organizzazioni private per l'erogazione del servizio di cure domiciliari, al termine delle quali le Aziende Sanitarie locali potranno procedere alla contrattualizzazione dei soggetti accreditati;
- c) è opportuno definire i criteri per la “fase contrattuale” degli erogatori privati coerentemente con gli indirizzi nazionali;
- d) la definizione del sistema tariffario e la successiva definizione ed assegnazione dei budget per le prestazioni de quibus, è necessaria ai fini della contrattualizzazione delle organizzazioni accreditate;
- e) il sistema di tariffe per l'erogazione delle cure domiciliari, approvato con il citato DCA 1/2013, necessita di essere aggiornato in funzione delle mutate normative nazionali e regionali e degli aggiornamenti dei principali CCNL dei professionisti sanitari;
- f) per le menzionate finalità, i competenti Uffici regionali hanno elaborato due documenti, dei quali propongono l'approvazione, uno denominato “TARIFFE CURE DOMICILIARI” - ALLEGATO A, che contiene gli elementi utilizzati per la definizione delle tariffe e il loro campo di applicazione ed uno denominato “FASE CONTRATTUALE” - ALLEGATO B, che, tenuto conto del novellato art. 8-quinquies, co. 1-bis nonché dell'art 8-quater, co. 7) del D. Lgs. n. 502/1992, fornisce indicazioni operative e normative per la gestione della fase contrattuale con gli erogatori privati accreditati;
- g) gli Uffici regionali propongono di stabilire che le tariffe così determinate:
 - g.1. vengano applicate alle cure domiciliari erogate dalle organizzazioni accreditate per l'erogazione del servizio di cure domiciliari ai sensi delle DD.GG.RR.CC. n. 21/2023, n. 71/2023 e n. 28/2024 e alle cure domiciliari palliative erogate;
 - g.2. restino in vigore fino ad eventuale approvazione del sistema di tariffazione massimo definito dal Ministero, ossia fino all'entrata in vigore di ulteriori indicazioni emanate dal Ministero della Salute e/o dai Ministeri competenti in materia di tariffazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- h) i medesimi Uffici propongono di prevedere che, in caso di mancata definizione di tariffe nazionali, l'eventuale revisione del modello di tariffazione sarà possibile non prima di 18 mesi dalla loro prima applicazione e comunque solo a seguito di valutazione dell'organo regionale e subordinato ad un'attività di monitoraggio delle attività svolte e realizzate;

RITENUTO

- a) di dover approvare il documento denominato "TARIFFE CURE DOMICILIARI" - ALLEGATO A al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- b) di dover approvare il documento denominato "FASE CONTRATTUALE" - ALLEGATO B al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- c) di dover stabilire che le tariffe così determinate:
 - c.1. si applicano alle cure domiciliari erogate dalle organizzazioni accreditate per l'erogazione del servizio di cure domiciliari ai sensi della D.G.R.C. n. 21/2023, D.G.R.C. n. 71/2023 e della D.G.R.C. n. 28/2024 e alle cure domiciliari palliative erogate;
 - c.2. restano in vigore fino ad eventuale approvazione del sistema di tariffazione massimo definito dal Ministero, ossia fino all'entrata in vigore di ulteriori indicazioni emanate dal Ministero della Salute e/o dai Ministeri competenti in materia di tariffazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- d) di dover prevedere che, in caso di mancata definizione di tariffe nazionali, l'eventuale revisione del modello di tariffazione sarà possibile non prima di 18 mesi dalla loro prima applicazione e comunque solo a seguito di valutazione dell'organo regionale e subordinato ad un'attività di monitoraggio delle attività svolte e realizzate;
- e) di dover demandare:
 - e.1. alle Aziende Sanitarie Locali l'applicazione degli indirizzi ed indicazioni contenuti nei richiamati allegati, con particolare riguardo alla gestione della fase contrattuale delle organizzazioni accreditate per le cure domiciliari e della corretta applicazione delle tariffe secondo i criteri e le indicazioni fornite;
 - e.2. alla So.Re.Sa. S.p.A. l'attuazione di ogni eventuale attività di adeguamento e miglioramento dei flussi informativi - con particolare riguardo al flusso SIAD - per adempiere alla funzione di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni rese sia in termini di appropriatezza sia in termini di gestione;
 - e.3. alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale l'adozione degli adempimenti finalizzati al monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi contenuti nel presente atto;
 - e.4. alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e Sociosanitarie gli atti successivi e consequenziali relativi alle indicazioni da impartire agli Ambiti sociali e ai Comuni in ordine alla attuazione del presente atto;

VISTI

- a) gli atti indicati in premessa al presente atto;
- b) la D.G.R.C. n. 538 del 27/11/2020, avente per oggetto: "*Conferimento incarico di Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema sanitario regionale (Cod. 50.04.00)*";
- c) la D.G.R.C. n. 306 del 25/05/2023, con la quale si demanda alla Direzione Generale Politiche Sociali in raccordo con la Direzione Generale per la Tutela per la Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con l'Ufficio Speciale per la Crescita e la Transizione digitale e con le Aziende Sanitarie Locali, ognuna per quanto di competenza, gli adempimenti conseguenti all'attuazione della richiamata DGR n. 306 e del relativo Piano Operativo ADI contestualmente approvato, in conformità alle Linee Guida Operative per la realizzazione degli investimenti PNRR e PNC della Regione Campania;
- d) la D.G.R.C. n. 391 del 30/06/2023, con la quale si dispone il trattenimento in servizio del Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 4-bis, del decreto-legge 22 aprile 2023, n. 44 convertito dalla legge 21 giugno 2023, n. 74;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa che qui di seguito si intendono integralmente riportati e confermati

- 1. di approvare il documento denominato "TARIFFE CURE DOMICILIARI" - ALLEGATO A al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2. di approvare il documento denominato "FASE CONTRATTUALE" - ALLEGATO B al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 3. di stabilire che le tariffe così determinate:
 - 3.1. si applicano alle cure domiciliari erogate dalle organizzazioni accreditate per l'erogazione del servizio di cure domiciliari ai sensi della D.G.R.C. n. 21/2023, D.G.R.C. n. 71/2023 e D.G.R.C. n. 28/2024 e alle cure domiciliari palliative erogate;
 - 3.2. restano in vigore fino ad eventuale approvazione del sistema di tariffazione massimo definito dal Ministero, ossia fino all'entrata in vigore di ulteriori indicazioni emanate dal Ministero della Salute e/o dai Ministeri competenti in materia di tariffazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

4. di prevedere che, in caso di mancata definizione di tariffe nazionali, l'eventuale revisione del modello di tariffazione sarà possibile non prima di 18 mesi dalla loro prima applicazione e comunque solo a seguito di valutazione dell'organo regionale e subordinata ad un'attività di monitoraggio delle attività svolte e realizzate;
5. di demandare:
 - 5.1. alle Aziende Sanitarie Locali l'applicazione degli indirizzi ed indicazioni contenuti nei richiamati allegati, con particolare riguardo alla gestione della fase contrattuale delle organizzazioni accreditate per le cure domiciliari e della corretta applicazione delle tariffe secondo i criteri e le indicazioni fornite;
 - 5.2. alla So.Re.Sa. S.p.A. l'attuazione di ogni eventuale attività di adeguamento e miglioramento dei flussi informativi - con particolare riguardo al flusso SIAD – per adempiere alla funzione di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni rese sia in termini di appropriatezza sia in termini di gestione;
 - 5.3. alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale l'adozione degli adempimenti finalizzati alla piena al monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi contenuti nel presente atto;
 - 5.4. alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e Sociosanitarie gli atti successivi e consequenziali relativi alle indicazioni da impartire agli Ambiti sociali e ai Comuni in ordine alla attuazione del presente atto;
6. di inviare il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali, per il tramite della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, per tutti gli adempimenti da esso scaturenti;
7. di trasmettere il presente atto al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e Sociosanitarie, anche per la notifica agli Ambiti Sociali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, anche per la notifica alla società So.Re.Sa. S.p.A., all'Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale per i fini di cui alla delibera di Giunta regionale n. 306/2023, e alla sezione "Amministrazione Trasparente – Casa di Vetro" del sito Internet istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	99	del	13/03/2025	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	12

OGGETTO :

PROCEDURA PER IL RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI EROGAZIONE DELLE "CURE DOMICILIARI" IN APPLICAZIONE ALLE ATTIVITA' PREVISTE DAL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA RECEPITE DAL D.M.77/2022. APPROVAZIONE INDICAZIONI FASE CONTRUATTUALE EROGATORI E TARIFFE

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>17/03/2025</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>17/03/2025</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>13/03/2025</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>17/03/2025</i>

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40.1 : Gabinetto del Presidente**
- 50.4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**
- 50.5 : Direzione Generale per le politiche sociali e socio-sanitarie**
- 60.11 : UFFICIO SPECIALE PER LA CRESCITA E LA TRANSIZIONE DIGITALE**

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

ALLEGATO A-TARIFFE CURE DOMICILIARI

PREMESSA

Con il Decreto Commissario ad Acta 1/2013 : “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania”, la Regione Campania si è dotata di un sistema di tariffazione delle cure domiciliari con riguardo alle cure domiciliari integrate e alle cure domiciliari palliative.

Il sistema di tariffazione ha tenuto conto della complessità e durata dei progetti di assistenza individualizzato ma necessita di aggiornamenti in relazione al sistema di erogazione e ai costi del personale derivanti dai contratti collettivi di lavoro che hanno avuto aggiogamenti nell'ultimo decennio.

Inoltre, il DCA 1/2013 non ricomprende le cure domiciliari di base di recente normate con dd 524/2023, pertanto si è reso necessario aggiornarlo relativamente al sistema di tariffazione; restano confermati i principi generali e gli aspetti tecnici connessi alla assistenza e ai profili di cura.

Le cure domiciliari secondo il D.P.C.M. del 12.1.2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, si articolano in:

- Cure Domiciliari di Base
- Cure Domiciliari Integrate di primo, secondo livello, terzo livello
- Cure Domiciliari Palliative

Pertanto si richiamano gli atti regionali di regolazione del sistema di cure domiciliari, ossia la delibera di giunta n. 41/2011, il il DCA 1/2013 e il DD 524/ 2023 per la definizione del sistema di accesso e dei profili di cura e si riportano schematicamente.

ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI PER INTENSITÀ ASSISTENZIALE E RISORSE PROFESSIONALI MEDIAMENTE IMPIEGATE

La tabella sottostante espone in modo sintetico ed aggregato la durata media del piano assistenziale , le ore che mediamente sono programmate per la realizzazione del piano di assistenza, come da indicazioni del DCA 1/2013. Si riportano nello schema tali informazioni con lo scopo di definire un criterio omogeneo per la programmazione ma sono meramente indicative: possono variare in relazione alla valutazione effettuata dall'équipe multidisciplinare/multidimensionale e in relazione ai bisogni assistenziali. La durata del piano assistenziale può variare ma solo su motivata indicazione formulata a seguito di valutazione. Ogni evento riguardante la presa in carico dell'assistito deve essere rigorosamente riportato nel flusso siad/sinfonia che riporta gli accessi dei singoli professionisti nonché la durata e che sarà utilizzato non solo per il monitoraggio della presa in carico, ma che costituisce anche debito informativo per gli erogatori pubblici e privati ai fini della rendicontazione delle attività e quindi delle prestazioni/servizio reso.

Come già definito dal DCA 172013 e dal DD 524/2023 che disciplinano i profili di cure domiciliari si riportano di seguito le risorse medie che concorrono alla realizzazione del piano di assistenza individualizzato.

Tabella 1

Tipologia di cure domiciliari	Complessità assistenziale	N. GEA	CIA (coefficiente di intensità assistenziale)	Operatività del servizio	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC
Cure domiciliari di base	0	9	0,13	5 giorni su 7	CIA = fino a 0,13 -3accessi mensili x 3mesi = 9 (3 mesi)
CURE DOMICILIARI DI I LIVELLO (GDC 180 GG)	Bassa	25,8	0,14	5 giorni su 7	CIA = 0,14 – 0,30 Fino a 9 gea ¹ su 30 gg
	Media	38,7	0,21		
	Alta	51,6	0,28		
CURE DOMICILIARI DI II LIVELLO (GDC 180 GG)	Bassa	64,5	0,35	6 giorni su 7	CIA = 0,31 - 0,50 Fino a 12 gea su 30 gg
	Media	77,4	0,43		
	Alta	90,3	0,50		
CURE DOMICILIARI DI III LIVELLO (GdC 90)	Bassa	45,15	0,50	6 giorni su 7	CIA = 0,51 – 0,64 Fino a 18 gea su 30 gg.
	Media	51,6	0,57		
	Alta	58,05	0,64		

Nel programmare gli accessi si deve tener conto che una giornata effettiva di assistenza potrebbe prevedere più accessi di una o più figure professionali; la tabella riportata è indicativa e non vincolante ai fini della gestione del progetto assistenziale. Deve essere utilizzata come criterio per rendere omogenea la presa in carico. Inoltre si evidenzia che ad oggi il flusso informativo SIAD misura la complessità assistenziale in proporzione ai gea rilevati nel periodo di cura -inteso come durata della presa in carico e non in relazione ai singoli eventi degli accessi e alla loro durata.

CURE DOMICILIARI DI BASE

¹ Gea-giornata effettiva di assistenza ed accessi non devono essere confusi: 1 accesso al girono dà origine ad un gea ma in un giorno di assistenza si possono effettuare accessi plurimi, il valore gea è sempre 1 ma la complessità è definita dalle ricorrenze degli accessi.

Tabella 2

CURE DOMICILIARI DI BASE DD 524/2023				
FIGURE PROFESSIONALI	ORE/pai mese	DURATA PAI		ORE PAI SU 90 GG=PERIODO DI CURA
OSS	1,5	30 GIORNI RIPETIBILI	Articolati su accessi di 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
INFERMIERE	1,5		Articolati su accessi di 15 o 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
PROF.STI RIABILITAZIONE	1,5		ARTICOLATI SU ACCESSI DI 30 MINUTI FINO AD UN MASSIMO DI 3	4,5
MMG/PLS/SPECIALISTA	1			3
Totale ore di assistenza	2,5 ²			7,5

Si intende che nel rispetto del concetto per il quale le cure domiciliari di base rispondono a bisogni semplici anche ripetuti nel tempo, deve considerarsi sempre il gea -giornata effettiva di assistenza e definire il numero di accessi in relazione al bisogno. Pertanto il numero di accessi può variare pur nel rispetto del cia (gea/gdc) pari a 0 ossia a 0,14 in questo caso

¹ Le figure professionali fatto salvo il mmg/pls sono alternative tra loro, salvo diverse indicazioni sempre formulate dall'équipe di valutazione multidisciplinare.

Di seguito si riporta il numero medio di ore di prestazioni per figure professionali per ogni profilo di cura, escluso MMG/PLS . Si prende in considerazione la durata media del progetto di assistenza che varia secondo quanto definito indicativamente dal Ministero della Salute con il documento Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione a domicilio, si rinvia al DCA 1/2013, e si specifica che i valori riportati sono indicativi e suscettibili di valutazione da parte dell'équipe che valuta e prende in carico l'utente. .

CURE DOMICILIARI

Tabella 3

PROFILO CURE DOMICILIARI		Durata MEDIA PAI	Ore di assistenza altre figure ³ nel percorso	Ore mediamente garantite di assistenza medico specialista nel percorso ⁴
Base	Base	90 gg	7,5	0-1
Primo livello	Basso	180 gg	57,5	3
	Medio		86,3	3
	Alto		112	3
Secondo livello	Basso	180 gg	142	7
	Medio		175,5	9
	Alto		207	11
Terzo livello	Basso	90 gg	145,4	9
	Medio		153,5	9
	Alto		161,6	10,5

IL SISTEMA TARIFFARIO PER LE CURE DOMICILIARI PER ACCESSI

In attesa di un sistema univoco di tariffazione nazionale, si individua quale sistema per la remunerazione delle prestazioni e dei costi sostenuti, il costo per accesso per ogni singolo

² Si noti che il numero di ore è indicativo, pertanto il conteggio non è la somma aritmetica dei singoli valori esposti. Trattasi di una media indicativa. Il limite teorico ma non pratico da considerare ai fini della programmazione è il cia.

³ Sono ricompresi gli operatori sociosanitari, gli infermieri, i terapisti della riabilitazione e ove previsti l'assistente sociale e lo psicologo

⁴ Sono escluse le valutazioni di accesso al percorso

professionista, sia per cure domiciliari di base sia per cure domiciliari di livello I,II,II , per le palliative si segnala che è già avviata la concertazione per la definizione di una tariffa nazionale).

La tariffa è stata determinata a partire dal costo annuo lordo delle singole figure professionali dei a partire dai principali CCNL di settore (AIAS, ANFFAS, AIOP) , l'importo è stato riportato alle ore di lavoro mediamente eseguite e alla durata degli accessi definiti in minuti. *Inoltre, sono stati riconosciuti costi per la percorrenza media definita in relazione alla distanza/percorrenza*, dei costi del carburante, costi di gestione, ulteriori fattori produttivi.

I costi sono esposti per singolo accesso differenziato per durata per ogni singola professionista, coerentemente con il DCA 1/2013 e il DD 524/2023 e tenuto conto di esigenze organizzative rilevate nel corso degli anni di applicazione del DCA 1/2013.

Per differenziare le tariffe in relazione all'area geografica di riferimento si è giunti alla determinazione di individuare tre diverse aree , denominate AREA URBANA, AREA INTERMEDIA,AREA PERIFERICA⁵.

Per la zona urbana/cintura i tempi medi sono calcolati in 15 minuti, per l'intermedia in 35, per la zona periferica in 50 minuti di percorrenza. Occorre che le Aziende in relazione alla macro classificazione delle aree interne verifichino la ubicazione dei comuni dell'area interna, secondo il criterio mutuato dal Dipartimento Nazionale, valutando la presenza sul proprio territorio di comuni/aree con particolari disagi determinati dall'isolamento e dai tempi di percorrenza; tutto ciò va comunque valutato con la consapevolezza che la graduazione per fasce comporta un costo aggiuntivo e si potrebbe configurare un aggravio in termini di spesa che deve essere motivato e supportato dall'evidenza.

Nell'effettuare tale distinzione le asl dovranno anche valutare la configurazione del distretto e non la dislocazione dell'organizzazione erogatrice accreditata.

Tariffe per accessi

FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO		
			Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Infermiere	Tutti i livelli	15'	18,51	29,59	38,56
		30'	26,00	36,7	45,38
		45'	33,48	41,78	52,86
		60'	40,97	49,27	60,35
		90'	53,95	64,25	75,33

FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO		
			Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Professionisti della riabilitazione	Tutti i livelli	30'	25,00	35,7	44,38
		45'	32,48	40,78	51,86
		60'	39,97	48,27	59,35
		90'	54,95	63,25	74,33

⁵ Per definire le aree si è partiti dalla classificazione "Aree Interne" - rappresentate da quei Comuni significativamente distanti dai centri di offerta dei servizi essenziali che hanno subito nel corso del tempo un processo di marginalizzazione e declino demografico e le cui importanti potenzialità vanno recuperate e valorizzate con politiche integrate- e si è tenuto conto della classificazione effettuata nel tempo dal Dipartimento Politiche di Coesione e Sud/ SNAI-Strategia Nazionale Aree Interne. Si rinvia agli atti deliberativi regionali che definiscono le aree interne: con Delibera 600/2014 la Regione Campania ha definito 4 aree interne-alta Irpinia, Cilento interno, Tammaro, vallo di diano, alle quali si sono aggiunte le aree interne Seta-definite con delibera 18/2022, l'Alto Matese, individuata con delibera 602/21, e il Fortore, individuato con delibera 426/2022.Si richiamano altresì le mappe aree Interne e comuni dello SNAI. Secondo la Strategia nazionale per le aree interne (SNAI), tutti i comuni italiani -non solo quelli già ricompresi nelle aree interne-sono classificati in relazione ad una serie di parametri. La Mappa delle Aree interne è uno strumento che guarda all'intero territorio italiano nella sua articolazione a livello comunale, identifica i Comuni valutando un'offerta congiunta di tre tipologie di servizio (salute, istruzione e mobilità) e li classifica in Poli/Poli intercomunali e rappresenta tutti gli altri Comuni in base alla loro distanza da questi (in termini di tempi effettivi di percorrenza stradale), classificandoli in quattro fasce a crescente distanza relativa (Cintura, Intermedi, Periferici, Ultra-periferici) e, quindi, con un potenziale maggior disagio nella fruizione di servizi.

TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO					
FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Operatore socio-sanitario	Tutti i livelli	30'	22,75	31,4	38,88
		45'	27,54	35,64	45,12
		60'	33,78	41,88	51,36
		90'	46,26	54,36	63,84

TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO					
FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Medico specialista	Tutti i livelli	60'	57,23	68,68	83,96
		90'	77,75	90,20	105,48

TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO					
FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Dietista	Tutti i livelli	30'	20,69	30,39	38,32
		45'	27,39	34,34	45,02
		60'	34,10	41,65	51,73

TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO					
FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Assistente sociale	Tutti i livelli	30'	20,69	30,39	38,32
		45'	27,39	34,34	45,02
		60'	34,10	41,65	51,73
		90'	47,52	55,07	65,15

TARIFFA AD ACCESSO ESPRESSE IN EURO					
FIGURA PROFESSIONALE	Livello di cure domiciliari	Durata accesso in minuti	Urbana/cintura	Intermedia	Periferica
Psicologo	Tutti i livelli	45'	28,63	36,48	46,96
		60'	35,65	43,5	53,98

La tariffa comprende i costi per:

- kit infermieristico minimo , comprensivo di dispositivi di protezione, siringa, kit prelievo ematico/biumorale, garze, disinfettante e di ogni altra dotazione prevista al requisito 2.7 AU dei requisiti minimi autorizzativi approvati con la DGRC 21/2023 e sss.mm.ii.;

- costi necessari a garantire il rispetto dei requisiti previsti dalla delibera 21 e 71/2023 requisiti organizzativi stabiliti con delibera 28/2024, ogni altro costo utile a garantire le attività di cure domiciliari e il livello richiesto

-costi di struttura, gestione del servizio, attività di coordinamento e centrale operativa

Non sono ricompresi i costi dei farmaci e i costi della NAD e preparati nutrizionali, le medicazioni avanzate, ausili protesici.

PRESTAZIONI ULTERIORI

Sono stati inoltre individuati costi ulteriori che le singole aziende sanitarie nell'ambito delle attività di esternalizzazione del servizio prima della definizione del percorso di autorizzazione ed accreditamento per l'erogazione di cure domiciliari, hanno richiesto.

Trasporti in ambulanza di base, tipo B, pazienti non deambulanti in carico nelle Cure Domiciliari verso i presidi ospedalieri dell'ASL o altre strutture dell'ASL e fuori il territorio dell'ASL ma nell'ambito della Regione Campania, per effettuare prestazioni e/o esami strumentali non erogabili a domicilio e viceversa, o nel caso di ricoveri temporanei o trasferimento ad altre strutture su indicazioni del case manager/referente aziendale

Costo unitario trasporto (andata e ritorno) ambito cittadino	Costo unitario trasporto (andata e ritorno) entro 100 Km	Costo unitario per trasporto (andata e ritorno) oltre 100 Km
€ 60,00	€ 100,00	€. 100,00 + rimborso chilometrico per i Km eccedenti (100)

PRESTAZIONE domiciliare di diagnostica	TARIFFA unitaria a prestazione
VISITA CARDIOLOGICA CON ECG	150,00
ECOGRAFIA	150,00

Come da indagine di mercato

CAMPO DI APPLICAZIONE e VALIDITA'

Le presenti tariffe si applicano alle cure domiciliari erogate in forma aggregata dai soggetti erogatori privati accreditati per l'erogazione di cure domiciliari, contrattualizzati dalle singole Aziende sanitarie locali.

Non si intendono applicabili ad altre forme di assistenza domiciliare.

Le presenti tariffe sono valide fino ad eventuale approvazione del sistema di tariffazione massimo previsto dal Ministero, ossia fino all'entrata in vigore di ulteriori indicazioni emanate dal Ministero della Salute e/o dai Ministeri competenti in materia di tariffazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

L'eventuale revisione del modello di tariffazione sarà possibile non prima di 18 mesi dalla loro prima applicazione e comunque solo a seguito di valutazione dell'organo regionale e subordinato ad un'attività di monitoraggio delle attività svolte e realizzate.

Si intendono tali tariffe valide anche per l'erogazione delle cure domiciliari palliative esclusivamente nel periodo di transizione fino alla approvazione del sistema di accreditamento per le cure domiciliari palliative.

Nel caso di eventuale ricorso alle prestazioni di telemedicina, si fa riferimento alla disciplina di settore sia per la natura, durata e costi delle prestazioni.

ALLEGATO B -FASE CONTRATTUALE

Come noto, a seguito della modifica al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 intervenuta con la L. 30 dicembre 2020, n. 178, è stata estesa l'applicazione del sistema della autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari

L'art. 8 quater del citato decreto legislativo, così come modificato, stabilisce infatti che *“l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché **alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari**, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”*

Il successivo comma quinquies – modificato dalla Legge 118/2022 – rinvia, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, a procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. *La novella norma stabilisce che “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; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7”*

La Delibera della Giunta Regionale n. 71 del 21/02/2023, contenente, a parziale modifica della DGRC 21/2023, la *“Definizione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari”*, stabilisce che *“gli accordi contrattuali di cui all'art. 8, quinquies del D.lgs. 502/92 e smi saranno sottoscritti con le ASL territorialmente competenti, a seguito di procedure comparative per l'individuazione degli operatori economici cui affidare l'erogazione delle Cure Domiciliari, ai sensi del Decreto del Ministero della salute 19 dicembre 2022, pubblicato in G.U. n.305 del 31.12.2022”*. La stessa Delibera stabiliva che *“nelle more del completamento delle procedure di cui sopra, le ASL potranno continuare ad avvalersi dei soggetti privati cui hanno affidato i servizi delle cure domiciliari, secondo quanto previsto dal Codice degli Appalti ovvero dai contratti sottoscritti, fermo restando il divieto di indire nuove gare o stipulare nuovi contratti con i predetti erogatori”*.

Detta statuizione trova fondamento nell'art. 5 del citato DM Salute 19 dicembre 2022, a mente del quale: *“1. **Le regioni e le province autonome adeguano il proprio ordinamento alle disposizioni di cui all'art. 8-quater, comma 7 e all'art. 8-quinquies, comma 1-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 entro il termine di nove mesi dalla data di pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana**”, espressamente disponendo che: “**Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, continuano ad applicarsi i precedenti criteri ai fini dell'accreditamento e per la stipula degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. Gli accordi contrattuali stipulati prima dell'adeguamento degli ordinamenti regionali ai sensi del comma 1 restano efficaci fino alla scadenza contrattualmente stabilita**” (art. 5, co. 3).*

Va premesso che l'applicazione del novellato art. 8-*quinquies*, co. 1-*bis* (nonché dell'art 8-*quater*, co. 7), e del d.lgs. n. 502/92 è stata differita **al 31/12/2024**, con il comma 7-*bis* dell'art. 4 del D.L. 30 dicembre 2023, n. 215, introdotto dalla legge di conversione 23 febbraio 2024, n. 18 (***“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-*quinquies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è prorogato al 31 dicembre 2024”***).

A ciò si aggiunga che già con nota prot. 11/10/2024.1153337.U della Commissione Salute delle Regioni è stato rappresentato che *“Le Regioni e Province Autonome, considerata la complessità delle iniziative poste in essere, unitamente alla necessità di un fattivo coordinamento e supporto da parte di Codesta Direzione, convengono nel rappresentare alla S.V. come l'adeguamento richiesto debba considerarsi come progressivo a partire dal 1° gennaio 2025 e non già completato in tutte le sue fasi”*.

Infine l'art. 36 della Legge 16 dicembre 2024, n. 193 “Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2023” ha disposto la sospensione dell'efficacia delle disposizioni in materia di accreditamento e di accordi contrattuali con il Servizio sanitario nazionale, con la seguente disposizione:

*1. Al fine di procedere a una revisione complessiva della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale e la stipulazione degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, l'efficacia delle disposizioni di cui agli articoli 8-*quater*, comma 7, e 8-*quinquies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 dicembre 2022, adottato ai sensi del medesimo articolo 8-*quater*, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992, è sospesa fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, istituito ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), da sottoporre ad apposita intesa nell'ambito della medesima Conferenza permanente, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2026.*

Appare ovvio che, allorquando gli ordinamenti regionali saranno adeguati alle nuove disposizioni, le procedure selettive dovranno avvenire solo tra organizzazioni accreditate tenendo conto dei criteri di cui al DM 19.12.2022. Sul punto, si richiama il TAR Toscana che con sentenza n. 331/2019 ha ribadito questi principi, affermando, a corollario, che pur non essendo, quello delle prestazioni del sistema sanitario nazionale, un "libero mercato" (per l'indubbio e primario rilievo che nell'ambito del sistema hanno le strutture pubbliche, per la vigenza del metodo dell'accreditamento e per la prevista remunerazione a tariffa), nondimeno le strutture private accreditate svolgono servizi di rilievo economico e sono assoggettate ai principi del Trattato UE di cui all'art. 49 e 56, ossia quello del libero stabilimento delle imprese e della libera prestazione di servizi all'interno dell'Unione. Aver richiamato i principi del Trattato non significa però obbligo di applicazione delle direttive UE 23, 24 e 25/2014 e del codice dei contratti pubblici, aventi a oggetto procedure di scelta dirette alla "acquisizione" di servizi o forniture sul mercato (come recita l'articolo 1 del d.lgs. n. 50/2016), posto che, nel caso di specie, gli operatori economici interessati non sono selezionati dal "mercato" ma sono comunque quelli, e solo quelli, già destinatari di un provvedimento di natura concessoria, qual è l'accreditamento istituzionale, in forza del fabbisogno sanitario stabilito secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Se è da ritenersi corretto il non assoggettamento dei servizi sanitari alla Direttiva Bolkenstein (Direttiva 2006/123/CE), e alla liberalizzazione delle attività dalla stessa prevista, tuttavia la novella introdotta dalla Legge 118/2022 non limita l'impresa privata, ma introduce condizioni e presupposti per svolgere l'attività sanitaria in convenzione con il SSN, **previa**

individuazione degli operatori attraverso meccanismi di selezione di carattere concorrenziale; ciò a protezione, rispettivamente, della salute dei cittadini, e dell'efficienza del mercato medesimo, a tutto beneficio anche del buon andamento dell'azione amministrativa (*e dunque in assenza di contrasto anche con l'art. 97 della Costituzione, contrariamente a quanto dedotto dalla ricorrente*).

Tanto premesso, nel rispetto della autonomia della singola Azienda, è comunque ipotizzabile che, a seguito della definizione del sistema tariffario ed assegnazione dei budget per le prestazioni de quibus, in presenza di più soggetti accreditati per le prestazioni di Assistenza Domiciliare integrata, le AA.SS.LL. possano procedere a procedure selettive – secondo le disposizioni vigenti - rivolte, esclusivamente, alle organizzazioni private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i. per attività di cui in argomento , nei limiti di spesa definiti dalla Regione per le singole Aziende.

A tal riguardo si ritiene che la modifica operata al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 dalla L. 30 dicembre 2020, n. 178 (che, come già rappresentato, ha esteso l'applicazione del sistema della autorizzazione all'esercizio e dell'accredimento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari) non consenta di affidare detto servizio a soggetti al di fuori del sistema delineato dall'art. 8 bis e ss. del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii.