

REGIONE
ABRUZZO



DIPARTIMENTO SANITA'

**FABBISOGNO DI ACCREDITAMENTO
DI ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE
E PRIVATE CHE EROGANO CURE DOMICILIARI**

Sommario

1.	Premessa	2
2.	Riferimenti normativi e amministrativi regionali sul fabbisogno	3
3.	Analisi di contesto	3
4.	Nota Metodologica per la determinazione del fabbisogno di accreditamento ADI	5
a)	Calcolo dei <i>coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti</i>	9
b)	Dati relativi agli assistiti under 65 da flusso SIAD 2024:	12
c)	Popolazione intera (under65+over65)	13
5.	Valutazione di impatto economico	15

1. Premessa

L'art. 22 del DPCM 12/01/2017 stabilisce che Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Ai sensi del DPCM LEA e cure domiciliari sono articolate, in relazione al bisogno di salute dell'assistito, al livello di intensità e alla criticità e complessità del caso, in

a) cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14)¹: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base sono attivate con le modalità previste dalla Regione

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello (CIA compreso tra 0,14 e 0,30): costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Sono attivate con le modalità definite dalla regione anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali.

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello (CIA compreso tra 0,31 e 0,50): costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Sono attivate con le modalità definite dalla regione anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali.

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^o livello (CIA maggiore di 0,50): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Le cure domiciliari integrate di I, II e III livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalla regione. Per tutti i livelli di ADI il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

L'intensificazione della presa in carico con assistenza domiciliare, in quanto espressione del potenziamento dell'assistenza territoriale, è stato uno degli obiettivi della Missione 6 del PNRR, Componente 1, Investimento 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» che ha programmato la presa in carico di almeno al 10% dei soggetti assistiti regionali over 65 anni alla data del 31 dicembre 2025.

Per l'attuazione dell'obiettivo, il Decreto del Ministero della Salute 23 gennaio 2023, come modificato dal D.M. 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 (AD1)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ha ripartito le risorse relative all'investimento M6-C11.2.1 per il periodo 2023-2025.

¹ il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA=GEA/GDC) misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” indica, per l’assistenza domiciliare, lo “Standard: - 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente”.

Il presente provvedimento effettua una programmazione considerando il target PNRR/DM 77 e, in continuità con quanto stabilito nella Deliberazione di G.R. 32/2024, definisce un fabbisogno di autorizzazione e accreditamento, in quanto espressamente riferito agli obiettivi nazionali di assicurazione dei LEA in materia di cure domiciliari.

2. Riferimenti normativi e amministrativi regionali sul fabbisogno

- L.R. n. 5 del 10 marzo 2008, Piano sanitario regionale 2008-2010.
- L.R. 31/07/2007 n. 32, come modificata e integrata, e in particolare art. 2, comma 1 bis, inserito dall'articolo 26, comma 32, lettera b), numero 3), della L.R. 25 gennaio 2024, n. 4, che stabilisce che le strutture per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di assistenza domiciliare sono assoggettate all'autorizzazione all'esercizio.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 693 del 18 settembre 2018, recante D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” Presa d’atto e approvazione del Documento tecnico <<AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI>>”.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 32 del 18/01/2024, di “Preso d’atto ed approvazione del documento tecnico <<Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento strutture socio-sanitarie preposte all’assistenza domiciliare – Percorso metodologico>> ed ulteriori disposizioni”.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 272 del 17/05/2024, di “Preso d’atto e approvazione del nuovo Manuale di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle cure domiciliari (ADI) e ulteriori disposizioni”.

3. Analisi di contesto

I dati relativi all’assistenza domiciliare descrivono, attualmente, una situazione di presa in carico in linea con gli obiettivi stabiliti dalla normativa vigente¹.

Si fa riferimento in particolare:

al target previsto dall’indicatore NSG LEA, per cui si riporta la tabella seguente, riferita agli anni 2021/2022/2023:

Assistenza domiciliare NSG LEA	2021	2022	2023	Indicatore (D22Z)
Tasso di soggetti assistiti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza	2,86	3,02	3,81	Sufficienza: ≥ 2,6 Val. atteso: ≥ 4
Tasso di soggetti assistiti trattati in ADI CIA2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	6,35	6,50	7,71	Sufficienza: ≥ 1,9 Val. atteso: ≥ 2,5
Tasso di soggetti assistiti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	4,14	4,61	5,03	Sufficienza: ≥ 1,5 Valore atteso: ≥ 2

al target PNRR - Missione 6 Salute - Monitoraggio Agenas - aggiornamento al 30/06/2025:

SERVIZI ADI	Copertura servizio ADI
-------------	------------------------

¹ Verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza – Riunione 10/7/2025

Totale Regione	100%
----------------	------

La D.G.R. 693/2018 ha individuato un fabbisogno di tipo prestazionale, determinato sulla popolazione over 65 e disabile, differenziando le prestazioni in livello base, CIA 1, CIA 2 e CIA 3 per Azienda Sanitaria Locale e per Regione.

La Deliberazione di G.R. 32/2025 ha previsto il fabbisogno di autorizzazione e di accreditamento sulla base di uno standard di 1.000 prese in carico, inteso come valore teorico minimo di riferimento finalizzato a garantire condizioni di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare, in rapporto alla composizione quantitativa e qualitativa del personale necessario.

Il provvedimento ha definito la stima del fabbisogno di autorizzazione e di accreditamento per il periodo 2023/2025 sulla base della popolazione di riferimento, costituita da

anziani → target DM 23/01/23

palliativi → target L. 38/2010

Altri casi di ADI generale → ipotesi di crescita del 2%

La popolazione ottenuta, suddivisa per il parametro di 1000 PIC, ha definito il numero di punti di erogazione massimi per anno.

La Deliberazione di G.R. 272/2024 ha stabilito di convertire il fabbisogno di autorizzazione e accreditamento dei punti erogativi di cure domiciliari, approvato con DGR 32/2024, in fabbisogno di solo accreditamento istituzionale, con rilascio non subordinato al bando regionale ai sensi del comma 1-bis dell'art. 6 della L.R. 32/2007, vista l'approvazione del P.O.R. ADI con DGR 259 dell'11.5.2023.

Il Tavolo di monitoraggio, osservando la DGR 32/2024, ha richiesto che la definizione del fabbisogno fosse articolata relativamente ai livelli di intensità e complessità dell'assistenza, con esplicitazione dei dati e delle modalità di calcolo utilizzati.

Nella determinazione del fabbisogno occorre considerare che l'attuale servizio di assistenza domiciliare, con l'eccezione delle cure domiciliari palliative¹, è svolto quasi esclusivamente con il ricorso a soggetti privati, per l'attività dei quali le Aziende USL assicurano attualmente l'organizzazione complessiva dell'attività e i controlli.

A tal proposito, occorre considerare che la gestione del servizio è attualmente in capo ai soggetti privati aggiudicatari della Gara Europea a procedura aperta bandita per l'affidamento del "Servizio di cure domiciliari" per i pazienti residenti nel territorio della Regione Abruzzo nell'anno 2022, che assicurano l'esecuzione di buona parte delle prestazioni attualmente rese sul territorio regionale e ricomprese nel presente documento. A tal riguardo, va precisato che il fabbisogno regionale stimato nel presente documento è quello teorico totale, e conseguentemente che i punti erogatori che derivano dallo stesso (paragrafo 4.3 lettera d) sono da intendersi come totali e non aggiuntivi.

E' necessario programmare, nel triennio di riferimento, un progressivo aumento delle prese in carico da parte delle strutture pubbliche, che potrà essere implementata gradualmente e che pertanto è stimata, in fase di prima applicazione, nella misura corrispondente al 30% dei punti erogatori previsti dal presente documento di fabbisogno (cfr. paragrafo 4.3 lettera d). Nel corso del triennio di riferimento la percentuale di riserva pubblica potrà essere ulteriormente incrementata in relazione alla capacità espressa dalle Aziende USL di aumentare la propria offerta, con l'obiettivo di pervenire alla misura del 50% di punti erogatori pubblici.

¹ Verificare con le Aziende USL/integrare o correggere

4. Nota Metodologica per la determinazione del fabbisogno di accreditamento ADI

4.1 Fonti

Il fabbisogno regionale e aziendale di cure domiciliari è stimato tenendo presenti i seguenti dati e indicatori:

- target ADI da DM 77/2022 e PNRR;
- valori attesi di riferimento per l'assistenza domiciliare da Nuovo Sistema di Garanzia LEA (Indicatore D22Z) relativamente al tasso di soggetti assistiti trattati in ADI CIA1 – CIA2 – CIA3.
- Previsioni ISTAT della popolazione residente nel 2028 con età ≥ 65 per Regione e Provincia (ASL);
- prese in carico per assistenza domiciliare della popolazione nell'anno 2024 e anno 2023 (fonte: Flusso informativo SIAD - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare - da NSIS);
- prese in carico nel flusso SIAD 2024 per soggetti assistiti Under65 (report SIAD04 da NSIS)

4.2 Descrizione del procedimento di definizione del fabbisogno

Il percorso logico seguito prevede

- 1) **la definizione del fabbisogno di Prese in Carico**, con distinzione dei livelli di intensità dell'assistenza e di ASL;
- 2) **l'individuazione di punti erogatori**, che esprimono il valore teorico minimo di riferimento finalizzato a garantire condizioni di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare, in rapporto alla composizione quantitativa e qualitativa del personale necessario, come definito nella Deliberazione di G.R. 693 del 18/09/2018.

Definizione del fabbisogno di prestazioni

Criteria generali

a)

Per la definizione del fabbisogno nel triennio si assumono a riferimento:

i dati ISTAT sulla previsione di popolazione residente over 65 riferiti al 2028

i dati relativi agli assistiti under 65 da flusso SIAD 2024

Per gli under 65 si considerano gli assistiti 2024, in quanto dai dati ISTAT¹ si rileva un decremento nel 2028 rispetto al 2024 (921.435 nel 2028 → 943.949 del 2024). In assenza di parametri specifici di riferimento, il mantenimento del dato attuale garantisce una valutazione prudentiale della necessità di presa in carico, senza procedere ad ulteriore incremento.

b)

Le Prese in carico (PIC) rilevate dal flusso SIAD con GdC = 0 sono escluse dal fabbisogno, in quanto tale livello non è assimilabile a quelli previsti dall'art. 22, DPCM LEA, coerentemente con le note interpretative SIAD. Si considerano invece le Prese in carico relative al "CIA base" per misurare nell'assistenza domiciliare il fabbisogno derivante da Prese in Carico con CIA fino a 0,13.

c)

Nel considerare i dati SIAD, si è utilizzato il report SIAD04 che rileva le **prese in carico** (PIC) con il dettaglio del livello di intensità e di ASL, ma non quantifica direttamente i soggetti assistiti. Per parametrare il dato SIAD

¹ <https://demo.istat.it/app/?i=PPC>

con flussi/dati che si basano sul numero dei soggetti assistiti è stato pertanto individuato un **coefficiente**, denominato **coefficiente di conversione prese in carico-soggetti assistiti**, per ciascun livello di assistenza CIA 1 – CIA 2 – CIA 3.

Per il calcolo dei coefficienti si è fatto riferimento ai dati SIAD dell'anno 2023, in quanto ultimo anno rispetto al quale il NSG del Ministero ha pubblicato i dati relativi dell'indicatore NSG D22Z relativi al tasso di soggetti assistiti trattati in ADI per i tre livelli CIA 1 – CIA 2 – CIA 3 nella Regione Abruzzo.

Il coefficiente di conversione è stato applicato ai dati SIAD 2024, ottenendo il numero dei soggetti assistiti nell'anno 2024.

d)

Per il livello CIA base si considera il numero di soggetti assistiti del 2024, incrementato per gli Over65 in maniera proporzionale all'aumento della popolazione Over65 e mantenuto costante per gli Under65.

Per i restanti livelli (CIA1, CIA2 e CIA3) è possibile applicare direttamente i tassi dei valori attesi NSG come benchmark per determinare il numero di soggetti assistiti.

Calcolo popolazione da assistere

Assistiti over 65

Per la popolazione ≥ 65 si assume a riferimento il target PNRR/DM77 = 10% popolazione ≥ 65 , applicato alla popolazione prevista (dati ISTAT) per l'anno 2028.

Applicando i benchmark NSG, secondo il criterio generale di cui sopra, lettera d), è possibile determinare il numero di soggetti assistiti over 65 per livello di intensità.

Assistiti under 65

Per la popolazione under 65 si assume il dato del flusso SIAD 2024, determinando il numero dei soggetti assistiti con applicazione del "coefficiente di conversione prese in carico-soggetti assistiti".

Applicando i benchmark NSG, secondo il criterio generale di cui sopra, lettera d), è possibile determinare il numero di soggetti assistiti under 65 per livello di intensità.

La somma dei dati ottenuti per popolazione under 65 e over 65 individua il fabbisogno complessivo, distinto per intensità assistenziale e provincia (ASL), nel periodo di riferimento.

Applicando i tassi di PIC per assistito, è possibile determinare il fabbisogno di PIC (distinto per intensità assistenziale e provincia (ASL), nel periodo di riferimento).

Cure palliative domiciliari

Nella determinazione del numero di PIC complessivo, calcolato come di seguito, si considera compreso il target relativo alle cure palliative domiciliari, che, ai sensi di legge, si articolano nel livello base (interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale) e interventi specialistici (interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore).

A riguardo le recenti deliberazioni di G.R. che hanno definito – in termini generali – il fabbisogno di cure palliative¹ (D.G.R. 953/2024 "Linee di indirizzo delle cure domiciliari" e D.G.R. 56/2026 "Piano di potenziamento delle cure palliative in età adulta e pediatrica l. 38/2010") un target di lungo periodo (al 2028) di oltre 10 mila prese in carico

¹ Art 5, comma 4 bis, L. 38/2010 *Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.*

palliative non specialistiche (da gestire anche con il contributo delle cure primarie e delle strutture residenziali territoriali per anziani) e in 4.291 PIC palliative adulto e 54 pediatriche, da raggiungere entro il 2028, in setting domiciliare o in hospice. La D.G.R. 56/2026 conferma l'aumento dei Posti letto in Hospice, con circa n. 1400 pazienti assistiti negli Hospice nel 2028. Su tale base, il carico di cure palliative domiciliari specialistiche stimato al 2028 dovrebbe ammontare a circa n. 2.800 assistiti.

Con riferimento al livello specialistico le Aziende USL regionali indicano, allo stato attuale, un dato di presa in carico variabile tra il 10%-15% e il 30% delle prese in carico totali in CIA 3.

Individuazione di punti erogatori

L'individuazione dei punti erogatori si basa su quanto stabilito nel Documento tecnico allegato alla Deliberazione di G.R. n. 693 del 18/09/2018 relativamente allo standard minimo organizzativo di figure professionali per le prestazioni erogate in cure domiciliari. Tale standard è riferito a *1.000 Prese in Carico tenuto conto dei diversi livelli di intensità assistenziale rilevati*.

Lo standard costituisce il livello minimo di riferimento per l'identificazione del punto erogatore, con la precisazione che le organizzazioni possono, in relazione ai requisiti di autorizzazione e accreditamento posseduti, assorbire più di un punto erogatore.

Poiché lo standard di 1000 prese in carico è stato definito tenuto conto dei diversi livelli di intensità assistenziale rilevati, si stima che ciascun punto erogatore debba assicurare prestazioni in CIA base – CIA 1 – CIA 2 – CIA 3 con una composizione specifica come dettagliata nel relativo paragrafo.

Le PIC totali sono suddivise per 1000 (n. standard *Prese in Carico tenuto conto dei diversi livelli di intensità assistenziale*), ottenendo il numero totale di punti erogatori per il periodo di riferimento.

A seguire sono riportati i dati e le tabelle che esplicitano la metodologia di calcolo utilizzata.

4.3 Metodologia di calcolo

Da NSIS -Dashboard – Indicatori Lea – Assistenza Domiciliare è possibile scaricare il seguente report SIAD04, che è l'unico che mostra il numero di prese in carico con il dettaglio per ASL e per livello di intensità, con la suddivisione anche per fasce di età (over65 e under65).

(indicatore17 SIAD04 su https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/NSIS_SIAD_IndicatoriBusiness_SchedeDescrittive_v_marzo2024-ok.pdf)

SIAD04 - Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura - Anno 2024 - Dettaglio Asl -

Regione : ABRUZZO

Data Aggiornamento: 06/02/2026

Codice ASL	Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2024
		Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	2.454	8,56	2.124	7,41	1.761	6,14	1885	6,57179153	453	1,58	859	2,994784403	9.536	286.832
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	5.065	13,64	1.633	4,40	2.437	6,56	3.411	9,188646055	625	1,68	1.058	2,850069635	14.229	371.219
203	ASL PESCARA	2.675	8,57	1.768	5,66	1.456	4,66	3.053	9,77754719	498	1,59	1.071	3,429987894	10.521	312.246
204	ASL TERAMO	2.467	8,24	1.323	4,42	3.011	10,06	5.245	17,52574564	809	2,70	2.277	7,608412358	15.132	299.274
TOTALE 130 - ABRUZZO		12.661	9,97	6.848	5,39	8.665	6,83	13.594	10,707554	2.385	1,88	5.265	4,1470702	49.418	1.269.571

OVER 65

Codice ASL	Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2024
		Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	2.385	31,48	1.937	25,57	1.554	20,51	1.649	21,76667811	356	4,70	685	9,041949365	8.566	75.758
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	5.025	51,30	1.500	15,31	2.194	22,40	2.984	30,46638896	522	5,33	879	8,97451605	13.104	97.944
203	ASL PESCARA	2.460	31,71	1.686	21,74	1.347	17,37	2.762	35,607467	437	5,63	906	11,68007426	9.598	77.568
204	ASL TERAMO	2.338	31,45	1.259	16,93	2.777	37,35	4.732	63,64321067	726	9,76	1.878	25,25823112	13.710	74.352
TOTALE 130 - ABRUZZO		12.208	37,49	6.382	19,60	7.872	24,18	12.127	37,24257	2.041	6,27	4.348	13,352906	44.978	325.622

UNDER 65

Codice ASL	Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2024
		Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	69	0,33	187	0,89	207	0,98	236	1,118091286	97	0,46	174	0,824355439	970	211.074
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	40	0,15	133	0,49	243	0,89	427	1,562528588	103	0,38	179	0,655017839	1.125	273.275
203	ASL PESCARA	215	0,92	82	0,35	109	0,46	291	1,239996932	61	0,26	165	0,703091044	923	234.678
204	ASL TERAMO	129	0,57	64	0,28	234	1,04	513	2,280790674	83	0,37	399	1,773948302	1.422	224.922
TOTALE 130 - ABRUZZO		453	0,48	466	0,49	793	0,84	1.467	1,5541094	344	0,36	917	0,9714508	4.440	943.949

Questi dati sono sempre disponibili e aggiornati periodicamente su NSIS; pertanto consentono di monitorare il fabbisogno definito e di valutare il relativo aggiornamento.

a) *Calcolo dei coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti*

Effettuando un approfondimento sui dati dell'anno 2023 è possibile calcolare il *coefficiente di conversione prese in carico-soggetti assistiti*, ovvero un coefficiente che permette di trasformare il numero di Prese in Carico (PIC) in numero di soggetti assistiti (e viceversa). Si precisa che solo per il calcolo dei coefficienti si utilizzano i dati dell'anno 2023 perché rispetto a questi è attualmente disponibile il monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia LEA (NSG), da cui si desume per l'Abruzzo il tasso di soggetti assistiti trattati in CIA1, CIA2, CIA3, necessario al calcolo del coefficiente.

Dal report SIAD04 NSIS estrapoliamo i dati totali delle PIC erogate per CIA1, CIA2 e CIA3 (incluso in CIA3 anche i valori CIA4, come da DPCM LEA e DM77).

SIAD04 - Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura. - Anno 2023 - Dettaglio Asl -

Regione : ABRUZZO

Data Aggiornamento: 30/01/2026

Codice ASL	Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2023
		Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
201	ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	1.190	4,13	1.169	4,06	1.210	4,20	1989	6,910905263	495	1,72	1304	4,530829795	7.357	287.806
202	ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	2.545	6,83	1.017	2,73	1.667	4,47	3147	8,445148132	655	1,76	1076	2,887505367	10.107	372.640
203	ASL PESCARA	1.744	5,57	583	1,86	1.452	4,64	2971	9,4886781	430	1,37	1002	3,200153301	8.182	313.110
204	ASL TERAMO	1.555	5,20	1.130	3,78	2.495	8,34	4385	14,66207021	738	2,47	1747	5,841422271	12.050	299.071
TOTALE 130 - ABRUZZO		7.034	5,53	3.899	3,06	6.824	5,36	12492	9,815916211	2.318	1,82	5129	4,030246097	37.696	1.272.627
						CIA1 6.824		CIA2 12492		CIA3 7.447					

Dal monitoraggio NSG^[1], possiamo calcolare per il 2023 il numero di soggetti assistiti.

Dividendo PIC/numero soggetti assistiti, otteniamo *i coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti*.

	Valore tasso NSG su verbale	popolazione 2023	soggetti assistiti corrispondenti	numero PIC su NSIS	coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti
CIA1	3,81	1.272.627	4849	6.824	1,407
CIA2	7,71	1.272.627	9812	12492	1,273
CIA3	5,03	1.272.627	6401	7.447	1,163
media su CIA1-2-3			21062	26.763	

[1] cfr. dati Verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza – Riunione 10/7/2025

Assistiti Over 65

Dai dati SIAD 2024 è possibile calcolare il numero di PIC per Livello di CIA. In particolare vengono elaborati i dati sul livello CIA base per ASL.

PIC da SIAD 2024					
OVER65	dettaglio OVER 65				
ASL	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	
201 AQ	1.937	1.554	1.649	1.041	
202 CH	1.500	2.194	2.984	1.401	
203 PE	1.686	1.347	2.762	1.343	
204 TE	1.259	2.777	4.732	2.604	
Abruzzo	6.382	7.872	12.127	6.389	32.770

Applicando quindi i coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti, otteniamo il numero di soggetti assistiti per ASL nel livello CIA base.

Coefficiente di conversione PIC-soggetti assistiti				
	1,407384973	1,407384973	1,273140883	1,163354933

SIAD 2024	Soggetti assistiti OVER 65				
ASL	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	
201 AQ	1.376	1.104	1.295	895	
202 CH	1.066	1.559	2.344	1.204	
203 PE	1.198	957	2.169	1.154	
204 TE	895	1.973	3.717	2.238	
Abruzzo	4.535	5.593	9.525	5.492	25.145

Dai dati ISTAT è possibile determinare l'incremento della popolazione Over 65 rispetto alla popolazione 2024.

Popolazione over65		
Provincia	01/01/2024	01/01/2028
201 AQ	75.758	80.863
202 CH	97.944	102.983
203 PE	77.568	82.949
204 TE	74.352	79.734

popolazione over65 2028vs2024

Abruzzo	325.622	346.529
----------------	---------	----------------

Incremento del 6,421%

Poiché da DM77 la Regione dovrà assistere il 10% degli over 65, l'obiettivo è assistere 34.653 soggetti assistiti over 65.

Per il livello CIA base si considera il numero di soggetti assistiti del 2024, incrementato in maniera proporzionale all'aumento della popolazione over65 (+6,421%).

Per i restanti livelli (CIA1, CIA2 e CIA3) è possibile applicare direttamente i benchmark NSG per determinare il numero di soggetti assistiti over65 per livello di intensità.

		CIA 1	CIA 2	CIA 3	
benchmark da tassi NSG		4	2,5	2	8,5
		47,06%	29,41%	23,53%	100,00%
	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	TOTALE
pazienti Over 65 da assistere nel 2028	4.826	14.036	8.773	7.018	34.653
benchmark CIA Base + NSG per Over65	13,93%	40,51%	25,32%	20,25%	100,00%

Dall'applicazione delle percentuali determinate come benchmark dal CIA base + NSG, possiamo determinare il numero di soggetti da assistere per ciascuna ASL

Popolazione over65		10%					
Provincia	01/01/2028	Obiettivo: std DM77	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	TOTALE
201 AQ	80.863	8.086	1126	3275	2047	1638	8.086
202 CH	102.983	10.298	1434	4171	2607	2086	10.298
203 PE	82.949	8.295	1155	3360	2100	1680	8.295
204 TE	79.734	7.973	1110	3230	2019	1615	7.973
Abruzzo	346.529	34.653	4.826	14.036	8.773	7.018	34.653
			13,93%	40,51%	25,32%	20,25%	100,00%

b) Dati relativi agli assistiti under 65 da flusso SIAD 2024:

Dalle tabelle SIAD04 estraiamo i dati di nostro interesse, in particolare quelli relativi alle PIC per i soggetti assistiti Under65.

PIC				
	dett UNDER 65			
ASL	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
201 AQ	187	207	236	271
202 CH	133	243	427	282
203 PE	82	109	291	226
204 TE	64	234	513	482
Abruzzo	466	793	1.467	1.261
				3.987

Applicando i coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti otteniamo il numero di soggetti assistiti under65 nel 2024

Soggetti assistiti UNDER 65					
ASL	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	Totale pazienti
201 AQ	133	147	185	233	698
202 CH	95	173	335	242	845
203 PE	58	77	229	194	559
204 TE	45	166	403	414	1.029
Abruzzo	331	563	1.152	1.084	3.131

Poiché la popolazione ISTAT under65 prevede un decremento nel 2028 vs 2024, manteniamo costante il numero di soggetti da assistere nel 2028, in particolare il totale regionale per CIA base, mentre per i restanti livelli (CIA1, CIA2, CIA3) applichiamo i tassi NSG.

benchmark da NSG		CIA 1	CIA 2	CIA 3	
		4	2,5	2	8,5
		47,06%	29,41%	23,53%	100,00%
	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	TOTALE
pazienti under65 da assistere nel 2028	331	1.317	823	659	3.131
benchmark CIA Base + NSG per Under65	10,58%	42,08%	26,30%	21,04%	100,00%

Dall'applicazione delle percentuali determinate come benchmark dal CIA base + NSG, possiamo determinare il numero di soggetti da assistere per ciascuna ASL.

Under65	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	Totale pazienti
201 AQ	74	294	184	147	698
202 CH	89	356	222	178	845
203 PE	59	235	147	118	559
204 TE	109	433	271	217	1.029
Abruzzo	331	1317	823	659	3.131
	10,58%	42,08%	26,30%	21,04%	100,00%

c) Popolazione intera (under65+over65)

Tutte le Etá	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	totale soggetti assistiti da assistere
201 AQ	1200	3569	2231	1785	8785
202 CH	1523,516274	4527	2829	2263	11143
203 PE	1214,229773	3595	2247	1797	8853
204 TE	1219,212425	3663	2289	1831	9002
Abruzzo	5157	15354	9596	7677	37784

Applicando i coefficienti di conversione prese in carico-soggetti assistiti, possiamo ottenere il numero di PIC a partire dal numero di soggetti assistiti.

Coefficiente di conversione PIC-assistito	1,407384973	1,407384973	1,273140883	1,163354933
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Tutte le Etá	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	TOTALE PIC
201 AQ	1.689	5.023	2.840	2.076	11.628
202 CH	2.144	6.371	3.602	2.633	14.751
203 PE	1.709	5.059	2.861	2.091	11.720
204 TE	1.716	5.155	2.914	2.130	11.916
Abruzzo	7.258	21.609	12.217	8.931	50.015

Definizione del mix per punto erogatore

Si considera che ciascun punto erogatore possa erogare circa 1000 PIC.

Tutte le Etá	TOTALE PIC	PIC/punto erogatore	numero punti		
			erogatori	30% <i>di cui riservato al pubblico</i>	
201 AQ	11.628	/1000	11,63	12	4
202 CH	14.751	/1000	14,75	14	4
203 PE	11.720	/1000	11,72	12	4
204 TE	11.916	/1000	11,92	12	4
Abruzzo	50.015	/1000	50,01	50	16

arrotondando a multipli di 1000	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	
Abruzzo	7.256	21.602	12.214	8.928	50.000
numero punti erogatori	/50	/50	/50	/50	
dettaglio mix PIC	145	432	244	179	1000
numero mix soggetti assistiti	103	307	192	154	755

Si determina così che un punto erogatore debba garantire annualmente:

- fino a 145 PIC per livello CIA base,
- fino a 432 PIC per livello CIA1,
- fino a 244 PIC per livello CIA2,
- fino a 179 PIC per livello CIA3.

ovvero erogare 1000 PIC nel corso dell'anno, per un numero totale di circa 755 soggetti assistiti diversi.

5. Valutazione di impatto economico

Si premette che i valori richiamati per la valutazione di impatto economico, assunti dalla DGR 693/2018, sono utilizzati nel presente documento esclusivamente per la stima di impatto, in quanto allo stato la remunerazione degli operatori economici avviene sulla scorta del contratto stipulato ad esito della procedura di aggiudicazione bandita nel 2022.

Va altresì precisato che, in relazione all'implementazione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni eroganti cure domiciliari, è in corso di definizione – a cura di ASR Abruzzo - il regime tariffario delle relative prestazioni.

E' opportuno rilevare, inoltre, che la quantificazione che segue valorizza l'impatto economico del fabbisogno totale individuato con il presente documento, e quindi stima l'onere complessivo del servizio e non un costo aggiuntivo rispetto a quello attualmente sostenuto.

Per la valutazione di impatto economico si fa riferimento preliminarmente all'analisi contenuta nella DGR 693/2018, per mezzo della quale sono stati ricostruiti i costi medi mensili delle prestazioni di assistenza domiciliare.

In particolare si fa riferimento alla tabella "Costo medio mensile reale per Profili Assistenziali" che prevede:

Costo medio mensile reale per Profili Assistenziali

Costo medio mensile	CIA 0/Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	37,09	296,84	371,58	1.191,95

I predetti valori sono stati elaborati tenendo conto dei seguenti elementi:

- Costo del personale;
- Costo del carburante;
- Costo per materiale monouso, o pluriuso o ammortamento di attrezzatura.

Alla luce dei rinnovi contrattuali medio tempore sottoscritti (CCNL 2019-2021 e 2022-2024) nonché della natura delle prestazioni rese in ambito ADI — ripartite tra assistenza di tipo infermieristico-riabilitativa (80%) e di tipo medico-assistenziale (20%) — si è proceduto all'aggiornamento dei costi medi mensili per intensità di cura, così come riportati nella tabella seguente:

Costo medio mensile aggiornato	CIA 0/Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	41,00	328,13	410,74	1.317,58

Ai fini della valutazione di impatto economico complessivo si assume una durata media dei trattamenti secondo quanto indicato dalle Aziende USL nella riunione del 24/02/2026:

Livello	Durata media
CIA Base	90 giorni
CIA 1	90 giorni
CIA 2	90 giorni
CIA 3	60 giorni

Su tali premesse il costo annuale di impatto complessivo, applicato ai dati relativi ai soggetti da assistere nel triennio, risulta essere il seguente:

<i>Costo medio annuale (PAI secondo durata media ASL)</i>	<i>CIA base</i>	<i>CIA 1</i>	<i>CIA 2</i>	<i>CIA 3</i>	<i>Totale</i>
valore medio mensile	€ 41,00	€ 328,13	€ 410,74	€ 1.317,58	
costo/mesi durata media	€ 123,00	€ 984,39	€ 1.232,22	€ 2.635,16	
soggetti assistiti	5157	15354	9596	7677	
impatto economico anno	€ 634.311,00	€ 15.114.324,06	€ 11.824.383,12	€ 20.230.123,32	€ 47.803.141,50

Tale importo trova adeguata rispondenza nell'ambito dei valori previsti dai documenti programmatici della Regione Abruzzo: € 33.462.199,05 allocati nella voce prestazioni da privato ed € 14.340.942,45, per la parte pubblica (stimata a regime nel 30% del totale) allocati nelle rispettive voci di spesa che compongono il costo della prestazione ADI come sopra riportato.