



## Monitoraggio PNRR M6C1: Assistenza Domiciliare

Da lunedì 1 luglio a venerdì 12 luglio 2024 abbiamo avuto una serie di incontri, tramite collegamenti video, per verificare con le compagne e i compagni SPI responsabili regionali delle politiche socio sanitarie lo stato di attuazione del PNRR “Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1. “Intervento casa come primo luogo di cura e Telemedicina” – **Assistenza Domiciliare (AD)**.

1. Già le risposte del [questionario CGIL, SPI, FP sull'attuazione del DM 77/22 sull'AD \(13.3.2024\)](#) segnalavano una prevalenza di affidamento dell'Assistenza Domiciliare<sup>1</sup> a privati (o una non definizione del modello): solo quattro Regioni dichiaravano che l'AD sarebbe stata assicurata dai servizi/operatori pubblici. **L'attuale verifica ci ha confermato questa preoccupante situazione.**
2. La scelta di acquistare prestazioni da privato rende molto più difficile fondare l'AD sulla presa in carico e sul Piano di Assistenza Integrato Individuale PAI (previsti esplicitamente dal DM 77/2022 [Allegati 1 e 2](#)) e dal [Piano Non Autosufficienza 2022-2024](#), che presuppongono una solida integrazione fra sanità e sociale e un forte ruolo del servizio pubblico: che occorre rivendicare anche in caso di affidamento dell'AD all'esterno, sollecitando la reinternalizzazione.

---

<sup>1</sup> In particolare la DGR dell'Umbria 537/2024 ha deliberato di realizzare l'Investimento AD grazie ad un Accordo con soggetti produttori (Confindustria, Confcoop e altri) tramite coprogettazione e coprogrammazione.

3. Va anche ricordato che è stato ripartito alle regioni il finanziamento<sup>2</sup> per l'assunzione di personale proprio per l'attuazione dell'Investimento in questione (vedi: [DM Salute 23.1.2023](#) e successive modifiche: [DM Salute 24.11.2023](#)), risorse che probabilmente sono state destinate, anziché alle assunzioni, da singole regioni/Asl all'acquisto di servizi e sul cui utilizzo è necessaria una attenta verifica.
4. Nel frattempo AGENAS, nella [Relazione 2024](#) sullo stato di attuazione della misura, ha attestato il superamento per la gran parte delle Regioni dell'obiettivo target assegnato, limitandosi ad una valutazione meramente quantitativa.
5. A questo proposito, dobbiamo ricordare che sull'Investimento PNRR in questione abbiamo sollevato serie critiche e presentato raccomandazioni anche per la contrattazione sociale: il numero di accessi a casa delle persone è basso (accessi mensili a domicilio: appena uno per il livello base, solo tre per il primo livello e sette per il secondo livello), i costi calcolati per il finanziamento riguardano una parte degli operatori e non l'intera équipe multiprofessionale, la loro adeguatezza è da verificare, l'integrazione con l'assistenza sociale (ma anche con l'attività di cura di assistenti familiari e caregiver) non è attentamente disciplinata ma solo evocata, **almeno la presa in carico della persona, la definizione e il monitoraggio del PAI deve essere in capo al servizio pubblico** tramite la équipe multiprofessionale (si veda: [SPI CGIL Come attuare il PNRR DM/77](#))

**Di seguito il Report degli incontri che sintetizza la situazione aggiornata nelle singole regioni.**

p. Il Dipartimento socio sanitario SPI CGIL nazionale  
*Antonella Cazzato, Oliviero Capuccini*

Il Segretario nazionale SPI CGIL  
*Stefano Cecconi*

---

<sup>2</sup> Risorse ripartite per AD PNRR M6C1 1.2.1: euro 2.720.000.000 complessivamente disponibili negli anni dal 2022 al 2025, provenienti dal PNRR, euro 500.028.624 ogni anno a decorrere dal 2022 provenienti da risorse autorizzate per assunzioni di personale vedi Tabella Allegato 1 [DM 23.1.2023](#)

## Report riunioni SPI regionali su PNRR M6 C1 AD Prestazioni da privati accreditati

REGIONI	Presenti alle riunioni	Risposta Questionario DM 77/2022: Prestazioni AD affidate a privati?	Report riunioni - luglio 2024 <i>N.B. sulla sintesi che segue delle riunioni con le singole regioni sono utili osservazioni, suggerimenti, precisazioni</i>
<b>1 LUGLIO</b>			
<b>Abruzzo Molise</b>	Maria Lucia Pasquale	<b>SI privati</b> Abruzzo <b>SI privati</b> Molise	<b>ADI:</b> le attività sono affidate a consorzi di Coop Sociali e sociosanitarie. Solo in minima parte le attività sono assicurate tramite personale pubblico, ogni ATS/Distretto affida le attività alle cooperative presenti sul territorio.  Non risultano atti deliberativi analoghi a quanto deciso in Umbria
<b>Marche</b>	Maria Teresa Carloni	<b>SI privati</b>	<b>ADI/SAD:</b> i tavoli tematici regionali non determinano concreti avanzamenti.  La Regione ha avviato il processo di accreditamento dei gestori privati. La situazione è fortemente disomogenea nei territori provinciali, la media degli accessi è di 16 ore annue, inferiore a quella nazionale. Solo due ATS/Distretti hanno sottoscritto Accordi di Programma.  L'INRCA di Ancona gestisce i Punti Salute che sono 50 in tutta la Regione. Si stanno ampliando le farmacie dei servizi. La Telemedicina è intesa sostitutiva del rapporto diretto con le persone.  Non risultano atti deliberativi analoghi a quanto deciso in Umbria.
<b>Calabria</b>	Carmelo Gullì	<b>Non Definito</b>	Regione commissariata da anni. I dati riportati da AGENS, non hanno riscontro sui territori. Mancano complessivamente circa 3.500 unità di personale. Le RSA e <b>le attività ADI</b> sono appaltate ai privati ed il rischio è che lo siano anche i presidi sanitari e sociosanitari territoriali del DM77/2021.
<b>2 LUGLIO</b>			
<b>Provincia A. Trento</b>	Claudia Loro	NR	<b>La gestione dell'ADI è interamente pubblica</b> , è un sistema apprezzato dai cittadini. Nell'Accordo Istituzionale di Programma è previsto il potenziamento dell'ADI. Quanto prima sarà presentata alla nuova giunta Provinciale una Piattaforma sindacale. I MMG sono restii a garantire le attività all'interno delle C.d.C. pubbliche.
<b>Campania</b>	Luigi Savio	<b>Non definito</b>	<b>Cure domiciliari:</b> già approvate le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, sui requisiti minimi autorizzativi, sui requisiti di accreditamento. Approvato lo schema di domanda per la manifestazione d'interesse. Spetta alle Asl assumere i relativi provvedimenti. Il sistema di cure domiciliari già nel periodo pre covid era per i 2/3 affidato alla cooperazione e 1/3 alle ASL, queste percentuali si stanno innalzando a favore dei privati. Sensibilissimo sottorganico di personale pubblico (mancano circa 4.000 unità).
<b>Provincia A. Bolzano</b>	Alfred Ebner	<b>Non definito</b>	Il FPNA ammonta a circa 280 milioni di euro per una provincia di circa 500.000 abitanti e circa 15.000 persone non autosufficienti. Si pone un problema di sostenibilità. Alle persone non autosufficienti è erogato un assegno di cura fino ad un importo massimo di 1.900 mensili per acquisto servizi. Sulla programmazione del DM77/2021 il sindacato non è stato coinvolto

<b>Emilia Romagna</b>	Marina Balestrieri	<b>NO privati</b>	<p>Prosegue il confronto sulla piattaforma sindacale unitaria con una prima intesa di massima sull'attuazione degli interventi DM77/2021.</p> <p><b>L'ADI sanitaria</b> è oltre la percentuale del 10% salvo che in una provincia (9,3%) ed è garantita da personale interamente pubblico (circa un migliaio di infermieri), il 60% è assorbito dalle dimissioni protette. A livello domiciliare la attività sono fornite dal privato sociale e dall'1.1.2025 entreranno in vigore le nuove regole di accreditamento delle CRA.</p> <p>Figura cardine è l'IFoC: previste circa 2.000 unità. Le UCA operano h 24, per le C.d.C. Spoke non sono state definite le professionalità. Il sindacato chiede che siano introdotti modelli regionali omogenei.</p> <p>Occorre rafforzare le politiche per la non autosufficienza e affrontare il tema delle risorse: per implementare i servizi servirebbero ulteriori 100 milioni dei quali al momento Regione non dispone. Il FRNA è alimentato anche da una tassa di scopo ed ammonta attualmente a circa 476.090.000 milioni di euro a cui va aggiunta la quota del FNA nazionale.</p>
<b>Sicilia</b>	Concetta Raia	<b>SI</b> ADI in Sicilia è demandata <b>tutta al privato</b> . Si prevede apertura dei termini per ulteriore accreditamento	<p>Regione è indisponibile al confronto con il sindacato. Le risorse PNRR della M5 sono state ridotte di 3,9 milioni di euro e di 1 milione di euro per la M6. Le C d C da 156 a 155, solo 2 attivate; O d C 43 solo 1 è attivo; delle 50 COT previste solo 17 sono operative e per il 2023 sono stati presi in carico 4.981 pazienti.</p> <p>L'indirizzo della Regione è spostare la sanità a favore dei privati a danno della sanità pubblica. Relativamente alle liste di attesa l'accordo raggiunto prevede che il 50% dei 49 milioni assegnati dal Governo è erogato ai privati convenzionati ed ulteriori 18 milioni di euro sono assegnati alle strutture private per contrastare la mobilità sanitaria verso altre Regioni. I dati sono drammatici, il rischio è che si perdano i 49.913.184 euro previsti dal PNRR. Si stanno estendendo le farmacie dei servizi anche nell'erogazione di prestazioni sanitarie: la lettura dei referti viene affidata ad altri soggetti dislocati anche oltre Regione. <b>Le attività dell'ADI sono affidate a consorzi sociosanitari e i soggetti accreditati fino ad ora sono 49, fatti salvi eventuali ulteriori accreditamenti. L'ADI in Sicilia non raggiunge l'obiettivo previsto nel 2023.</b></p> <p><b>La Regione afferma che il mancato raggiungimento dell'obiettivo ADI è responsabilità dei Direttori Generali delle ASP</b>, che non hanno vigilato sull'inserimento dei flussi nella piattaforma dedicata. I MMG sono poco sensibili circa le dimissioni protette. Il tema della integrazione socio sanitaria è complessivamente disatteso, i due assessorati sanità e sociale non integrano né politiche né risorse e i Distretti sociosanitari sono costretti a dare servizi non sempre all'altezza del bisogno di cura e di salute.</p> <p>Dopo il periodo estivo sono programmate <b>mobilizzazioni territoriali</b> sul tema della salute</p>
<b>3 LUGLIO</b>			
<b>Toscana</b>	Marisa Grilli	<b>Sì privati</b> (ma vedi report)	<p>Prosegue il confronto sindacale con la giunta regionale. Richiesto incontro su linee guida implementazione Case di Comunità. Si sta implementando il <b>Piano triennale non autosufficienza. ADI: la gestione è interamente pubblica, solo in pochi casi c'è il contributo del terzo settore.</b></p> <p>Le Case di Comunità sono tutte pubbliche. I PUA sono capillari all'interno delle Aziende sanitarie ma dovrebbero essere di più facile individuazione. Due i progetti regionali sulla cronicità: "A casa in buona compagnia" e "Connessi in buona compagnia". Regione Toscana è capofila con la Lombardia sul progetto Telemedicina e cronicità. Molte famiglie optano per il contributo economico. Sono attivi due tavoli regionali per verificare la qualità della assistenza alle persone non autosufficienti ed il sostegno ai Caregiver e sulla residenzialità (RSA aperte).</p>

<b>Lombardia</b>	Federica Trapletti	<b>Sì</b> ADI in Lomb quasi esclusivamente gestita da <b>privati accreditati</b> . Con le risorse del DL34/2020 si stanno realizzando nuclei a gestione pubblica presso le ASST	Le ASST dovranno attuare, tramite piani locali, le Linee di sviluppo dei Poli Territoriali redatte dalla Giunta regionale comprensive del capitolo sulle <b>cure domiciliari</b> . È previsto che attivino percorsi di prevenzione anche tramite l'utilizzo delle ITC. Le ASST stanno procedendo speditamente ai nuovi accreditamenti degli erogatori privati di cure domiciliari. È stato segnalato il problema del superamento delle soglie di esenzione Ticket per effetto della perequazione intervenuta da gennaio 2024. Molti pensionati nostri iscritti hanno revocato l'iscrizione. La compagna sollecita un intervento politico dello SPI Nazionale. Analoga segnalazione è stata fatta dalle compagne della Toscana e della Liguria.
<b>Liguria</b>	Giuliana Parodi	<b>NO privati</b> (ma vedi Report)  Nel percorso di accreditamento e nella costruzione del nuovo manuale ci sono anche le prestazioni ADI	<b>L'ADI è interamente pubblica, ma non soddisfa il bisogno atteso.</b> L'agenzia ALISA sta realizzando gli interventi PNRR relativamente alle strutture ed alla fornitura dei macchinari. C'è una forte crisi vocazionale soprattutto per la formazione infermieristica. Ci sono graduatorie fungibili sia di infermieri che di OSS ma Regione non le utilizza. Il FSE non è mai partito e c'è ancora lo screening cartaceo con lettere e referti inviati al domicilio degli assistiti. Superamento soglia esenzione ticket: l'ASL La Spezia ha conferito mandato ad una società di recupero crediti che avvisa bonariamente i cittadini prima di procedere al recupero. Sui costi standard RSA, è attivo un tavolo regionale al quale lo SPI partecipa con Cgil e FP: al momento è tutto incerto a causa dell'arresto del Presidente della Regione
<b>Puglia</b>	Eva Santoro	<b>SI privati</b>	A maggio 2024 ultima riunione con assessorato al welfare, poco prima delle dimissioni della assessora.  Monitoraggio LEA: nonostante la Puglia risulti fra le Regioni adempienti, sui territori permangono grandi difficoltà.  <b>ADI sociale:</b> gli interventi sono ovunque effettuati dalle Cooperative Sociali. La prestazione domiciliare è finanziata con risorse FSE tramite Buoni Servizio Conciliazione (voucher), per l'accesso a servizi erogati da strutture private. <b>L'ADI sanitaria</b> (alta intensità assistenziale): si è interrotto il confronto a seguito delle dimissioni dell'assessore alla Salute. Non ci sono dati sullo stato di avanzamento della riorganizzazione territoriale prevista dal DM 77/21.  Le RSA per la gran parte sono private. Persiste la carenza di personale sanitario nonostante la programmazione di 2.600 nuove unità, delle quali 1.600 saranno assunte nel mese di luglio 2024. Copriranno solo il 50% del turn-over. Altro grande problema è la carenza di MMG soprattutto nelle aree interne.
<b>4 LUGLIO</b>			
<b>Piemonte</b>	Maria Grazia Rogolino	<b>Non definito</b>  L'atto fa riferimento a numerose Dgr e atti antecedenti che prevedono un articolato sistema di assistenza domiciliare	I confronti sono condizionati negativamente dai ripetuti cambi di deleghe assessorili e dei direttori generali delle ASL. La regione ha previsto un incremento delle CdC rispetto al numero inizialmente previsto dal CIS per quanto le stesse si configurano come grandi Poliambulatori. Si registra anche un grande ritardo sulla realizzazione degli OdC. È fallito l'accordo con i MMG per la presenza all'interno della CdC; il FSE non è mai decollato.  <b>Domiciliarità:</b> è attivo il progetto "Scelta Sociale", finanziato con il FSE 2021/27, che prevede l'erogazione di 600 € mensili per l'assunzione di un assistente familiare. All'ADI si accede tramite certificazione del reddito ISEE. In sede di dimissioni ospedaliere le persone vengono orientate verso le RSA, tutte private con grande presenza di società multinazionali. All'interno di queste strutture mancano gli OSS e gli Infermieri non di rado sostituiti da "badanti".

<b>Veneto</b>	Ugo Agiollo e Gino Ferraresso	<b>Sì privati</b>	<b>ADI:</b> l'erogazione è molto disomogenea, alcune Asl raggiungono la percentuale del 10%, altre si fermano al 6%. L'IRES Veneto ha rilavato che le ore medie annue di accesso domiciliare sono pari a 5 per ADI primo livello ed a 7/21 per terzo livello e cure palliative. Per le C d C la Regione mantiene il numero indicato nel CIS, mentre il numero degli O d C è stato raddoppiato.
<b>Valle d'Aosta</b>	Graziano Tacchella	<b>Non definito</b>	Si sono alternati 6 Assessori alla Sanita in dieci anni. Nell'unica ASL si sono alternati 4 Direttori Generali. I sindaci sono presenti solo quando la discussione è sul bilancio dell'azienda. Non c'è confronto. Le Case di Comunità sono come i vecchi poliambulatori, su 2 previste nel CIS se ne realizzeranno 3. Sono previsti due Distretti Sanitari sui quattro esistenti. Il sociale è in mano alle cooperative e si radica sempre più la sanità privata. Già programmato incontro con assessorato su cure domiciliari, al momento non abbiamo riscontro su dati Agenas.
<b>Lazio</b>	Alessandra Romano e Fiorella Puglia	<b>Non definito</b>	Non c'è confronto con Regione e <b>non si dispone di dati ADI</b> e sulla realizzazione degli interventi DM77/2021. Gli anziani più che essere curati al proprio domicilio sono orientati verso le Case di Cura. Il Comune di Roma sottoscriverà un accordo con l'ASL per le dimissioni protette. La Segretaria Generale ha chiesto alla struttura nazionale un intervento di formazione specifica su questi temi rivolto alle compagne/i dei territori.
<b>Sardegna</b>	Giacomo Migheli e Caterina Vargiu	<b>Sì privati.</b> L'erogazione del servizio avviene previa programmazione dei piani locali unitari dei servizi, PLUS, cui la regione vorrebbe attribuire personalità giuridica a cui partecipa un rappresentante Asl	Situazione disastrosa per quanto riguarda la sanità: 102 MMG di recente andati in pensione, interi paesi senza assistenza sanitaria primaria; l'assistenza domiciliare non è ancora attivata perché non è stato adottato il POR. In Regione non è stato raggiunto l'obiettivo target della misura PNRR casa come primo luogo di cura e telemedicina. <b>Sono attivi otto servizi di cure integrate: due ad erogazione diretta, cinque esternalizzati ed uno a gestione mista. Nove imprese private hanno chiesto l'accreditamento per effettuare cure domiciliari.</b> Le persone vengono dirottate alle Case di Cura private presso le quali prendono la residenza. È in programma per i prossimi giorni un incontro con l'Assessore alla Sanità della nuova Giunta regionale.
<b>8 LUGLIO</b>			
<b>Basilicata</b>	Giovanna Galeone	<b>Sì privati</b> Il servizio pubblico mantiene solo il coordinamento. L'atto regionale del recepimento del DM non tratta l'ADI, enuncia solo compiti e funzioni	Non è stata ancora nominata la nuova Giunta Regionale. La sanità è quasi tutta privatizzata e le 2 ASP- Potenza e Matera - sono sotto-monitoraggio da parte del sindacato. Anziché procedere alla definizione dei criteri di accreditamento <b>per l'ADI</b> la Regione ha messo a bando il servizio allocandovi 100 milioni di euro. Il sindacato ha chiesto l'annullamento della gara e programmerà iniziative di mobilitazione per contrastare l'esternalizzazione dei servizi. Sull'ADI la segretaria si è impegnata a fornire un aggiornamento più dettagliato
<b>Umbria</b>	Fabrizio Fratini	<b>NO privati</b> <b>ma vedi Report →</b>	Non c'è stato e non c'è confronto con Regione sulla DGR del 537/2024 relativa all'intesa con le Organizzazioni rappresentative a livello regionale degli <b>Enti erogatori privati</b> (Confcooperative Umbria, AGCI Umbria, AIOP Umbria, ARIS Umbria, Confindustria Umbria, Federfarma Umbria, Lega Coop Umbria, CNA Umbria) <b>per l'implementazione delle Cure domiciliari a valere sulle risorse PNRR (M6C1 Investimento 1.2.1.).</b> La CISL non è disponibile a mettere in discussione le decisioni assunte dalla Giunta Regionale nonostante l'evidente volontà di privatizzare la sanità. Per quanto riguarda <b>l'ADI</b> non si conoscono informazioni di dettaglio.

12 LUGLIO

Friuli Venezia  
Giulia

Renato  
Bressan e  
Daniela Bais

**SÌ privati**

I presidi della sanità territoriale sono stati numericamente incrementati rispetto al CIS. Le C d C anziché 23 saranno 33 con più ampia distribuzione territoriale. Complessivamente la spesa effettuata risulta essere pari al 10% dell'impegnato, gli interventi sono tutti in itinere, nessuno ultimato (dati ricavati dai codici Cup). Lo Spi ha proposto ai compagni dei territori un lavoro di monitoraggio degli interventi, tramite un questionario per la raccolta dei dati. Il rischio è di costruire cattedrali nel deserto vista la carenza delle professionalità sanitarie e sociosanitarie. Ad oggi ci sono circa 250.000 cittadini senza il MMG. La sanità è sostanzialmente pubblica, le strutture sono gestite a livello distrettuale con personale sanitario pubblico, il personale sociale invece affrisce alle cooperative. Al momento l'assegnazione al privato è contenuta. In ogni territorio distrettuale c'è una RSA che sostanzialmente rappresenta l'O d C previsto dal DM77/2021 ( in Friuli le strutture per anziani si chiamano Case di Riposo ).

**Relativamente all'ADI**, che è pubblica, è necessario verificare se la presa in carico sia o meno adeguata al bisogno assistenziale delle persone. In alcuni territori la figura dell'assistente sociale è fornita dalla cooperazione. È da 6 anni che non si redigono i Piani di Zona, quindi non c'è pianificazione territoriale né avanzamento dell'integrazione socio sanitaria. È stato costituito a livello sindacale un comitato tecnico sanità regionale che vede impegnati la confederazione, lo SPI e la FP, che si avvale di competenze specifiche fornite da un compagno ex dirigente ASL.

È in elaborazione di una piattaforma rivendicativa unitaria che sarà sostenuta da mobilitazioni di piazza a ridosso dell'assestamento del bilancio Regionale.