

I costi dell'assistenza domiciliare integrata

Claudio Travaglini

(Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Aziendali e CRIFSP – Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico, claudio.travaglini@unibo.it)

Salvo eventuali più ampie autorizzazioni dell'autore, il contributo può essere liberamente consultato e può essere effettuato il salvataggio e la stampa di una copia per fini strettamente personali di studio, di ricerca e di insegnamento, con espresso divieto di qualunque utilizzo direttamente o indirettamente commerciale. Ogni altro diritto sul materiale è riservato.

DOI: <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7513>

6. I costi dell'Assistenza Domiciliare Integrata

6.1 I costi dell'ADI tra scelte organizzative ed informazioni economiche

Le valutazioni di costo **dell'Assistenza Domiciliare** opportunamente costruite sono utilizzabili dai dirigenti e dagli operatori per una pluralità di finalità.

Una prima finalità è la valutazione **dell'efficienza del servizio** attraverso la considerazione del costo complessivo dell'assistenza ponderata per **onerosità assistenziale** dell'episodio di cura.

Una seconda finalità è il **confronto del costo del segmento domiciliare del PDTA con altre modalità assistenziali** per valutare la migliore organizzazione dei sistemi di cura.

Una terza finalità è il confronto del **costo con il finanziamento specifico** (ora pubblico, ma sostituibile od integrabile da meccanismi privatistici, assicurativi o mutualistici)

L'approccio aziendale ai sistemi di assistenza domiciliare chiede di considerare il valore dei fattori produttivi impiegati misurati dai costi, **per osservare e migliorare le condizioni di efficienza della erogazione dei servizi domiciliari**, nel sistema sanitario¹.

Tali informazioni, completate da indicatori delle varie categorie sono alla base dell'esercizio del controllo economico². Per valutare l'ADI occorre analizzare³ le risorse utilizzate indagate attraverso il "**costo⁴ di produzione**"⁵ nella prospettiva:

- dell'**oggetto** e della sua **tipologia**;
- della **configurazione** di costo;
- dell'**effettività** del costo;

6.2 – Oggetto e finalità delle determinazioni di costo dell'Adi

Quanto all'**oggetto del costo** dovremo fare riferimento agli oggetti identificati nell'analisi organizzativa dei capitoli precedenti in identificando come oggetti di costo:

1) la prestazione

¹ L'affermazione vuole significare come il (segmento di) servizio assistenza domiciliare anche per quanto concerne i costi va letto come sottosistema del sistema dei servizi: in caso contrario si rischia l'errore di composizione per cui perseguendo l'efficienza del segmento si peggiorano le condizioni di efficienza del complessivo percorso (es. la riduzione della durata del ricovero ospedaliero non permette di organizzare dimissioni protette e determina il ripetersi di ricoveri che una stabilizzazione delle condizioni e l'organizzazione dell'ambiente domiciliare e familiare avrebbe evitato).

² Esiste una questione culturale in lenta modificazione costituita dalla scarsa abitudine dei professionisti sanitari, infermieristici e dell'assistenza ad occuparsi direttamente dell'economicità dell'assistenza domiciliare, e non solamente dell'appropriatezza sanitaria ed assistenziale della presa in carico dell'assistito e della sua famiglia.

³ Qui si pone una questione culturale sulla competenza e la formazione delle professioni sanitarie in cui si tralascia lo studio degli aspetti economici della sanità, come se esso non fosse di competenza dei professionisti sanitari. E' convincimento di chi scrive, invece, che la consapevolezza del costo dei servizi sanitari e delle scelte economiche inevitabili in presenza di scarsità di risorse debbano essere patrimonio delle professioni della cura per essere gestite nell'interesse degli assistiti, superando l'artificiosa divisione tra le scelte economiche e sanitarie, per affidare ai dirigenti la responsabilità di ottimizzare i servizi alla popolazione ed i loro effetti sanitari e sociali date le risorse disponibili.

⁴ L'espressione "costo" senza aggettivi non ha significato in economia aziendale: assegnando progressivamente ad essa aggettivi nella nostra trattazione svolgeremo una esposizione induttiva dell'analisi dei costi esponendo come le diverse modalità di costruzione e lettura dell'oggetto complesso costo di produzione assumano diverso ruolo e significato.

⁵ Utilizzeremo qui gli strumenti aziendali della contabilità dei costi senza proporre una loro preliminare trattazione sistematica, estranea alle finalità del contributo, e introdurremo alcuni chiarimenti solo se funzionali a chiarire il testo

- 2) l'**accesso domiciliare** o un insieme di essi
- 3) l'**episodio di cura** o un insieme di essi⁶
- 4) l'**assistito** in un periodo o un insieme di essi
- 5) l'**aggregato significativo di episodi di caso o sistema parziale di offerta**⁷
- 6) il **sistema territoriale** di offerta

Un **ultimo oggetto non esclusivo del sistema Adi** è rappresentato invece dal **costo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale** con un segmento domiciliare: in questo caso la componente domiciliare (che può coincidere con uno o più episodi di caso) rappresenta una parte del costo del trattamento complessivo.

Quanto alla **tipologia di oggetti di costo** possiamo costruire⁸

- un **costo di commessa** riferito a specifici oggetti di riferimento riferibili ad assistiti (prestazioni, accessi, episodi di cura o a gruppi di essi) l'imputazione del costo all'oggetto è possibile data la "separazione spaziale e temporale" delle attività dei diversi episodi di cura;

- un **costo di centro e di periodo** riferito alle complessive attività di una unità organizzativa in un periodo di tempo senza poter individuare un rapporto diretto con un oggetto specifico: si tratta dei costi comuni agli episodi rilevati per ciclo continuo⁹ per cui non è possibile, significativa od opportuna¹⁰ la riferibilità diretta tipica del costo di commessa.

La distinzione caratteristica dei setting domiciliari deriva dalla **condizione di separazione spaziale e temporale** degli oggetti-commesse (prestazioni, accessi, episodi).

Abbiamo visto come l'**oggetto maggiormente significativo sia rappresentato dall'episodio di cura** accanto a cui è importante considerare il profilo temporale con cui si determina, **ossia la durata (tipicamente in settimane)** ed il **risultante costo medio settimanale**; appare utile anche valutare **se e come cambia il costo medio settimanale** durante l'episodio.

Come **abbiamo superato l'episodio di cura "medio" dobbiamo superare la considerazione del costo medio valutando il costo di gruppi omogenei di episodi di cura**¹¹ per individuare le determinanti ed analizzare l'utilizzo delle risorse.

⁶ Una descrizione del costo degli episodi di cura e delle loro caratteristiche può ritrovarsi in C.Ugolini, C.Travaglini, J.Busignani, D.D'Erasmo, L.Tedaldi, A. Tullio, "Un'analisi dei costi professionali dell'assistenza domiciliare integrata: un'applicazione all'ausl della Romagna, Politiche Sanitarie, Note , esperienze e documenti, 3/2023, pag 112-128

⁷ Il sistema parziale di offerta si distingue dal sistema territoriale di assistenza domiciliare perché rivolto ad un sottoinsieme dei pazienti in Adi (ad esempio quelli delle cure palliative o delle gravi sindromi neurologiche). Esso è un oggetto rilevante di osservazione perché collegato ai reparti ospedalieri che trattano la stessa tipologia di problemi, superando la separazione organizzativa tra cure ospedaliere e territoriali, per assicurare all'assistito il migliore PDTA.

⁸ Utilizziamo il verbo costruire a sottolineare come il costo oggetto complesso non sia mai oggetto di mera rilevazione.

⁹ Nella costruzione del costo si può operare per commessa, attribuendo i costi ad uno specifico oggetto o per ciclo continuo, attribuendo i costi al processo produttivo e poi dividendo il costo totale per il numero di prodotti del periodo. In altri modelli in uso nei servizi sanitari per stimare il valore della prestazione negli ambienti produttivi con produzione a flusso continuo per attribuire un costo (relativo) ad una prestazione si attribuisce un valore relativo ad ognuna delle prestazioni in base alla stima della loro complessità relativa e poi, ottenuto il costo dell'unità elementare di servizio, lo si moltiplica per tale valore relativo. Con questo processo si giunge al valore del "punto DRG" utilizzato come indicatore sintetico di efficienza della produzione ospedaliera

¹⁰ Nella costruzione di un sistema di contabilità dei costi oltre alla significatività dell'informazione occorre considerare il costo e la complessità della rilevazione nella quotidianità dei processi assistenziali e gestionali, per cui occorre trovare sempre il punto di equilibrio tra valore dell'informazione e costo e complessità della rilevazione, anche per assicurarsi l'effettiva e quotidiana collaborazione dei professionisti, fondamentale per garantire la qualità dell'informazione.

¹¹ Il raggruppamento degli episodi di cura (omogenei all'interno del gruppo e sufficientemente differenziati tra gruppi) rappresenta un passaggio fondamentale e necessario per dare significato ai valori di costo riferito all'episodio di cura,

6.3 – La configurazione a costo diretto o pieno del costo dell’Adi.

Quanto alla configurazione, dovremo distinguere tra configurazioni¹² di **costo diretto o costo pieno degli oggetti** (prestazione, accesso, episodio di cura o loro aggregati)¹³.

Le **configurazioni di costo diretto** sono quelle costruite da componenti di costo specificamente riferite agli oggetti mentre le configurazioni a costo pieno sono quelle che incorporano anche **quote di costi comuni e generali di struttura od azienda**, attribuiti agli oggetti di riferimento secondo basi di ripartizione razionali ma sempre con margini di discrezionalità¹⁴.

Possiamo costruire le figure di costo diretto della prestazione con le componenti di:

- **personale diretto della prestazione** (costruito per moltiplicazione tra il costo orario degli operatori e la rilevazione o stima del costo della prestazione o degli accessi)¹⁵;
- **materiale farmaceutico ed economale utilizzato nella prestazione** (costruito per moltiplicazione tra le quantità del materiale ed il suo costo medio)¹⁶;
- **utilizzo apparecchiature in uso esclusivo all’assistito**¹⁷ (utilizzo od ammortamento e manutenzione delle apparecchiature);
- **prestazioni di altri erogatori sanitari** (farmaceutica convenzionata, prestazioni specialistiche) riferibili specificamente¹⁸ agli oggetti (assistito ed episodio di cura);

Tale raggruppamento può essere operato per patologie, per condizioni assistenziali o per tipologia di prestazioni ricercando i gruppi isorisorse e contemporaneamente identificando le determinanti di utilizzo delle risorse stesse.

¹² E’ opportuno utilizzare il plurale poiché le configurazioni di costo pieno o costo diretto si differenziano a seconda del numero e della tipologia di componenti considerate e della modalità in cui esse sono stratificate nella configurazione

¹³ Abbiamo visto come la pluralità degli oggetti individuato di riferimento siano tra loro in relazione univoca (ad un assistito corrispondono uno o più episodi di cura, ad un episodio di cura uno o più accessi, ad un accesso una o più prestazioni): all’ampliarsi dell’oggetto di riferimento corrisponde una maggiore quota di costi direttamente attribuibili

¹⁴ Alcuni riferimenti sulla costruzione di configurazioni di costo diretto e pieno per i servizi sanitari si ritrovano in documenti Agenas che distinguono tra 1) costi diretti assistenziali direttamente imputabili alla prestazione rappresentati principalmente dal costo del personale assistenziale e di farmaci e presidi, espressione del reale assorbimento di risorse e beni sanitari nella singola prestazione erogata; 2) costi di supporto diretti rappresentati da tutti i costi non direttamente imputabili alla singola prestazione, tra cui i costi della Centrale Operativa; 3) costi generali e amministrativi sono rappresentati dai costi non direttamente collegati alla prestazione assistenziale ma alla gestione della struttura, quali ad esempio i costi dei servizi non sanitari. Cfr. Agenas

¹⁵ I costi di trasporto, che rappresentano un elemento accessorio dei costi del personale, che possono essere inclusi nel costo orario (e quindi ripartiti tra i casi in proporzione al tempo dedicato all’episodio di cura) oppure ripartiti secondo la distanza effettivamente percorsa (con rilevazione della distanza del domicilio del paziente dalla sede del servizio).

¹⁶ L’attribuzione diretta dei costi del materiale farmaceutico od economale di medicazione all’accesso episodio di cura è poco frequente poiché tale materiale è tipicamente prelevato dal personale sanitario ed utilizzato secondo le necessità. L’attribuzione diretta risulta agevole per i presidi specifici (materiale per alimentazione, preparazioni farmaceutiche) mentre per il materiale di medicazione si può procedere ad una ripartizione dei costi secondo criteri specifici tra i casi che presentano determinate situazioni (es. secondo il numero di prestazioni di cura di lesioni cutanee).

¹⁷ Nella maggioranza dei casi di Adi attuali questa componente è insignificante ma appare destinata a crescere per effetto della maggior diffusione delle tecnologie domiciliari e per il maggiore utilizzo degli apparati per la telemedicina.

¹⁸ L’incompleta integrazione informativa delle procedure e delle banche dati rende spesso difficile se non ad un elevato costo di rilevazione ricondurre all’assistito tutte le prestazioni fornite a supporto dell’assistenza domiciliare dalle diverse “linee assistenziali” del servizio sanitario, anche per l’approccio culturale dei professionisti sanitari di considerare solo le esigenze sanitarie considerando estranea al proprio ruolo la considerazione del costo complessivo del trattamento.

- **altri costi specifici** di beni o servizi¹⁹.

senza aggiungere alcuna quota di costi indiretti e generali di servizio o azienda.

Tale configurazione permette di confrontare il costo diretto dei servizi oggetto di riferimento indipendentemente dalla struttura organizzativa da cui sono erogati.

Per costruire **le configurazioni di costo pieno** (di prestazioni, accessi, episodi di caso) dovremo aggiungere una quota²⁰ di costi delle **unità che contribuiscono all'erogazione dei servizi rappresentati dagli oggetti specifici**.

Nel caso dell'Adi dovremo progressivamente attribuire i costi comuni e generali:

- **dell'unità operativa erogante i servizi** (comuni agli oggetti di riferimento specifici);
- **della struttura organizzativa intermedia**²¹ in cui l'unità è inserita
- **dell'azienda sanitaria** pubblica o privata a cui appartengono le unità precedenti.

Ciò consente **una costruzione del costo per stratificazioni successive** dal valore attribuito ai fattori produttivi impiegati nella singola prestazione.

La costruzione del costo dell'unità operativa conduce al costo pieno totale, ed in seguito la divisione del costo totale per le unità di servizio erogato (eventualmente soggette a ponderazione reciproca) portano al costo medio unitario

L'incidenza sul totale dei **costi comuni di coordinamento** non specifici del singolo episodio di cura ma riferibili alla gestione complessiva risulta interessante perché ci dà una indicazione pur imprecisa del peso della struttura organizzativa.

6.4 - Il costo preventivo standard ed effettivo-consuntivo dell'Adi

Il costo dell'oggetto di riferimento (prestazione, accesso, episodio di cura) **può essere determinato in sede preventiva come costo ipotetico standard**, assumendo determinate ipotesi sulla composizione degli episodi di cura in termini di durata, accessi e tipologia delle prestazioni.

La variabilità delle situazioni che si possono presentare (non solo in termini di diagnosi o quadro assistenziale, ma di evoluzione della particolare condizione dell'assistito) e la necessità di garantire un'assistenza personalizzata determina l'impossibilità della prevedibilità assoluta delle condizioni in cui si erogherà l'Adi, a meno di non poter rifiutare determinate domande di assistenza che non si collocano nello standard predefinito (scelta fattibile da un soggetto privato ma non dall'azienda territoriale che secondo un modello universalistico deve assistere tutta la popolazione).

¹⁹ Lo sviluppo delle cure domiciliari potrà richiedere specifici servizi aggiuntivi quali connessioni di rete a larga banda anche per via satellitare o gruppi di continuità elettrica per supportare servizi di telemedicina in aree disagiate

²⁰ Dopo la preliminare individuazione del totale dei costi relativi ad ogni livello di aggregazione per costruire il costo pieno è necessario ripartire gli stessi tra gli oggetti rispetto a cui sono comuni in base ad un "opportuno criterio di ripartizione" che potrebbe essere il loro numero, il loro costo diretto la complessità assistenziale od altre variabili dell'oggetto: tali criteri di ripartizione devono avere sempre una costruzione logica ma mantengono una componente di discrezionalità, da definire in relazione alle specifiche condizioni di erogazione.

²¹ Ipotizziamo qui che esista una articolazione organizzativa intermedia tra l'unità operativa che eroga i servizi domiciliari e l'azienda nella sua totalità (rappresentata nel caso delle aziende sanitarie dal distretto sanitario o da altra articolazione organizzativa: nel caso che tale articolazione non esista quei costi non esistono e quindi non vanno ripartiti.

Al termine del periodo di osservazione, in sede consuntiva, è invece possibile calcolare il **costo effettivo-consuntivo in base alle effettive condizioni in cui l'assistenza è erogata**.

Il mantenimento di condizioni di economicità nell'erogazione dell'assistenza richiede un certo livello di flessibilità ed integrazione tra le risorse dedicate al servizio di assistenza domiciliare e gli altri servizi territoriali od ospedalieri per assorbire la variabilità della domanda²².

6.5 – Composizione e determinanti del costo dell'Adi per i confronti

Per comparare i dati sul **“costo medio dell'assistenza”** nelle diverse realtà²³ occorre preliminarmente considerare le ipotesi alla base del **processo di attribuzione del costo all'episodio di cura**²⁴ in gran parte sintetizzate nella configurazione di costo.

Da un lato dobbiamo considerare come il **costo del trattamento dell'episodio di cura è correlato alla complessità** (clinica, assistenziale e sociale)²⁵ **della condizione dell'assistito**, che a sua volta **determina quantità e tipologia delle prestazioni da svolgere durante gli accessi domiciliari**²⁶ per assicurare un certo livello di copertura e qualità dei servizi assistenziali.

Presumiamo che **il costo dell'episodio dipenda dalla complessità dell'assistenza** dato che a maggiore complessità dovrebbe corrispondere un numero maggiore di accessi, un costo orario maggiore dei professionisti impegnati²⁷ e maggiore costo di materiali.²⁸

Nel comparare il costo diretto o pieno di episodi di cura per evitare confronti tra situazioni diverse **occorre considerare altre fondamentali variabili socio-demografiche ed ambientali** (in primo luogo **la presenza della famiglia o del care-giver convivente**)²⁹ e tenere conto del livello di servizio che si riesce ad assicurare³⁰.

²² Nella concretezza dell'applicazione sul territorio ed in relazione alle effettive disponibilità di personale specie infermieristico sarà necessario trovare un equilibrio tra il criterio della specializzazione e quello della territorialità.

²³ La diffusione del servizio sul territorio nazionale comporterà un confronto tra i “costi medi dell'assistenza” di diversi territori di cui occorre considerare gli elementi e le determinanti, nonché l'organizzazione ed il livello dei servizi offerti.

²⁴ Per procedere ad un confronto significativo è necessaria l'omogeneità dei fattori produttivi considerati e della configurazione di costo (per cui dovrebbero essere considerate le stesse componenti e utilizzati gli stessi criteri di ripartizione); per ovviare alla difficoltà di confrontare strutture organizzative e criteri diversi, può essere opportuno confrontare il solo costo diretto del servizio

²⁵ La complessità e la tipologia dei trattamenti in sede ospedaliera e di assistenza domiciliare integrata dipendono dalle scelte di progettazione dei PDTA (scelte operate anche quando si consideri l'adi solo residuale senza connetterla alle altre modalità di cura).

²⁶ Consideriamo in questa sede la complessità del solo segmento di cure domiciliari, da vedere però come sottosistema dello specifico percorso operato nel complessivo sistema di cure territoriali, ospedaliere e riabilitative

²⁷ I professionisti impegnati nell'Adi variano dall'Oss per il supporto nella vita quotidiana, all'infermiere o al terapeuta della riabilitazione, al medico di medicina generale, al medico palliativista o ad altri specialisti con costi orari differenti.

²⁸ Parliamo di complessità assistenziale e non di gravità dell'assistito, dato che talvolta le situazioni gravissime o terminali non richiedono un impegno rilevante proprio perché sono possibili solo cure palliative o terapia del dolore.

²⁹ Nell'alternativa rappresentata dall'assistenza domiciliare rispetto al regime di ricovero si azzerano i costi alberghieri e di ricovero, mentre crescono i tempi del personale che deve muoversi in distanze più ampie a domicilio e non trova gli assistiti concentrati in un unico luogo rappresentato dal centro di erogazione a disposizione secondo i propri tempi.

³⁰ Il completamento delle figure di costo integrato dagli indicatori di risultato e di soddisfazione e percezione dell'assistito permette una valutazione più ampia che motivi soluzioni con costi leggermente maggiori e gradimento nettamente

Ciò è fondamentale per **confrontare alternative modalità organizzative per erogare segmenti di Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale**³¹ per cui utilizzare figure di **“costo sorgente e cessante”** tipica delle decisioni tra alternative economiche di breve periodo, nell'utilizzo di strutture e servizi disponibili su cui innestare servizi domiciliari.³²

In via astratta occorrerebbe **comparare i costi di due servizi “a pari livello di complessità”** (territoriale, clinica ed organizzativa) ma essendo ciò praticamente impossibile essi devono essere ponderati per un qualche **coefficiente sintetico di complessità ed onerosità assistenziale non ancora disponibile**³³.

Dal lato dei costi il valore monetario dei costi da ripartire dipende **dal livello di costo unitario dei fattori produttivi** che dipende a sua volta dalla **composizione e remunerazione**³⁴ delle équipes assistenziali e dalla **disponibilità e dalle modalità organizzative e quindi economiche di utilizzo di attrezzature e di materiali**

6.6 – Dal costo dell'ADI all'onere complessivo dell'assistenza domiciliare

Abbiamo visto come l'Adi abbia **costi specifici delle prestazioni** di assistenza infermieristica e di altri professionisti erogate dal servizio di Adi, dei consumi di materiali economici e farmaceutici, di utilizzo di attrezzature e presidi riutilizzabili, di assistenza in telemedicina, nonché di altri costi specifici di prestazioni aziendali.

Se vogliamo determinare non il costo del servizio Adi ma il costo dell'assistenza al paziente in Adi per l'azienda sanitaria, vanno aggiunti i costi dei servizi erogati all'assistito in genere rappresentati dall'assistenza farmaceutica convenzionata, di quella specialistica e del medico di medicina generale³⁵.

La complessità dei bisogni dell'assistito (e gli oneri per una adeguata risposta) dipendono inoltre non solo dalle condizioni sanitarie, ma dalla condizione familiare, dall'abitazione, dai rapporti sociali e dalla comunità in cui l'assistito vive³⁶.

maggior da parte dell'assistito. La valutazione dell'impatto sociale dovrebbe dare una valutazione delle esternalità indotte sull'assistito, la famiglia ed il suo ambiente per integrare la sola valutazione dei costi di produzione del servizio.

³¹ Il confronto può essere agevolmente svolto per i cicli di riabilitazione, svolgibili sia in regime domiciliare che in regime di ricovero oppure per le cure palliative che possono essere erogate sia in ambiente domiciliare che in ricovero in hospice

³² Nel breve periodo per organizzare un servizio di prelievo o di consegna presidi in comuni periferici dove non esistano altri presidi pubblici non appare necessario computare il costo degli ambienti ma (avendo la disponibilità della farmacia territoriale, dello studio del MMG o degli uffici comunali) solo del personale incaricato e dei trasporti specifici.

³³ La divisione del costo totale del servizio in un periodo per il "indicatore sintetico di onerosità" ci darebbe il valore dell'unità equivalente di carico assistenziale da confrontare significativamente con altre situazioni.

³⁴ Nell'assistenza domiciliare integrata sono impegnati, diversi professionisti (operatori sociosanitari, infermieri, fisioterapisti, medici di medicina generale e specialisti) che non sempre e non necessariamente hanno lo stesso costo orario perché possono essere dipendenti, libero professionisti o acquisiti in forza di un contratto da terze economie.

³⁵ E' opportuno rilevare separatamente l'assistenza medica poiché essa è in via generale assicurata ad ogni assistito anche in Adi e oggetto di possibili contratti aggiuntivi specifici commisurati ad accesso, a presa in carico o a paziente differenziati non solo per Regione ma anche per singola Azienda. Il medico di medicina generale si trova talvolta nella doppia situazione di "arbitro" in quanto proponente la presa in carico in assistenza domiciliare e fornitore di servizi assistenziali (con una remunerazione aggiuntiva).

³⁶ La legge delega sugli anziani approccia questa complessità multidisciplinare richiedendo nell'art. 2, 2c al Governo di attuare la "promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e socio-sanitaria ai fini dell'accesso ad un continuum di servizi per le persone anziane non

Al di là della distinzione amministrativa tra “costo sanitario” a carico dell’azienda sanitaria e “costo sociale” a carico del comune o della famiglia occorre ricordare che la cura a casa di un assistito non in grado di occuparsi autonomamente delle esigenze della propria vita quotidiana comporta **una assistenza di base di tipo tutelare** che può essere assicurata direttamente dalla famiglia, da care-giver personali remunerati, oppure dal Servizio di Assistenza Domiciliare SAD³⁷.

In alcune realtà a queste prestazioni si accompagnano **trasferimenti monetari alle famiglie chiamati “assegni di cura”** a compenso indiretto e forfettario dello sforzo economico sostenuto per assistere il congiunto, mentre in altri casi si possono assegnare **“voucher”** per attribuire alle famiglie la possibilità di acquisire prestazioni assistenziali da operatori accreditati³⁸.

Possiamo sinteticamente dire che il costo dell’assistenza domiciliare “dalla parte dell’assistito” possa essere costituito da più gruppi di costi rappresentati da:

- 1) i **costi specifici** delle prestazioni assistenziali del servizio Adi
 - 2) i **costi comuni della struttura** erogante l’Adi e generali di azienda attribuiti all’Adi
- la somma dei quali costituisce il **costo pieno dell’Adi**
- 3) i costi delle **altre prestazioni sanitarie** direttamente attribuibili alla persona in Adi
 - 4) i costi delle **attrezzature fornite** all’assistito in Adi

la somma dei quali costituisce il **costo sanitario dell’assistito in Adi** a cui vanno aggiunti

- 5) I costi di **assistenza tutelare e delle prestazioni monetarie** fornite al cittadino in Adi
- 6) I costi **dell’assistenza gratuitamente fornita dalla famiglia**

ottenendo il **costo stimato della permanenza della persona a domicilio**.

6.7 – L’imperfetto criterio di ripartizione del finanziamento PNRR e i suoi effetti

Per considerare criticamente l’organizza un servizio di assistenza domiciliare è necessario considerare **l’effetto dei meccanismi di finanziamento del servizio** dato che il sistema delle aziende sanitarie, vincolate a risorse limitate e tenute all’equilibrio di bilancio **è fortemente reattivo alle scelte di finanziamento** nazionali o regionali, che ne orientano talvolta lo sviluppo più incisivamente della pianificazione formale.

Per il governo del sistema di aziende spesso è più efficace il finanziamento che la regolazione normativa: occorre quindi considerare meccanismi di finanziamento per verificare come essi orientino i modelli di erogazione del servizio.

autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare” (punto e), oltre alla “promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere bio-psico-sociale delle famiglie degli anziani fragili e non autosufficienti e di tutti coloro i quali sono impegnati nella loro cura, mediante un’allocazione più razionale ed efficace delle risorse disponibili a legislazione vigente” (punto i) ed anche la “riqualificazione dei servizi di semiresidenzialità, di residenzialità o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione familiare (cohousing) nei limiti delle compatibilità finanziarie della presente legge” (punto m)

³⁷ L’assistenza è erogata direttamente con personale proprio o più frequentemente attraverso contratti con cooperative.

³⁸ La differenza è rilevante in termini di impatto economico e fiscale: nel primo caso si tratta di un puro trasferimento monetario che non attiva ulteriori circuiti economici utilizzabile per acquisire servizi assistenziali sul mercato dei servizi informali senza versamento di oneri fiscali o contributivi mentre nel secondo caso il voucher diviene fatturato aggiuntivo dell’operatore professionale accreditato, con il versamento di oneri contributivi e tributari secondo le condizioni di legge.

Ordinariamente l'assistenza domiciliare è finanziata all'interno della quota indistinta delle aziende sanitarie territoriali, ma le risorse aggiuntive destinate dal PNRR per gli anni è operata con uno specifico meccanismo previsto da un decreto interministeriale³⁹

La ripartizione delle risorse tra le Regioni è operata *“proporzionalmente alla popolazione residente di età superiore ai 65 anni, fermo restando che la quota parte a favore delle Regioni del Mezzogiorno sia pari almeno al 40% della somma disponibile”* prevedendo di far giungere i valori delle Regioni con CPU inferiori al 9,48% a tale parametro e di quelle con CPU superiore al 10,98% al 10% con l'obiettivo di riduzione della variabilità nelle Regioni in una logica di riequilibrio territoriale⁴⁰.

Il punto su cui vogliamo concentrare la nostra attenzione è quello della Relazione Illustrativa che prevede *“E' stato previsto l'utilizzo delle “opzioni di costo semplificato” e in particolare il costo unitario standard ... E' stato pertanto stimato un costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a € 1.977,94 per persona all'anno, calcolato utilizzando il costo totale previsto dall'ultimo anno di intervento di € 1.599.809.757 per trattare a domicilio tutti i pazienti attesi del 2025, pari a 808.827”*⁴¹

Il criterio adottato è semplice: si finanzia in base al numero di assistiti presi in carico, senza alcun riferimento alla complessità clinica ed assistenziale dell'episodio di cura, né al numero di accessi o tanto meno ai risultati (generali o specifici) dell'assistenza.

L'adeguamento (delle aziende destinatarie del finanziamento) ai criteri comporterà un incremento del numero di assistiti presi in carico e non della presa in carico degli assistiti più complessi, dato che il maggiore sforzo e costo non verrà ad esse riconosciuto.

Al contrario la presa in carico di assistiti per episodi di cura a costo limitato (ad esempio per chi necessita solo di prelievi ematici o controlli domiciliari periodico che determinano costi inferiori al finanziamento unitario di 1.977m €) determina per le aziende un margine finanziario utilizzabile per sostenere i costi di altri servizi territoriali.

Appare quindi necessario che i criteri di ripartizione delle risorse tra i sistemi sanitari regionali tengano conto della complessità degli episodi e degli assistiti e dei risultati espressi, per rappresentare un incentivo alla realizzazione di prese in carico efficaci.

6.7- Finalità della determinazione del costo dell'Adi e ridefinizione dei PDTA

Designare **la casa come primo luogo di cura** richiede un **ribaltamento della prospettiva specie per gli anziani o per i cronici** per cui non si spostano al domicilio del paziente alcune attività residuali, ma piuttosto sistematicamente il sistema sanitario:

- stima **territorio e la domanda**
- considera **i presidi pubblici o privati disponibili**
- disegna **il piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale**

³⁹ Cfr. DM Salute di concerto con Ministero Economia e Finanze del 23 gennaio 2023 (in G.U 55 del 6 marzo 2023) di “Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI) con l'allegato 1 di ripartizione tra le Regioni dei fondi per gli anni 2022-2025. Al Dm segue un accordo tra Regioni per anticipare quote di finanziamento per gli anni successivi anche in assenza del raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione.

⁴⁰ Secondo quanto detto sarebbe utile considerare la densità territoriale della popolazione ultra65enne residente speper finanziare maggiormente i sistemi di assistenza domiciliare dei territori con minori servizi sanitari territoriali e di ricovero

⁴¹ Relazione illustrativa al Decreto del Ministero della Salute al citato Decreto Ministeriale del 23 gennaio 2023, pag.2.

- collocando **a domicilio o nei presidi territoriali più vicini all'assistito**⁴²
- le prestazioni **clinicamente, organizzativamente ed economicamente accettabili**
- mantenendo **in ricovero** solo ciò che non è possibile erogare nell'ambiente di vita.

Il confronto permette la valutazione dello spostamento nel setting di assistenza domiciliare di segmenti di PDTA in cui si ritiene di realizzare rispetto al ricovero ospedaliero un miglioramento del rapporto tra onere assistenziale e risultato della cura **non ricercando la riduzione di costi, ma un miglioramento del rapporto tra costi, risultati clinici e benessere dell'assistito** (ad esempio trasferendo a domicilio trattamenti che hanno affidabilità e costo analogo a quelli svolti in ospedale ma che, consentendo la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente e più rapido recupero o migliore qualità della vita).

Ciò richiede **un cambio culturale prima che organizzativo, consistente nel guardare il percorso dalla parte del cittadino e della sua famiglia**, (che può essere supportata dalla considerazione delle valutazioni di soddisfazione di cui si parlerà più oltre).

La conoscenza delle determinanti del costo dell'episodio di cura può divenire poi in **una logica di ingegneria inversa strumento di progettazione di alternativi percorsi di cura che** possano realizzare la migliore combinazione tra esiti e risorse utilizzate.

⁴² In relazione ai diversi PDTA si può quindi definire una matrice bidimensionale (che diventa tridimensionale se consideriamo i diversi luoghi sul territorio) di programmazione con nelle righe i PDTA, PAI o PRI e nelle colonne i setting organizzativi ove questi si possono collocare applicando i criteri di appropriatezza clinica, minimo impatto sulla vita del cittadino, migliore accettazione e minimo costo. Ad una prima approssimazione si possono identificare come setting: 1) il Presidio Ospedaliero Hub e Spoke; 2) l'Ospedale di Comunità; 3) la Casa della Comunità; 4) gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; 5) le Strutture Sanitarie Accreditate o Convenzionate; 6) le Farmacie dei Servizi; 7) Altri Enti Pubblici o convenzionati ospitanti (Comuni, Rsa ed altri); 8) la Telemedicina; 9) le Cure Domiciliari