

Valutare l'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/7537>

VALUTARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Claudio Travaglini

0. Indice

0.1. Prefazione – un lavoro comune

1. Il quadro demografico e le politiche di assistenza agli anziani

2. L'Assistenza Domiciliare Integrata nel sistema territoriale

2.1. L'Adi nei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali

2.2. Il case management dell'Adi

2.3. L'Adi come sistema di servizio

2.4. L'Adi nel sistema dei servizi territoriali

2.5. L'Adi nelle previsioni del DM 77

2.6. La strategia delle cure territoriali nell'azienda sanitaria

3. L'ADI ed il suo sistema informativo

3.1. L'Assistenza Domiciliare Integrata nella previsione normativa

3.2. Gli oggetti di riferimento dell'Adi: assistiti, episodi, accessi, prestazioni

3.3. Gli eventi ed il Flusso informativo dell'Adi

3.4. La mancanza di una classificazione unitaria e validata dell'assistito

3.5. La rilevazione dell'erogazione dell'assistenza domiciliare

3.6. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale

4. – Fattori di contesto e rappresentazione del sistema di assistenza domiciliare

4.1. L'individuazione dei fattori di contesto dell'Adi

4.2. Il sistema degli indicatori dell'Adi nel monitoraggio LEA

4.3. La rappresentazione dell'Adi oltre al CIA ed alla popolazione in carico

4.4. Dal territorio agli accessi: il modello di rappresentazione dell'ADI

4.5. Gli indicatori di rappresentazione dell'Adi oltre gli standard proposti

5. - Differenziazione e raggruppamento degli episodi di cura

5.1. Differenziare gli episodi di cura: variabili originarie e costruzione di gruppi

5.2. La differenziazione per variabili semplici sociodemografiche, assistenziali, organizzative

5.3. Raggruppamento e differenziazione per variabili complesse: obiettivi, indicatori di risultato, onere assistenziale

5.4. L'analisi delle prestazioni dell'episodio di cura e la sua caratterizzazione

5.5. Alla ricerca dell'indicatore sintetico di complessità assistenziale

6. - I costi dell'Assistenza Domiciliare Integrata

6.1. I costi dell'Adi tra scelte organizzative e informazioni economiche

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

6.3. La configurazione a costo diretto o costo pieno dell'Adi

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

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

6.6. Dal costo dell'Adi all'onere complessivo sull'assistenza domiciliare

6.7. L'imperfetto criterio di ripartizione del finanziamento PNRR e i suoi effetti

6.8. Finalità della determinazione del costo dell'Adi e ridefinizione del PDTA

7. - Gli indicatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata

7.1. Gli indicatori di sistema: copertura, equità di accesso e fattori impiegati

7.2. Gli indicatori di processo nel trattamento dell'episodio di cura

7.3. Gli indicatori di servizi erogati nel sistema di cura

7.4. Gli indicatori di risultato specifici per l'Adi

7.5. Gli indicatori di soddisfazione dell'Adi

7.6. L'indicatore di risultato generale dell'Adi

7.7. Il sistema di valutazione dell'Adi come sottosistema della valutazione PDTA

7.8. Il modello di rappresentazione e valutazione dell'episodio di Adi

VALUTARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il contributo vuole approcciare la valutazione economico-aziendale del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) nell'ambito dei servizi sanitari territoriali.

Dopo aver inquadrato l'ADI e i suoi aggregati elementari (pazienti, episodi di cura, accessi, prestazioni) se ne espone il sistema informativo e si definisce un modello di rappresentazione e valutazione dei sistemi di servizi territoriali di ADI.

Si propone poi un modello di differenziazione e raggruppamento degli episodi di cura basato sulle variabili caratterizzanti ed una lettura dei costi del servizio.

Si costruisce infine una prima ipotesi di modello multidimensionale di valutazione del servizio di assistenza domiciliare basato su un sistema di indicatori di risultato.

Il contributo vuole rappresentare un passo verso la valutazione unitaria dei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali tra servizi ospedalieri e territoriali

UN LIBRO APERTO E UN PERCORSO VERSO UNA COMUNITA' DI PRATICA

Questo contributo parte dalla constatazione dell'assenza di modelli consolidati teoricamente e condivisi operativamente per valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) oggetto di sviluppo e finanziamento nel PNRR.

Il testo si pone allora come "libro aperto" alle esperienze, ai contributi critici ed alle esperienze di tutti i professionisti, i dirigenti, gli assistiti, i caregiver, e gli interessati.

La trattazione proposta vorrebbe essere la versione 0, per aprire una riflessione comune, con la pubblicazione in open access sul sito dell'Università di Bologna ma soprattutto attraverso la raccolta di contributi critici e costruttivi sul sito www.forumadi.it.

Si vorrebbe quindi pubblicare il "vero" testo di cui questo rappresenta solo la bozza correggendo errori e limiti e valorizzando le esperienze diffuse sul territorio.

Da questo vorremmo costruire una comunità di pratica in cui lo studioso può solo raccogliere e cercare di sistematizzare le esperienze di tutti i professionisti ed i coproduttori della cura che ogni giorno cercano di svolgere al meglio la propria professione.

A loro è rivolto il primo ringraziamento di chi scrive assieme ai tanti colleghi che hanno offerto collaborazione, consigli e correzioni; limiti ed errori sono tutti dell'autore.

1. Il quadro demografico e le politiche di assistenza agli anziani

Per approcciare i problemi di misurazione, valutazione, programmazione e controllo dell'assistenza domiciliare, che riguarda in gran parte le persone anziane, dobbiamo partire dalla considerazione dell'evoluzione demografica (presente e prevedibile) del nostro paese. Infatti, pur non rappresentando la totalità delle persone in assistenza domiciliare, gli anziani anche in condizioni di fragilità o cronicità, ne rappresentano l'assoluta maggioranza.

Quanto alla evoluzione demografica già presente ad oggi, dobbiamo constatare un generale invecchiamento della popolazione italiana determinato dal continuo aumento della sopravvivenza delle persone anziane (la speranza di vita alla nascita è di 81 anni per gli uomini e 85 per le donne), dal calo della fecondità, e dalla riduzione progressiva delle donne in età feconda: in conseguenza di ciò il processo di invecchiamento prosegue portando la popolazione ultrasessantacinquenne al 24% del totale.

Quanto alla composizione familiare al 2021 il 33% delle famiglie è unipersonale e la metà di loro ha 65 anni o più; inoltre 2,7milioni di nuclei familiari sono monoparentali; nel caso di persone sole la necessità di un maggiore supporto sociale è più probabile.

Se passiamo alle previsioni demografiche, aderendo allo "scenario mediano" proposto dall'Istat, si prevede un incremento al 34,5% nel 2050 degli ultrasessantacinquenni con un notevole aumento delle famiglie unipersonali e delle coppie con un figlio o senza figli.

A completare lo scenario, pur con la necessaria cautela, si prevede per il prossimo ventennio l'aumento del 50% degli ultrasessantenni, ed il raddoppio degli ultranovantenni¹.

Una sfida fondamentale a nostro parere non ancora raccolta dal nostro sistema lavorativo e previdenziale è quella di programmare un allungamento della vita lavorativa in modo flessibile, adattando i compiti a competenze e possibilità di un ultrasessantenne, senza riproporre gli stessi modelli lavorativi costruiti sui giovani o gli adulti nella pienezza della propria capacità fisica ed intellettuale.

Il sistema lavorativo, sociale e pensionistico richiede, a fronte di un allungamento della vita, di dare non solo "più vita agli anni" ma anche "più lavoro agli anni di vita" sia per garantire un migliore equilibrio finanziario del sistema pensionistico pubblico a ripartizione, che per mantenere nell'età avanzata le competenze nel sistema sociale ed economico e le capacità personali e i massimi livelli di autonomia in capo alla persona considerata anziana, che rappresenta pria una risorsa di essere un problema assistenziale da affrontare.

Questo di flessibilità nella valorizzazione delle risorse personali e professionali della persona "anziana" è già presente nelle famiglie, nelle imprese familiari e nelle attività intellettuali, in cui gli ultrasessantacinquenni sono elementi fondamentali del welfare familiare nella cura dell'infanzia o dei familiari, nonché nelle attività economiche, ma non è stato accolto nella previdenza, nella grande impresa o nella pubblica amministrazione.

Questo inciso per smentire la diffusa, sotterranea e superficiale identificazione dell'anziano come persona povera e bisognosa di assistenza che non fotografa la realtà di

¹ Cfr. Istat, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, pubblicazione del 28 settembre 2023; per le previsioni sulla struttura familiare Cfr. G.Della Zuanna, C.Gargiulo; Gli anziani italiani nel prossimo ventennio. Modifiche socio-demografiche e nuove sfide per il welfare, I luoghi della cura, 2/2020 <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/05/gli-anziani-italiani-nel-prossimo-ventennio-modifiche-socio-demografiche-e-nuove-sfide-per-il-welfare/>

una generazione di anziani istruiti, complessivamente più ricchi dei giovani e titolari di interessi, potenzialità e capacità di consumo tanto da parlare di “silver economy”.

Premesso di non poter trasporre l'invecchiamento nel proporzionale aumento dei bisogni è indubbio che all'aumentare dell'età aumentano i bisogni assistenziali.

L'Istat con riferimento al 2019 stima 3,9 milioni di anziani con gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive;² di questi circa 300 mila sono ricoverati in Rsa e i restanti 3,6 milioni assistiti a domicilio (1,1 milioni da un caregiver professionale e 2,5 milioni da familiari).³

Non sono comunque disponibili al momento attuale nel nostro paese rilevazioni uniformi e generali sulle persone in condizioni di non-autosufficienza e sulla loro distribuzione per età, anche per la mancanza di una univoca definizione.

Non appare comunque corretto riferire ai non autosufficienti l'Assistenza Domiciliare Integrata (d'ora in poi Adi), dato che essa ha in carico una quota di pazienti portatori di una o più cronicità, la cui prevalenza sulla popolazione all'aumentare dell'età⁴ e come avremo modo di vedere si colloca nei percorsi di cura e presa in carico della intera popolazione.

Al di là delle difficoltà di stime puntuali il quadro demografico mostra come la definizione di servizi sociali e sanitari per una popolazione sempre più anziana si debba imporre all'attenzione della politica e della pianificazione sociale e sanitaria. La situazione oggi è caratterizzata dal sovrapporsi di interventi non coordinati per cui:

“Le cure domiciliari assistono un numero crescente di anziani ma ad oggi la durata dei singoli interventi è quasi sempre breve mentre la sua intensità (le ore di assistenza settimanale) è spesso modesta.... Occorre rammentare che attualmente sono erogate in media annua per ogni anziano solo 9 ore di lavoro dell'infermiere ed altre 6 ore di altre professioni sanitarie. L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da 1 a 3 accessi mensili. Gli anziani non autosufficienti, inoltre, hanno bisogno di prestazioni domiciliari e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della vita dell'assistito. L'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore. Oggi così non è. Solo il 7% degli anziani assistiti con l'Adi ricevono cure integrate con l'assistenza domiciliare sociale”⁵.

² Sono circa 3 milioni e 860mila gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Di essi, 2 milioni 833mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione. Al crescere dell'età la quota di anziani con gravi difficoltà funzionali aumenta progressivamente: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultraottantacinquenni (63,8%). Cfr. Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, Report sulla situazione 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/259588>. Secondo altre stime 4,6 milioni di anziani in Italia dichiarano “moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività della vita domestica e di aver bisogno di cura per svolgere tali attività” e 2 milioni di italiani (il 33% degli ultrasessantacinquenni) “non si sentono adeguatamente aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa Cfr. Rapporto Osservasalute 2022, pag. 411 <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>

³ Le stime sono proposte da F.Longo in “Legge Delega anziani e Long Term Care” in “I luoghi della cura online 3/2023” <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2023/06/legge-delega-anziani-e-long-term-care-un-contributo-di-francesco-longo/>

⁴ Secondo le stime più accreditate gli italiani che presentano almeno una patologia cronica sono il 41% della popolazione, ma divengono l'86% nella popolazione ultra75 enne; il 21% della popolazione presenta due o più patologie croniche ma la prevalenza di multimorbilità cresce al 65% tra gli ultrasessantacinquenni Cfr. Osservasalute 2022, pag. 411, Ibidem

⁵ F. Pesaresi, Anziani non autosufficienti, come cambia l'assistenza domiciliare, Vita, 1 aprile 2023

Nel 2021 in Italia ogni assistito in Adi ha ricevuto in media 16 accessi infermieristici, 4 riabilitativi, 2 medici e 3 di altri operatori⁶: pur nella considerazione dei limiti intrinseci di un'assistenza domiciliare con un accesso mensile vedremo come i valori medi non siano espressivi della complessità e variabilità dei casi ricompresi nell'assistenza domiciliare.

Il 2023 propone due elementi di novità rappresentati dall'attuazione della misura 6.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e l'emanazione della legge-delega sull'assistenza agli anziani a cui dovranno seguire i decreti attuativi entro il gennaio 2024⁷.

La misura 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina della sezione 6 del PNRR definisce un investimento che *“mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti ... Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è stimato in 4,00 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti”*

Per raggiungere l'obiettivo del 10% di copertura degli ultrasessantacinquenni si programma un rilevante investimento (2,72 Mld€ per la sola estensione dell'ADI)⁸ cofinanziato da fondi nazionali che a partire dalla situazione del 2021 con 1,170mila assistiti⁹ in carico (pari al 6,26% degli ultrasessantacinquenni) ne aggiunga 806 mila entro il 2026¹⁰.

Il meccanismo di attuazione del PNRR prevede un cronoprogramma impegnativo, verifiche intermedie del grado di completamento a cui sono collegati i finanziamenti ripartiti in relazione alle attività svolte dal Ministero della Salute¹¹.

A fronte di questo rilevante sforzo finanziario ed organizzativo richiesto non sembrano essere ancora disponibili specifici strumenti di monitoraggio e valutazione dei sistemi assistenziali dell'ADI¹² per l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse con le informazioni raccolte dal Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD).¹³

La legge delega 33 del 2023 prevede invece all'interno di un intervento sistemico per la tutela e la valorizzazione dell'età avanzata la costituzione di un sistema integrato di interventi che si prenda carico complessivamente dei bisogni della popolazione anziana.

⁶ Annuario Statistico del Ministero della Sanità 2021, pagg. 28-30

⁷ Legge 33 del 23/3/2023 – Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane – G.U. 76 30/3/23

⁸ Il finanziamento per l'Adi non appare oggetto di riduzione o riscadenziamento nella revisione del PNRR proposta dal Governo al Parlamento nel luglio 2023, che riduce gli obiettivi ed il relativo invece il finanziamento alle Case di Comunità, agli Ospedali di Comunità, al servizio di Telemedicina, ed alle Centrali Operative Territoriali. Cfr. Ministero per gli Affari Europei, Proposte per la revisione del PNRR e capitolo REPower EU – Bozza – 27 luglio 2023, pagg. 103-108

⁹ A livello regionale solo le regioni Molise (con il 18,25%), il Veneto (con il 12,21%) e l'Emilia-Romagna (con il 10,45%) risultano avere in carico oltre il 10% dei cittadini ultrasessantacinquenni mentre le regioni Valle d'Aosta (con lo 0,63%), la provincia autonoma di Bolzano (con il 1,04%), Calabria (con il 2,49%), Sardegna (con il 2,94%), Liguria (con il 3,44%) e Lazio (con il 3,75%) presentano i valori minori, collocandosi tutte le altre con valori intermedi Annuario Statistico del Ministero della Sanità, 2021 pagg. 28-30

¹⁰ Anche negli obiettivi PNRR si propone il riferimento ai casi presi in carico, senza considerazione della loro variabilità.

¹¹ Decreto Ministro Salute 23 gennaio 2023 in GU 55 del 6 marzo 2023 “Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI) del Piano Nazionale di ripresa e resilienza” (PNRR) che dettaglia gli obiettivi e assegna le risorse per l'attuazione alle Regioni per il quadriennio 2022-2025

¹² L'unico indicatore di monitoraggio utilizzato che, come vedremo, mostra i propri limiti, è dato dalla percentuale di assistiti presi in carico sulla popolazione ultrasessantacinquenne e dal coefficiente di intensità assistenziale (CIA).

¹³ Il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 istitutivo del pubblicato in G.U. 9 gennaio 2009 e s.m.i.

Tra questi, allo scopo di questa trattazione, si disciplina l'assistenza domiciliare con:

- “la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare” (Art 4, c.2, pt I, num 1);
- “con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) ... a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria¹⁴, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale” (Art 4, comma 2, punto n);
- “l'adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale riferite alle persone anziane non autosufficienti” (Art 4, comma 2, punto m).

La legge definisce quindi un sistema unico con due semplici e logiche connotazioni:

- una unica valutazione multidimensionale che si occupi della persona nel suo ambiente e nelle sue condizioni di vita, ricomponendone gli aspetti e le criticità (sanitarie, sociali, economiche, psicologiche);
- un servizio integrato tra le varie componenti assistenziali e professionali con un piano di intervento unico centrato sulle esigenze della persona anziana;
- un idoneo sistema di valutazione delle prestazioni fornite (e dei loro effetti sulla persona).

¹⁴ L' ADI è attualmente una prestazione sanitaria di competenza delle Aziende Sanitarie e l'integrazione con l'assistenza domiciliare tutelare e di supporto alle attività della vita quotidiana è affidata a livello locale al coordinamento tra Comuni singoli ed associati, Aziende Servizi alla Persona e strutture sanitarie territoriali, con una situazione disomogenea.

Il Decreto Ministeriale istitutivo del Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare recita “In particolare sono oggetto di rilevazione tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari caratterizzati dai seguenti aspetti: la presa in carico dell'assistito, la valutazione multidimensionale dell'assistito; la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale; la responsabilità clinica in capo al Medico di Medicina Generale (MMG), al Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL; includendo tra queste, qualora siano soddisfatti i criteri sopra menzionati, anche le cure palliative domiciliari e le dimissioni protette” mentre non vengono rilevate come assistenza domiciliare le cure prestazionali (che non prevedono presa in carico né valutazione multidimensionale) né l'ospedalizzazione domiciliare assicurata da una equipe ospedaliera.

2. L'Assistenza Domiciliare Integrata nel sistema territoriale

2.1 L'ADI nei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali

L'integrazione dell'ADI nel sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali richiede l'individuazione del cittadino o del suo specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale come oggetto unitario di riferimento dei servizi superando l'approccio secondo singole prestazioni e singoli segmenti del percorso.

Intendiamo il Piano o Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) come processo organizzativo costituito da una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale, di ricovero ospedaliero, territoriale o domiciliare che prevede la partecipazione integrata di diversi professionisti oltre al paziente stesso per realizzare prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione ed assistenza adeguata per la specifica situazione patologica o le particolari condizioni personali, familiari ed ambientali dato il sistema di offerta disponibile sul territorio.

Lo sviluppo dei servizi sanitari secondo una logica di specializzazione, sul territorio come nei luoghi di ricovero, ha prodotto una parcellizzazione delle prese in carico basate sulla struttura di offerta e le sue competenze per cui, la distribuzione Presidi, l'Ambulatorio Antidiabetico, l'Assistenza Domiciliare, il Servizio di Fisioterapia si occupano di aspetti specifici senza prendere in carico la persona nella sua condizione familiare e sociale; anche il Medico di Medicina Generale non sempre ha contezza della situazione del cittadino. Parallelamente alla parcellizzazione delle competenze per segmento terapeutico si è realizzata la parcellizzazione del sistema informativo con l'introduzione di indicatori di risultato di segmento aventi significato parziale e non di percorso (uno tra tutti l'intervento entro le 48 ore per la frattura del collo del femore al posto del recupero funzionale)¹⁵.

Come avremo modo di illustrare, l'approccio per prestazioni ed il mancato approccio di percorso orienta anche l'osservazione ed il controllo dei risultati delle terapie, per cui si realizza spesso un "errore di composizione" per cui ogni struttura cerca di perseguire il proprio migliore risultato parziale ma la composizione di questi non corrisponde al miglior perseguimento del risultato complessivo del PDTA in termini di efficacia ed efficienza.

La considerazione invece della situazione complessiva del cittadino in età avanzata nella sua famiglia o comunità, non come passivo "paziente" ma come attivo "cittadino coproduttore" e delle sue necessità, anche inesprese, di cura, riabilitazione ed assistenza sanitaria e sociale richiede l'integrazione di servizi sanitari e sociali, pubblici e privati, formali ed informali valorizzando capacità e risorse disponibili.

La considerazione delle necessità inesprese dei cittadini attraverso l'educazione sanitaria e la medicina di iniziativa è strumento necessario per l'effettivo superamento delle disuguaglianze rendendo disponibili ai cittadini meno informati e con meno strumenti culturali e relazionali il sistema dei servizi, che in alternativa sarebbe rivolto solo alla parte più informata ed acculturata della popolazione. La dinamica si manifesta tipicamente nel trattamento delle patologie croniche in cui il livello economico e culturale rappresenta spesso elemento discriminante nell'accesso ai servizi, nella prevenzione delle complicanze

¹⁵ cfr. "Dall'assistenza domiciliare all'integrazione dei segmenti di cura. La rivoluzione copernicana del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente e dell'unico sistema informativo" su <http://amsacta.unibo.it/6518>.

e in definitiva nel livello di salute, dell'aspettativa di vita in condizioni accettabili. Abbiamo citato risorse pubbliche e private, formali ed informali, per ricordare come siano preziosi partecipazione e supporto di reti e comunità sociali (familiari, amicali, professionali, sportive, sociali) formali o no, in cui il cittadino vive.

A corredo del ruolo della medicina territoriale ricordiamo come i servizi ospedalieri siano parte del sistema e debbano essere integrati con i servizi territoriali (nonostante la loro diversa cultura organizzativa e le barriere normative) partendo dalla condivisione delle procedure, fino alla definizione di responsabilità unificate del percorso del paziente non suddivise tra setting organizzativi.

Si completa così la lettura sistemica delle cure domiciliari potendosi leggere

- le prestazioni come operazioni elementare (e non gli accessi);
- gli episodi di cura come processi;
- le aggregazioni di episodi come combinazioni parziali;
- le tipologie di prestazioni professionali come coordinazioni parziali
- il sistema di cure domiciliari come combinazione generale

Individuiamo nella prestazione l'operazione elementare, ossia l'elemento che in base ad una decisione (la lesione cutanea dell'assistito deve essere medicata ogni giorno) determina una modificazione dello stato del sistema (la lesione cutanea è stata medicata) e una rilevazione (la registrazione sulla cartella dell'assistito della medicazione svolta).

2.2 – Il case management dell'assistenza domiciliare integrata

La condivisione delle procedure e l'integrazione dei sistemi informativi attorno all'assistito tra Ospedale, Cure Intermedie, Assistenza Domiciliare, Cure Primarie, Medico di Medicina Generale rappresenta l'obiettivo da raggiungere ma la piena integrazione informativa ed organizzativa è una condizione quasi mai presente. Per operare l'integrazione si è introdotto il "case manager" incaricato di coordinare servizi attorno al "caso" del cittadino; questi però non sempre riesce a ricomporre i percorsi operando all'interno di un servizio (ospedaliero o territoriale) senza poteri di coordinamento degli altri.

L'introduzione di un case manager "trasversale" ai servizi ed alle strutture di offerta (con la responsabilità dell'utilizzo delle risorse sanitarie ed assistenziali dal ricovero, alle strutture intermedie fino al domicilio) richiede una riallocazione delle responsabilità e dei poteri non sempre compatibile con l'attuale ordinamento ospedaliero e sanitario.

D'altra parte se gran parte dei PDTA prevedono una parte di trattamento in regime di ricovero ospedaliero ed una parte in regime di cure intermedie o territoriali il case manager incaricato di seguire il percorso dovrà essere in grado di coordinare risorse che fanno riferimento a diversificate strutture di offerta. Si pensi al classico PDTA per il trattamento della frattura del collo del femore per cui è previsto un intervento chirurgico in regime ospedaliero ed una fase di riabilitazione prima ospedaliera e poi in cure intermedie (reparto di riabilitazione od ospedale di comunità) seguito da trattamento domiciliare o ambulatoriale

Quanto alla presa in carico "territoriale" sono stati proposti diversi modelli quali:

- il Medico di Medicina Generale o meglio di fiducia come "Case Manager Naturale" del cittadino coadiuvato da personale infermieristico e di supporto assegnato e pagato dal servizio pubblico a supporto della sua funzione

- l'Infermiere di Famiglia e di Comunità o altro professionista della Casa della Comunità territoriale espressione del Distretto Sanitario come case manager a coordinare le risorse disponibili sul territorio tra cui anche i Medici di Medicina Generale;
- l'Infermiere case manager per gruppi di cittadini patologie secondo la patologia prevalente (diabetici, cardiopatici, broncopneumopatie, etc) ampliando e generalizzando il modello degli ambulatori infermieristici della cronicità.

Una specifica soluzione organizzativa è stata attuata dall'Azienda Provinciale Sociale e Sanitaria di Trento con la costituzione di "dipartimenti trasversali"¹⁶ (ostetrico-ginecologico, pediatrico, anziani all'interno del Servizio Ospedaliero e di cure primarie, riabilitazione, salute mentale all'interno dei Distretti Sanitari) incaricati di supportare e seguire i cittadini e le famiglie sia all'interno delle strutture ospedaliere che nei servizi territoriali garantendo l'integrazione dei servizi sociali territoriali con quelli sanitari

2.3- L'Assistenza Domiciliare Integrata come sistema di servizio

L'Azienda Sanitaria, direttamente od indirettamente erogando il servizio di assistenza domiciliare deve definire il particolare sistema di servizio integrando elementi personali, materiali ed immateriali per fornire un sistema di utilità (in questo caso anche interpretando la domanda e traducendola in un piano assistenziale individualizzato).

I servizi presentano alcune caratteristiche da tenere sempre presenti anche per l'ADI: innanzitutto un servizio è costituito da un complesso di azioni e relazioni con il cittadino e (pur essendo immaginato, progettato e definito) non esiste prima di essere prestato e solo in quel momento (non può essere verificato e testato preventivamente).

Inoltre nel servizio si applica un modello predefinito ma il servizio deve essere ridefinito ogni volta in relazione alle condizioni dell'ambiente e del paziente-destinatario-cittadino-coprodotto, della famiglia o dei caregivers se presenti.

Ogni servizio è inoltre costituito da un sistema di utilità di alcune sono caratteristiche e definenti (core) il servizio ed altre sono accessorie che completano e differenziano il servizio (peripherals).

Nel definire specifici pacchetti di servizio per ogni destinatario si può perseguire la standardizzazione riducendo utilità ed elementi accessori (per ridurre il costo) oppure la personalizzazione definendo un particolare sistema di utilità per ogni destinatario.

L'esempio più semplice può essere quello del trasporto con un mezzo di linea (con orari, percorsi e servizi standard) oppure con una automobile a noleggio con conducente (con orari, percorsi e servizi personalizzati). Applicando l'analisi ai servizi sanitari possiamo avere un ambulatorio ortopedico semplice, oppure un ambulatorio con terapia antalgica, palestra riabilitativa, consulenza fisiatrica e riabilitativa, piscina terapeutica e distribuzione di presidi; questi tre elementi non sono necessari per un ambulatorio ortopedico ma contribuiscono a differenziare e completare il servizio. Dalla considerazione di quali servizi accessori siano utilizzati è possibile ridefinire il servizio aggiungendo utilità, eliminando le meno utili o enucleando alcune utilità accessorie in un servizio autonomo

¹⁶ L'Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento ha definito Dipartimenti trasversali con un Direttore responsabile unico per ospedale e territorio per riabilitazione, pediatria, ostetricia e ginecologia, salute mentale, anziani e longevità

Nei servizi venduti a prezzi “di mercato” il prezzo pagato rappresenta una valutazione, anche se imprecisa ed approssimata, del valore attribuito al servizio dal cliente stesso, da comparare al costo che l’organizzazione sostiene per produrlo ed erogarlo. Nei servizi sanitari come l’Adi erogati in assenza di prezzi remunerativi sta al professionista e ai dirigenti valutare se le risorse impiegate per produrre un particolare servizio siano economicamente impiegate. Nella valutazione di costi ed effetti delle attività sanitarie è necessario prendere in considerazione le esternalità indotte dall’ organizzazione dei servizi sul cittadino e sulla sua famiglia, (tipicamente rappresentati da oneri sostenuti dai cittadini e dalle famiglie per trasporti, ore di lavoro perse per accompagnare congiunti o chilometri per ritirare documenti). La valutazione di questi oneri va inserita nella valutazione di economicità dell’erogazione del servizio per orientare orari e modelli di erogazione dei servizi al cittadino considerato parte del sistema e non utente passivo.

Per descrivere, programmare e controllare il modello di erogazione del servizio ossia la “servuction” si descrive il ruolo dei diversi elementi del servizio che interagiscono per costruire l’esperienza del servizio; gli elementi del servizio sono identificati in:

- a) Il cliente (il cittadino-assistito-coproduttore)
- b) Il personale di contatto (i professionisti impegnati nell’Adi)
- c) Il servicescape (nell’Adi il domicilio del cittadino e gli strumenti fisici dell’erogazione)
- d) Gli altri clienti (nell’Adi la famiglia o gli altri caregiver o conviventi)
- e) Il sistema organizzativo (sistemi logistici, informativi, di personale, di supporto all’Adi).

L’applicazione del modello al servizio di assistenza domiciliare induce alcune considerazioni per il governo della maggiore complessità di progettazione del servizio.

In generale per l’Adi il modello di servizio deve adeguarsi ad abitazione, famiglia, comunità, territorio e ambiente in cui il cittadino vive e lavora, quindi non è il cittadino a doversi adeguare ad orari e ritmi della struttura sanitaria ma piuttosto l’operatore è “in trasferta in casa d’altri” e deve operare nell’ambiente umano e culturale del cittadino.

Gli effetti del fenomeno migratorio con la necessità di inserirsi in famiglie e comunità caratterizzate da culture familiari molto diverse da quella italiana rappresenterà una sfida per i servizi territoriali nei prossimi decenni

Quanto al destinatario principale dei servizi, dobbiamo sottolinearne il passaggio dal ruolo passivo di paziente-cliente a quello attivo di cittadino-coproduttore nella erogazione del servizio sanitario erogato in una relazione più o meno diretta, intensa e lunga tra cittadino, la sua famiglia e la comunità e il personale (medico, infermieristico, tecnico, amministrativo dell’azienda, del sistema pubblico o di aziende partners).

Ogni piano terapeutico ma specialmente il trattamento delle cronicità o del cittadino anziano si basa non solo sul consenso informato ma sull’“alleanza terapeutica” tra personale sanitario, cittadino e caregiver familiare o professionale. Lo stabilirsi dell’alleanza terapeutica richiede la piena informazione, la co-decisione e co-programmazione dei trattamenti, la collaborazione operativa del cittadino e del suo ambiente, la co-valutazione dei trattamenti e dei loro effetti. Queste fasi possono essere formalizzate o informali, ma condizionano efficacia e soddisfazione del programma terapeutico: il DM 77 accoglie semplicemente questo approccio parlando di “co-progettazione con gli utenti”

Il servizio erogato dal personale sanitario e sociale rappresenta una relazione di aiuto, ed accompagnamento che può durare a lungo; qualità della relazione e sintonizzazione

dei professionisti sulle esigenze del cittadino e della famiglia (nel rispetto delle indicazioni del piano assistenziale) sono elemento determinante non solo della qualità percepita ma anche dell'efficacia del servizio. Si pensi a come può cambiare la qualità percepita del servizio con l'adeguamento degli orari ai ritmi familiari oppure con l'instaurazione di una relazione positiva di collaborazione con familiari di riferimento o con caregivers.

Al di là di programmi e criteri dichiarati, vi sono cittadini che sono in Adi per anni seguiti dagli stessi operatori con cui possono instaurarsi legami umani e di fiducia fondamentali; il rapporto univoco del cittadino-assistito con un solo operatore per un lungo periodo rende possibili anche valutazioni affidabili di soddisfazione del cittadino sull'operatore

Quanto al servicescape o ambiente fisico del servizio, le differenze sono sostanziali dato che l'abitazione, i presidi e supporti presenti o fornibili e le possibilità di movimento del cittadino assistito condizionano l'erogazione del servizio e il mantenimento o il recupero dell'autonomia, che rappresenta sempre un obiettivo nel caso di anziani.

A differenza degli ambienti dei presidi sanitari tradizionali in cui il professionista opera in un ambiente "preventivamente e stabilmente progettato ed attrezzato per erogare il servizio" nell'assistenza domiciliare l'operatore deve "utilizzare la casa come ambiente per i servizi sanitari" con eventuali strumenti e presidi. Dobbiamo notare che mentre per i servizi di emergenza del 118 si sono sviluppati una serie di strumenti e presidi per completare i mezzi di soccorso, per l'assistenza domiciliare integrata non sono presenti ancora molti presidi specifici

Nel modello di servizio si considerano gli "altri clienti" la cui contemporanea fruizione del servizio può valorizzare od ostacolare il godimento del servizio da parte del cliente mentre nell'assistenza domiciliare possiamo individuare come "altri clienti" i familiari di riferimento od i caregivers professionali o volontari che possono facilitare od ostacolare l'efficacia del servizio essendo presenti accanto al cittadino assistito per un tempo maggiore del tempo dell'assistenza domiciliare.

Il sistema organizzativo di supporto all'Adi rappresenta la parte di servizio che non viene in contatto con l'assistito ma rende possibile l'erogazione del servizio: è necessario che dietro la facciata del personale di contatto e dell'ambiente fisico vi sia un sistema organizzativo le cui componenti fondamentali sono:

- la gestione dei professionisti operanti, con collaboratori e volontari se presenti;
- l'approvvigionamento e la logistica per rendere disponibili i materiali necessari;
- la gestione e manutenzione degli apparati tecnologici in uso;
- i sistemi informativi per il trattamento delle informazioni

con l'introduzione della Centrale Operativa Territoriale in funzione di coordinamento.

Sulla gestione delle persone, nel momento in cui il servizio di assistenza domiciliare è chiamato a prendere in carico casi di una certa complessità è necessaria una specifica azione di selezione, formazione, rotazione (che potrebbe coinvolgere i servizi di ricovero per dare a tutti i professionisti ospedalieri e territoriali contezza ed esperienza dell'intero percorso terapeutico) che non può essere limitata al collocamento delle risorse disponibili. Anche per i materiali (presidi per alimentazione, medicazioni ed altri) l'affidamento di casi più complessi richiede una gestione degli approvvigionamenti specifica.

La bassa complessità dei casi affidati all'Adi ed il limitato uso delle tecnologie sanitarie a domicilio ne ha ad oggi limitato i problemi di gestione; la possibilità di utilizzare

apparecchiature sanitarie e sensori connessi in rete per il telecontrollo ed il telemonitoraggio richiede invece di disegnare una funzione di gestione delle tecnologie in utilizzo domiciliare.

La Centrale Operativa Territoriale COT è stata inserita dal DM 77 come modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali per assicurare continuità, accessibilità ed integrazione sociosanitaria.

La COT svolge tali compiti grazie all'integrazione dei sistemi informativi attorno al cittadino assistito superando la frammentazione per setting ed unità di offerta.

Esiste un rapporto dialogico tra modelli di PDTA predefiniti e loro applicazione concreta da parte della COT alla luce delle possibilità offerte dall'ambiente di vita del cittadino e delle risorse disponibili. Ogni PDTA si traduce nel Piano Assistenziale Individualizzato per la particolare situazione personale, familiare, territoriale ed ambientale del cittadino e deve essere ad essa adeguato da chi svolge la funzione di case manager tenendo conto della situazione concreta, di costi ed oneri indotti sul sistema sanitario e sul cittadino e la famiglia: dal confronto di oneri e risultati attesi dai diversi setting di cura può e deve scaturire una revisione dell'applicazione del PDTA al caso.

Per un anziano in trattamento con anticoagulanti orali vivente in un luogo lontano con difficoltà di accesso ad un centro prelievi, che dovrebbe essere periodicamente accompagnato dalla famiglia per il controllo INR, può essere opportuno e predisporre prelievi domiciliari o presso altre strutture sanitarie più vicine ed accessibili. Il problema riguarda soprattutto i territori periferici, montani in cui è maggiore la presenza di anziani e minore la diffusione di popolazione e presidi

In questo senso ogni implementazione di un piano assistenziale richiede al case manager territoriale o al professionista della COT non solo la conoscenza dell'ambiente in cui opera ma anche una dose di creatività nel costruire soluzioni date le risorse limitate.

2.4 - L'Assistenza Domiciliare Integrata nel sistema dei servizi territoriali

Appare chiaro a questo punto come una lettura riduttiva dell'assistenza domiciliare integrata come il "mandare l'infermiere a casa quando il medico lo chiede" coglie solo la parte operativa di un processo di definizione, programmazione, erogazione e valutazione di un segmento dei servizi sanitari territoriali. La progettazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata richiede invece una "composizione creativa" degli elementi che vada oltre l'applicazione degli standard considerando nella particolare situazione:

- a) la conformazione del territorio e dei trasporti
- b) la distribuzione della popolazione e dei nuclei familiari
- c) i bisogni stimati e i quadri clinici ed assistenziali espressi in domanda
- d) lo stato di attuazione dei PDTA maggiormente
- e) la distribuzione dei presidi sanitari pubblici sul territorio
- f) la distribuzione territoriale ed oraria dei Medici di Medicina Generale
- g) la distribuzione territoriale delle Farmacie dei Servizi
- h) la presenza e distribuzione di presidi socio-sanitari privati sul territorio
- i) la disponibilità e i servizi del Servizio di Assistenza Domiciliare
- j) la presenza di servizi aggiuntivi al SAD (vacanze, centri diurni, sport)

k) la presenza di volontari o altri soggetti sociali di supporto ed Ets operanti sul territorio

Il ruolo delle risorse sociali informali a supporto dei programmi di cure primarie, medicina territoriale ed Adi va dal coinvolgimento di volontari singoli non organizzati, a quello di formazioni sociali o religiose o di volontariato (parrocchie, sindacati, pro-loco, gruppi giovanili) fino alla definizione di progetti di "Amministrazione Condivisa" ai sensi dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore con cui gli Enti di Terzo Settore sono chiamati come partner e non come fornitori degli Enti Pubblici a co-programmare e co-progettare i servizi sociali e sanitari proponendo soluzioni innovative per dare risposte a particolari situazioni utilizzando le risorse sociali.

Un elemento di complessità è rappresentato dalla necessità di integrare il SAD, di competenza comunale, con i servizi sanitari attraverso la definizione di procedure di presa in carico congiunta con l'integrazione dei sistemi informativi.

Un ostacolo all'integrazione di servizi sanitari e sociali è rappresentato dal diverso criterio di finanziamento per cui i servizi sanitari sono finanziati dalla fiscalità generale attraverso la ripartizione del Fondo Sanitario alle Regioni mentre i servizi sociali sono affidati al finanziamento dei Comuni: ciò porta a infinite diatribe su cosa sia sociale e sanitario

Dopo aver esaminato la configurazione del servizio Adi dobbiamo collocarla nel sistema territoriale ricordando come essa sia segmento di un sistema di cura che coinvolge:

- a) la funzione di Epidemiologia del Distretto Sanitario e del Dipartimento di Prevenzione
- b) i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta operanti sul territorio
- c) la Medicina Specialistica Ambulatoriale
- d) le Farmacie Convenzionate e le Farmacie dei Servizi
- e) le Case della Comunità (hub e spoke) operanti
- f) gli Ospedali di Comunità
- g) l'unità di Continuità Assistenziale
- h) l'Assistenza Domiciliare Integrata comprese le Cure Palliative
- i) gli Infermieri di Famiglia e di Comunità
- j) il Servizio di Salute Mentale
- k) il Consultorio per la Tutela della salute di minori, donne, coppie e famiglie
- l) la Telemedicina
- m) Presidi Ospedalieri esterni al territorio ma integrati al sistema.

Servizi e setting sopra elencati non sono equivalenti nella relazione con il cittadino e nella collocazione nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale:

1) Epidemiologia, Specialistica, Farmacie, Case della Comunità, Continuità, Salute Mentale e Consultorio sono disponibili per tutta la popolazione con accesso libero senza presa in carico, senza fruizione esclusiva o coordinata altri setting;

2) Medici di Medicina Generale sono disponibili in un rapporto univoco tra cittadino e professionista (ogni cittadino ha un MMG e si rivolge solo a lui);

3) i Ricoveri Ospedalieri o in Ospedale di comunità prevedono una presa in carico e sono esclusivi rispetto agli altri setting (se si esclude la partecipazione di MMG e IFeC negli Ospedali di Comunità) ma possono essere coordinati con altri setting del PDTA.

4) gli Infermieri di Famiglia e Comunità non trovano una collocazione univoca poiché non è ancora chiaro se il loro ruolo debba essere sostitutivo o solo integrativo

5) l'Adi prevede la presa in carico del cittadino contemporanea (il cittadino in Adi è in carico al proprio MMG, può fruire della specialistica ambulatoriale, della telemedicina e del

servizio di salute mentale) o coordinata con altri setting (un periodo di Adi è previsto come dimissione protetta dopo un ricovero ospedaliero o in ospedale di comunità);

Le caratteristiche di contemporaneità e di complementarità del segmento Adi rispetto ad altri setting nei piani sanitari ed assistenziali propone un elemento di maggiore complessità: se l'Adi è solo un segmento di un percorso la valutazione di costi e risultati non può essere letta totalmente separata da costi e risultati del percorso, ma va sempre intesa come valutazione parziale su un sottosistema all'interno del più ampio sistema territoriale. Ciò non significa che non si possano esprimere valutazioni di segmento, ma che tali valutazioni devono essere lette alla luce del sistema complessivo

2.5 – L'Assistenza Domiciliare Integrata nelle previsioni del DM 77

Nell'analisi dobbiamo partire dal più volte citato DM 77 che definisce l'Assistenza Primaria come l'*“erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”*¹⁷. A partire da questa visione complessiva si cercano di disegnare poi i ruoli del sistema prevedendo che:

“Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle Cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'Integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico,
- con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con Logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio,
- sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della Co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della Partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

¹⁷ Direzione Generale Salute Unione Europea (DG SANCO), 2014

Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all’accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato”

Si definisce innanzitutto la casa come “luogo privilegiato dell’assistenza” e si colloca l’Adi nelle Case della Salute o della Comunità individuate quali “strutture di prossimità” ossia strutture organizzative di base di riferimento per la popolazione in ottica multiprofessionale e di integrazione tra assistenza sociale e sanitaria.

La richiesta di stratificazione dei bisogni e di attenzione attiva ai cittadini più fragili cerca di contribuire a superare le disuguaglianze di salute ostacolo ai diritti di cittadinanza concentrando le risorse non in base alla sola domanda esplicita di servizi.

Il riferimento ai modelli di servizi digitalizzati per l’individuazione delle persone da assistere e la gestione dei percorsi individua nell’integrazione dei diversi sistemi informativi riferiti al cittadino un elemento fondamentale per l’integrazione dei servizi.

Oltre ad integrare o diversi sistemi informativi sanitari dei setting assistenziali occorre integrare i sistemi informativi e dei vari enti pubblici (territoriale, anagrafe della popolazione, previdenziale) per intercettare bisogni e situazioni degne di attenzione: la maggiore riservatezza dei dati sanitari costituisce spesso un limite all’utilizzo di queste informazioni.

Il richiamo alla coprogettazione del cittadino lo vede come soggetto attivo e non come paziente e il riferimento alla sua partecipazione nelle formazioni sociali del territorio colloca la tutela della salute non come fatto tecnico ma come elemento del tessuto sociale.

Ricordiamo come il sistema di welfare del nostro paese abbia origine dalla mutualità socio-sanitaria tuttora presente in funzione integrativa; in alcune regioni le Misericordie, antichissimi sodalizi svolgono un ruolo importantissimo di organizzazione dei servizi e partecipazione. Le forme mutualistiche ed associative previste dal Codice del Terzo Settore sono utilizzate come strumento di gestione dei servizi e strumento di partecipazione.

Le linee programmatiche dei servizi descrivono poi il progetto di salute come strumento di programmazione e controllo degli standard assistenziali, terapeutici e riabilitativi e come strumento di coordinamento dei professionisti con un esplicito riferimento a come Piani Assistenziali e Riabilitativi Individualizzati si articolano nei setting di cura (territoriali ed ospedalieri).

L’Adi e gli altri servizi territoriali compresi i servizi con sistemi a controllo remoto sono coordinati dalla Centrale Operativa Territoriale che provvede all’integrazione delle informazioni del cittadino a supporto della gestione dei diversi servizi.

Le informazioni sul percorso del cittadino che, singolarmente considerate supportano l’assistenza, collettivamente analizzate alimentano il processo di programmazione e controllo permettendo “la riprogrammazione delle attività su base periodica.

L’utilizzo delle informazioni sulla presa in carico è utile per la revisione di qualità del trattamento del caso, ma la considerazione dell’aggregato delle informazioni su gruppi di

percorsi consente di valutare a posteriori il modo con cui l'organizzazione ha attuato l'assistenza, attivando con un processo di feedback sugli stessi percorsi

Al centro di questa ricomposizione informativa dovrà collocarsi il rinnovato Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 in cui le aziende sanitarie pubbliche e private convenzionate e i professionisti sanitari riportano le informazioni sanitarie del cittadino, purtroppo ancora carente delle informazioni relative all'assistenza territoriale¹⁸

A completamento esterno della descrizione della medicina territoriale ricordiamo come i servizi ospedalieri siano parte del sistema e debbano essere integrati con i servizi territoriali (nonostante la loro diversa cultura organizzativa e le barriere normative) partendo dalla condivisione delle procedure, fino alla definizione di responsabilità unificate del percorso del paziente non suddivise tra setting organizzativi.

La condivisione delle procedure operative e l'integrazione dei sistemi informativi attorno all'assistito tra Ospedale, Cure Intermedie, Assistenza Domiciliare, Cure Primarie, Medico di Medicina Generale ed Assistenza Sociale rappresenta l'obiettivo da raggiungere; anche se sono frequenti (a partire dalla gestione delle dimissioni protette) esperienze di Case Management che seguono il paziente sia in ospedale che dopo la dimissione la piena integrazione informativa ed organizzativa è una condizione quasi mai presente.

L'organizzazione degli ospedali e dei servizi territoriali si è sviluppata negli anni in modo parallelo e non integrato, come i loro sistemi informativi, per cui ora è necessario integrarli attorno all'assistito vedendoli "dal lato della domanda o dei bisogni" e non piuttosto "dal lato della produzione".

L'Adi risulta allora un elemento del sistema territoriale regolata da strumenti organizzativi rappresentati dai PAI e dai PRI (in cui si definisce la parte del setting Adi nel percorso di cura ed assistenza) e dalle procedure che assegnano e regolano le varie fasi della procedura di presa in carico ed assistenza in relazione agli altri elementi del sistema.

Le procedure amministrative, organizzativa e sanitarie dell'Adi rappresentano dal punto di vista aziendale processi, ossia "successioni logiche e temporali di operazioni" così come processi sono in genere i protocolli professionali. Aggregando i processi per tipologie secondo un criterio di specializzazione si organizza l'azienda per specialità (come per le divisioni ospedaliere) mentre aggregandoli per età o residenza dei destinatari, si ragiona per gruppi di popolazione (come nell'organizzazione distrettuale); i due criteri possono essere applicati congiuntamente costruendo aggregati ristretti ed omogenei (la prevenzione oncologica nel distretto di Bologna o per le donne tra i 25 ed i 45 anni).

Il passaggio dalla considerazione del caso del singolo cittadino al gruppo di processi o di destinatari significativamente omogenei è fondamentale perché segna la differenza tra modello professionale (relazione professionista-paziente) alla definizione consapevole e di un modello di gestione sanitaria (relazione tra sistema sanitario e popolazione o gruppi).

¹⁸ La bozza di decreto interministeriale tra Ministero della Salute, dell'Economia e all'Innovazione su Tecnologica prevede all'art. 3 tra i contenuti del FSE i dati personali identificativi ed amministrativi, i referti, i verbali di Pronto Soccorso, le lettere di dimissione, il profilo sanitario sintetico, le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, le cartelle cliniche, l'erogazione farmaci, le vaccinazioni, le erogazioni di assistenza specialistica, il taccuino personale dell'assistito, i dati delle tessere per titolari di impianti, le lettere di invio per screening. Il FSE è appare ancora ad orientamento ospedaliero orientato alle malattie acute e sono assenti informazioni relative all'assistenza domiciliare e alle altre attività territoriali.

In ogni sistema organizzativo esistono prassi e/o procedure, formalizzate o no, di accesso, coordinamento ed assegnazione di compiti e responsabilità, e controllo: quanto all'assistenza domiciliare tra i servizi territoriali si deve comunque definire (omettiamo la specificazione Adi perché le note sono applicabili alle diverse prese in carico territoriali):

- a) quali assistiti siano eleggibili per la presa in carico (per diagnosi, età, condizioni cliniche, Pdta applicato): nel definire i PDTA aziendali o nell'applicazione delle Linee Guida si possono programmare uno o più passaggi in Adi in corrispondenza a fasi predefinite del percorso. La cosa è comune per alcuni Pdta quali la frattura del collo del femore o nelle cure palliative in cui è necessario programmare il programma riabilitativo oppure l'accesso in hospice, ma è considerabile per ogni Pdta se si considera il setting domiciliare come uno degli ambienti di cura disponibili (anzi realizzando il principio delle "casa come primo luogo di cura".
- b) da chi e come può essere richiesta la presa in carico: essa può provenire dal Medico di Medicina Generale, dall'Ospedale, dallo stesso assistito o dalla famiglia, da altri servizi pubblici che segnalano il bisogno. E' ipotizzabile che la presa in carico possa essere proposta anche sulla base di una stratificazione bisogno derivante dalla lettura proattiva delle basi dati sanitari disponibili dal servizio di epidemiologia territoriale per intercettare una domanda inespressa
- c) che ruolo svolge la Centrale Operativa Territoriale, essendo unità organizzativa di nuova introduzione, richiede una riprogettazione critica delle procedure operative, non potendosi risolvere la sua introduzione come una mera interposizione di funzioni
- d) come viene gestita la valutazione multidimensionale e chi definisce il PAI: la richiesta dell'Adi così come di altre prese in carico territoriali è sottoposta ad una valutazione che può essere negativa oppure originare una diversa proposta di piano assistenziale temperando l'appropriatezza delle cure, nonché l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse
- e) chi eroga il servizio e come si integra con gli altri servizi comunale: la presenza in alcune situazioni di diverse équipes o di privati accreditati permette di scegliere a quale nucleo affidare l'assistenza (il criterio territoriale non è il solo, ma avremo équipes per le cure palliative oppure per le pediatriche o per le gravi disabilità)
- f) quali sono gli obiettivi della presa in carico e quali le valutazioni previste: la definizione di obiettivi ed indicatori da sottoporre a controllo in intervalli definiti permette di evitare la "cronicizzazione della presa in carico" che si verifica nelle aspettative degli operatori prima che nella condizione degli assistiti (nonostante le previsioni, le verifiche periodiche e finali delle prese in carico sono spesso trascurate, rendendo impossibile il controllo efficace del servizio. Trattandosi spesso di pazienti anziani con una assistenza onerosa dobbiamo chiarire che il mantenimento delle condizioni o il rallentamento del deterioramento fisico e psichico ed il sostegno della famiglia possono rappresentare a pieno titolo un obiettivo del programma

2.5 La strategia delle cure territoriali dell'Azienda Sanitaria

A conclusione di questa incompleta esposizione del sistema delle cure territoriali vorremmo affermare come l'introduzione e lo sviluppo dei setting di cura territoriale (Casa

della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Ospedale di Comunità, Telemedicina, etc) richieda la revisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per definire una matrice strategica delle cure territoriali (costituente un sottoinsieme della matrice strategica di prevenzione, cura e riabilitazione di azienda sanitaria e territorio).

Sulla base dell'analisi di popolazione, territorio e servizi disponibili (riproponendo le dimensioni strategiche prodotti-servizi, clienti-destinatari, tecnologie-modalità di erogazione) occorre definire per ogni azienda o distretto:

- quali servizi attivare (tra prestazioni singole o coordinate in singoli percorsi diagnostico terapeutico assistenziali);
- per quali cittadini singoli o gruppi di essi (definendo specifiche strategie di prevenzione o trattamento oltre alla risposta alla domanda dei cittadini);
- con quali modalità di accesso (tra obbligatorietà, offerta alla popolazione, offerta a gruppi definiti, su domanda del professionista o del cittadino) e di finanziamento (tra gratuità assoluta, compartecipazione spesa o ticket, pagamento pieno del cittadino);
- in quale tipologia di sede di erogazione (ospedaliera, Casa della Comunità, studi MMG, Farmacia dei Servizi, Domiciliare, in altre modalità);
- in quale sede territoriale di erogazione (nella stessa azienda in diversi territori il centro prelievi o la distribuzione farmaci può essere localizzata in un caso presso la struttura ospedaliera, in altri presso la Farmacia dei Servizi)

Esiste sempre, dichiarata o meno, una strategia di erogazione delle cure territoriali (almeno quella costituita dalla situazione consolidatasi nel tempo come prassi): introdurre un servizio aggiuntivo o potenziare oppure semplicemente adeguarlo al mutamento delle tecnologie disponibili o ad una diversa lettura dei bisogni della popolazione richiede una riconsiderazione della strategia di erogazione da parte della Direzione.

3 L'Assistenza Domiciliare Integrata ed il suo sistema informativo

3.1 L'Assistenza Domiciliare Integrata nella previsione normativa

La programmazione sanitaria nel Dm 77 definisce le cure domiciliari, come
“un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato ...

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello)¹⁹ e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Programmazione e verifica periodica delle attività e valutazione dell'adeguatezza del setting assistenziale sono affidate alla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ...

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI)”.

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali²⁰ anche se l'assegnazione della responsabilità clinica a MMG può indurre un elemento di ambiguità sulla competenza a decidere su accesso, continuazione, e conclusione del setting di assistenza domiciliare.

La corresponsabilità nella gestione richiede di integrare approccio del MMG caratterizzato dalla responsabilità esclusiva del trattamento e funzioni dell'Unità Multidimensionale di Valutazione collegiale.

Si richiede poi il possesso di alcuni requisiti, per lo più strutturali ed organizzativi per i soggetti (pubblici e privati) che erogano cure domiciliari²¹, si assegna al Distretto il governo

¹⁹ Le Cure Palliative Domiciliari distinte ma integrate nell'Adi possono essere erogate dalle stesse equipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative.

²⁰ Il DM 77 prevede che *“Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale”.* La successiva Legge Delega 33/2023 sull'assistenza agli anziani ripropone a livello nazionale il criterio di uniforme classificazione multidimensionale disponendo *“la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee-guida a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, socio-sanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale”* (Legge 33/2023 Art. 2, comma 2, punto I, num 1).

²¹ *“I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione*

del sistema e della successione dei setting assistenziali, richiedendo però che l'Adi sia operativa 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana.

Nell'organizzazione territoriale le Aziende devono integrare l'ADI con le altre misure previste dal DM 77 quali l'infermiere di famiglia e le Centrali Operative Territoriali (tenendo conto delle priorità nell'allocazione delle limitate risorse finanziarie ed umane disponibili).

3.2 - Gli oggetti di riferimento dell'Adi: assistiti, episodi, accessi, prestazioni

Per analizzare l'Adi dobbiamo individuarne gli oggetti di riferimento elementari quali entità distinte e univocamente legate:

*Assistiti,
Episodi di cura,
Accessi,
Prestazioni*

L'*Assistito* è il cittadino a cui viene erogato il servizio: in un periodo di osservazione (solitamente l'anno civile) un assistito può presentare uno o Episodi di cura con presa in carico interrotta oppure conclusa e riproposta.

L' *Episodio di cura (EdC)* è l'intervento di presa in carico dell'assistito in cui è presente almeno un accesso. L'EdC deve essere definito precisamente per permettere comparazioni significative.

In alcuni sistemi regionali gli episodi di cura sono riferiti all'anno solare, e ad assistiti in carico più anni corrispondono tanti episodi di cura quanti periodi annuali; inoltre viene attivato un nuovo EdC al cambiamento della tipologia e del professionista di riferimento.

Ogni EdC è caratterizzato da motivazione, data di richiesta e presa in carico, data e motivazione di conclusione e quindi durata.

Per ogni Edc viene redatta una cartella con la valutazione multidimensionale (VMD) in cui vengono elencati i bisogni rilevati del paziente e definito un *Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI)*.

Tale valutazione dovrebbe essere periodicamente ripetuta durante l'episodio ed alla chiusura dell'Edc sia per monitorare le condizioni dell'assistito ed adeguare il PAI che per valutarle alla conclusione dell'Adi.

Le valutazioni periodiche interne al periodo di cura ed alla sua conclusione sono spesso assenti, non accurate e non confrontabili non consentendo un efficace monitoraggio e valutazione dell'ADI.

Ogni EdC si articola in uno o più *accessi* e per ognuno dei quali si può rilevare data ed operatore; nella stessa giornata possono realizzarsi più accessi, anche di operatori diversi. Durante ogni accesso si possono svolgere una o più *prestazioni* rilevando per ognuna di esse la tipologia.

L'assenza della rilevazione e puntuale delle prestazioni effettuate durante l'accesso rappresenta un frequente problema della rilevazione, ora superabile con l'utilizzo di

ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati". La "Proposta di Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari" deliberata dalla Conferenza Stato-Regioni (Atti n.151/CSR del 4 agosto 2021).

dispositivi portatili che consentono il contestuale aggiornamento della cartella dell'assistito da parte del professionista.

Abbiamo quindi per ogni *assistito* uno o più *episodi di cura* costituiti da *uno o più accessi domiciliari*, con *una o più prestazioni* per accesso.

Lo svolgimento dell'attività consente di riferire univocamente prestazioni ad accessi, accessi ad episodi di cura, episodi ad assistito.

Le caratteristiche del processo produttivo, caratterizzato dalla separazione spaziale e temporale degli episodi di cura, differentemente da quelle delle attività di ricovero, permettono di riferire gran parte dei fattori produttivi impiegati accesso fino a poter considerare ogni episodio di cura ed ogni accesso un "commessa di lavoro".

3.3 – Gli eventi e il Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare

Per osservarne l'erogazione il *Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)* prevede per l'Adi un flusso informativo unificato che rappresenta il "debito informativo" di obbligatoria comunicazione e quindi disponibile per tutti i sistemi ADI nazionali per un confronto.

Le Aziende Sanitarie rilevano poi solitamente attraverso i programmi di gestione un numero maggiore di informazioni che possono essere integrate con altre banche dati (Schede di Dimissione Ospedaliera SDO, Farmaceutica Territoriale FAR, Specialistica Ambulatoriale) consentendo di ricomporre le informazioni attorno all'assistito.

Il SIAD²² in ogni Episodio di Cura definisce gli *eventi di presa in carico, rivalutazione, erogazione, sospensione, conclusione* a cui corrispondono *nodi di* (Fig 1) con informazioni da trasmettere in specifici tracciati record.

FIGURA 1 - EVENTI SIGNIFICATIVI DELL'EPISODIO DI CURA

1. **Presa in carico e valutazione dell'assistito:**
 - 1.1. Codice Univoco Non Invertibile e Dati anagrafici
 - 1.2. Patologia prevalente e concomitante;
 - 1.3. Valutazione dicotomica bisogni assistenziali
 - 1.4. Riabilitazione, disturbi cognitivi, alimentazione
2. **Erogazione Assistenza nell'Episodio di cura** con rilevazione di:
 - 2.1. data, tipologia e numero di accessi effettuati;
 - 2.2. numero e tipologia prestazioni
3. **Sospensione dell'episodio di cura** con rilevazione di
 - 3.1. data, motivazione, data di riattivazione dell'eventuale sospensione
4. **Rivalutazione della condizione dell'assistito** con effettuazione di
 - 4.1. valutazione multidimensionale autonomia e bisogni assistenziali.
5. **Conclusione dell'episodio di cura** con rilevazione di
 - 5.1. data e motivazione della conclusione dell'episodio di cura

Per ogni Edc, gli eventi di presa in carico, erogazione e conclusione sono sempre presenti (erogazione e conclusione possono essere in periodi diversi) mentre eventi di sospensione e rivalutazione sono solo eventuali.

²² Min.Salute, Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Specifiche Funzionali Tracciati SIAD, Sistema informativo Monitoraggio Assistenza Domiciliare, Febbraio 2023, Vers. 7.1 pag. 30

Alla presa in carico si compila per ogni Episodio di cura il Tracciato 1 (Fig. 2)²³ con identificativo univoco, caratteristiche sociodemografiche, patologia prevalente determinante l'assistenza domiciliare, l'eventuale patologia concomitante e le condizioni patologiche con i bisogni assistenziali.

Nel caso delle dimissioni protette la data di presa in carico sarebbe da confrontare la dimissione ospedaliera: la gestione ottimale delle dimissioni protette richiederebbe che alla segnalazione di una dimissione protetta da parte dell'equipe ospedaliera la valutazione multidimensionale per la presa in carico fosse svolta direttamente in ospedale per assicurare la continuità.

Non si richiede esplicitamente una motivazione di presa in carico ma se ne registra il soggetto richiedente²⁴ mentre non è tipicamente rilevata la data della richiesta da confrontare con quella dell'apertura dell'effettiva presa in carico (o della decisione sulla mancata presa in carico) che consentirebbe di monitorare la rapidità nella gestione della richiesta.

FIGURA 2 – IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DELL'ASSISTITO

1. **Apertura Episodio di cura o Presa in carico**, con rilevazione di:
 - 1.1. caratteristiche anagrafiche:
 - 1.1.1. Codice Univoco Non Invertibile
 - 1.1.2. Genere, Anno di nascita, Cittadinanza, Stato civile, Resp. genitoriale
 - 1.1.3. Azienda erogante
 - 1.1.4. Conviventi familiari o assistente convivente non familiare
 - 1.1.5. Cittadinanza, Comune o stato estero di residenza,
 - 1.1.6. Richiedente
 - 1.1.7. Tipologia Presa in carico (Cure domiciliari o palliative)
 - 1.1.8. Pianificazione condivisa delle cure
 - 1.1.9. Data valutazione
 - 1.2. Patologia prevalente e concomitante da ICD9
 - 1.3. Valutazione autonomia rischi
 - 1.4. Valutazione bisogni assistenziali.
3. **Sospensione dell'episodio di cura** con rilevazione di
 - 3.1 data, motivazione, data di riattivazione dell'eventuale sospensione
4. **Rivalutazione della condizione dell'assistito** con effettuazione di
 - 4.1 valutazione multidimensionale autonomia e bisogni assistenziali.
5. **Conclusione dell'episodio di cura** con rilevazione di

3.4 – La classificazione per diagnosi, autonomia e condizioni patologiche

La parte clinica della valutazione dell'assistito da prendere in carico continua con la diagnosi della condizione patologica per cui si richiede l'ADI (non necessariamente quella più grave) e l'eventuale diagnosi secondaria concomitante entrambe codificate secondo le ICD. Questo riferimento ad una classificazione clinica internazionale risulta significativo perché

²³ La numerazione delle voci non coincide con la codifica ministeriale per la trasmissione

²⁴ Individuato tra Servizi Sociali, MMG/PLS, ospedale, ospedale dimissione protetta, struttura residenziale extraospedaliera, utente o familiari, apertura amministrativa, altro, hospice, Servizi territoriali e distrettuali, Medico specialista, Ambulatorio Cure palliative

permette di collegare i casi in ADI alle dimissioni ospedaliere o alle altre registrazioni cliniche ed epidemiologiche con la stessa codifica di patologia

Si continua l'esame dell'assistito con la valutazione di autonomia dell'assistito in riferimento a 4 domini (mobilità, disturbi cognitivi, disturbi comportamentali) con che origina però giudizi (assenti/lievi, moderati, gravi) ad elevato rischio di soggettività e non coordinati le scale di valutazione strutturata delle discipline infermieristiche o sociali.

Anche le valutazioni sul supporto sociale e sulla fragilità familiare ripropongono le stesse scale di valutazione qualitative non strutturate; si conclude con la rilevazione dicotomica (presente/assente) del rischio infettivo nell'episodio di cura e di quello di sanguinamento del paziente.

La valutazione delle condizioni dell'assistito al momento della presa in carico si completa con la rilevazione di 21 condizioni configuranti bisogni assistenziali (Fig.3): tali condizioni sono però rilevate in modo dicotomico di presenza/assenza e non composte a sistema con le altre valutazioni per determinare un quadro sintetico del fabbisogno assistenziale.

- B** **FIGURA 3 - CONDIZIONI E BISOGNI ASSISTENZIALI DICOTOMICI**
- 1) Broncoaspirazione/drenaggio posturale
 - 2) Ossigeno Terapia
 - 3) Ventiloterapia
 - 4) Tracheostomia
 - 5) Alimentazione assistita
 - 6) Alimentazione Enterale
 - 7) Alimentazione Parenterale
 - 8) Gestione Stomia
 - 9) Manovre eliminazione urinaria e intestinale anche con cateterismo vescicale
 - 10) Assistenza per ritmo sonno/veglia
 - 11) Interventi di educazione terapeutica
 - 12) Lesioni della cute da patologie correlate
 - 13) Cura ulcere cutanee di I e II grado
 - 14) Cura ulcere cutanee di III e IV grado
 - 15) Prelievi venosi non occasionali
 - 16) Elettrocardiogramma
 - 17) Telemetria
 - 18) Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusionale
 - 19) Gestione catetere centrale
 - 20) Trasfusioni
 - 21) Controllo dolore

3.4 – La mancanza di una classificazione unitaria e validata dell’assistito

La mancata adozione generalizzata di classificazioni e scale strutturate e validate quali IADL o ADL originanti valutazioni sintetiche, (esprimibili quantitativamente, componibili e confrontabili) non consente di confrontare le condizioni al momento, durante e al termine della presa in carico e quindi iniziare a valutare l’effetto della stessa presa in carico

Sul tema la legge delega prevede opportunamente l’*“adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell’età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell’eventuale condizione di disabilità pregressa, tenuto anche conto delle indicazioni dell’International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell’OMS e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari”* prevedendo però un complessivo adattamento di tutti i sistemi informativi aziendali che non potrà essere immediato e semplice.

L’assenza di una uniforme “valutazione sintetica quantitativa di autonomia” (o di una complementare valutazione sintetica di dipendenza e necessità assistenziale) non consente però un efficace monitoraggio e porta a valutazioni difficilmente confrontabili in via spaziale e temporale.

Intendiamo per “confrontabilità orizzontale” la comparazione strutturata tra diversi episodi di cura o loro aggregati (per confrontarne condizioni socio-demografiche, bisogni assistenziali e cure) mentre per “confrontabilità “intertemporale” la comparazione tra bisogni e condizioni assistenziali e di autonomia nei diversi momenti degli stessi episodi (per valutarne le condizioni alla presa in carico, durante l’ADI e al termine e l’effetto dei trattamenti nel periodo, da correlare all’onere di cura sostenuto).

Il confronto intertemporale tra diversi momenti dell’episodio di cura in ADI è parte di un confronto più ampio che riguardare il PDTA nella parte delle cure primarie, ospedaliere, intermedie e di quelle domiciliari o riabilitative di cui considerare risultati al di là dei segmenti, utilizzando valutazioni confrontabili in sede di ammissione e dimissione ospedaliera, di cure primarie intermedie e domiciliari.

3.5 – La rilevazione dell’erogazione dell’assistenza domiciliare

L’erogazione dell’assistenza avviene attraverso accessi domiciliari dei professionisti: per ogni accesso (quindi per ogni episodio di cura) si rileva la data, la tipologia ed il numero delle prestazioni effettuate.

Le prestazioni rappresentano l’unità elementare della nostra aggregazione di oggetti di riferimento; l’informazione (richiesta all’inizio solo ad alcune aziende e Regioni sperimentatrici) è gradualmente da estendere.

Si rileva il professionista erogante la prestazione tra quelli dell’equipe multiprofessionale (Fig. 4) che determina il costo orario a cui valorizzarla.

L’informazione sulle prestazioni è un elemento che può descrivere l’assistenza effettivamente svolta (non spesso determinata dalla diagnosi) e la loro tipologia all’interno di un elenco determinato (Fig. 5) è il maggiore livello di dettaglio disponibile di descrizione dell’assistenza erogata.

FIGURA 4 - PROFESSIONISTI EROGANTI LE PRESTAZIONI

- 1) Medico di Medicina Generale o MMG,
- 2) Pediatra di Libera Scelta o PLS,
- 3) Infermiere,
- 4) Medico specialistica,
- 5) Medico esperto di cure palliative,
- 6) Medico di continuità assistenziale/guardia medica,
- 7) Psicologo,
- 8) Fisioterapista,
- 9) logopedista,
- 10) OSS,
- 11) dietista,
- 12) assistente sociale del SSN/ Comune,
- 13) terapeuta occupazionale

FIGURA 5 - TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EROGATE

- 1) Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/sociale e monitoraggio);
- 2) Prelievo ematico;
- 3) Esami strumentali;
- 4) Trasferimento competenze/educazione del care giver/colloqui/nursing/addestramento;
- 5) Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia;
- 6) Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione;
- 7) Terapia infusionale SC e EV;
- 8) Emotrasfusione;
- 9) Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore;
- 10) Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione cannula - broncoaspirazione – ossigenoterapia;
- 11) Gestione nutrizione enterale (SNG PEG);
- 12) Gestione nutrizione parenterale - gestione cvc;
- 13) Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie;
- 14) Gestione alvo comprese le enterostomie;
- 15) Igiene personale e mobilizzazione;
- 16) Medicazioni semplici;
- 17) Medicazioni complesse;
- 18) Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 19) Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria;
- 20) Trattamento di rieducazione del linguaggio;
- 21) Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici;
- 22) Controllo dolore;
- 23) Controllo dispnea;
- 24) Controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito, ecc.)
- 25) Controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium);
- 26) Sedazione terminale/palliativa;
- 27) Gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee);
- 28) Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)

In caso di sospensione e successiva riattivazione si rilevano date di inizio e fine della sospensione e relativa motivazione si attua una rivalutazione di diagnosi e valutazione assistenziale dell'assistito.

La rivalutazione dovrebbe inoltre essere effettuata periodicamente per verificare il programma ma è spesso assente nell'operatività dei servizi; la stessa valutazione si dovrebbe ripetere al termine quando si rileva data e motivazione della conclusione dell'episodio di cura (Fig. 6).²⁵

La valutazione finale dovrebbe permettere la valutazione del decorso delle condizioni dell'assistito nel corso dell'episodio di cura; tale rilevazione non è sempre presente riducendo la possibilità di una sistematica e complessiva valutazione dell'effetto degli episodi di cura e dei PDTA.

FIGURA 6 – MOTIVO DELLA CONCLUSIONE DELL'EPISODIO DI CURA

1. Completamento del programma assistenziale;
2. Ricovero in ospedale;
3. Decesso a domicilio;
4. Decesso in ospedale;
5. Trasferimento in struttura residenziale;
6. Trasferimento in hospice;
7. Decesso in hospice;
8. Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari;
9. Cambio residenza;
10. Cambio medico;
11. Volontà dell'utente;
12. Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi);
13. Passaggio dalla rete pediatrica alla rete adulti e viceversa
97. Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
98. Chiusura amministrativa con riapertura per riapertura l'anno successivo in assenza di sospensione
99. Altro

3.6 – Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)

Il CIA è assunto come variabile di osservazione dell'Adi prevedendo che *“La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) ... La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.”*

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è pari al rapporto tra Giornate di Effettiva Assistenza (GEA) in cui si realizza un accesso e Giornate di Cura (GDC) ossia giornate di calendario tra l'inizio e la fine dell'episodio di cura fotografando i giorni in cui si verificano accessi a domicilio (senza considerare tipologia di operatore, di prestazione ed il tempo della stessa).

²⁵ Min.Salute, Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Specifiche Funzionali Tracciati SIAD, Sistema informativo Monitoraggio Assistenza Domiciliare, Febbraio 2023, Vers. 7.1 pag. 133

La normativa classifica le cure in base al Coefficiente di intensità Assistenziale²⁶ (quindi alla frequenza di accessi nel periodo di cura) tra:

- cure domiciliari di livello base, con CIA compreso tra 0 e 0,13;
- cure domiciliari integrate di 1° livello, con CIA compreso tra 0,14 e 0,30;
- cure domiciliari integrate di 2° livello con CIA compreso tra 0,31 e 0,50;
- cure domiciliari integrate di 3° livello con CIA maggiore di 0,50.

La normativa integra la definizione affermando che le *cure domiciliari di livello base* sono costituite da “prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo) tali cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle provincie autonome, sono caratterizzate da un CIA inferiore a 0,14” (frequenza media inferiore ad un accesso settimanale)²⁷.

Le cure di livello base non configurano ADI nella lettura letterale della classificazione anche se l’analisi dei servizi mostra come una parte considerevole degli episodi di cura sia di livello base: nella ricerca sull’ASL Romagna su 37mila episodi di cura distribuiti su 5 anni, il 64% sono di livello base, il 16% di primo livello, e solo il 6% ed il 5% di secondo e terzo livello.

Proseguendo nelle definizioni le *cure domiciliari integrate di I° livello* sono “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 ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all’art 9 e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 nonché dei preparati per nutrizione artificiale... Le cure domiciliari di primo 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 ... 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”²⁸

Le definizioni del II e III livello e ripropongono le precedenti sostituendo per il II livello “un CIA tra 0,31 e 0,50” e per il III livello con “un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto a famiglia e caregiver”; la differenza tra i livelli appare essere solo la frequenza degli accessi.

Il CIA come unico parametro per la classificazione non risulta espressivo dell’intensità delle cure domiciliari; ciò perché, considera solo la frequenza degli accessi assunti come equivalenti senza differenziarli per professionista impegnato, durata, prestazioni, complessità degli assistiti presi in carico.

²⁶ Il CIA viene confermato come unico indicatore di intensità anche nel successivo DM Salute del 23 gennaio 2023 (in GU 55 del 6 marzo 2023) “Ripartizione delle risorse relative all’investimento M6-C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) del PNRR) ed in sede di definizione degli indicatori di garanzia dei Lea ove le cure vengono classificate secondo CIA

²⁷ DPCM 12 febbraio 2017, art. 22 – Cure Domiciliari – comma 3, punto a)

²⁸ DPCM 12 febbraio 2017, art. 22 – Cure Domiciliari – comma 3 punto b)

4. Fattori di contesto e rappresentazione del sistema di assistenza domiciliare

4.1 – L'individuazione dei fattori di contesto dell'Adi

Territori, popolazioni e bisogni a cui rispondere con l'erogazione dell'Adi possono essere significativamente diversi: la rappresentazione e la valutazione del servizio va preceduta dalla contestualizzazione delle condizioni in cui esso viene erogato.

L'Adi infatti prende in carico l'assistito "nel suo ambiente di vita, familiare e di lavoro" adeguandosi ai suoi ritmi, mentre il ricovero (anche in day-hospital) richiede all'assistito di interrompere per un periodo le proprie occupazioni ordinarie per il recupero della propria salute, in quel momento prioritario e incompatibile con l'ambiente familiare

L'Adi va quindi letta considerando di alcune condizioni ambientali e di servizio quali:

- a) *i modelli di insediamento sul territorio della popolazione*
- b) *la struttura della popolazione e delle famiglie*
- c) *la presenza ed il livello del Servizio di Assistenza Domiciliare*
- d) *la complessità media degli assistiti trattati in assistenza domiciliare.*

Per quanto concerne i modelli di insediamento sul territorio possiamo considerarli attraverso la *densità di popolazione o meglio la densità di popolazione ultrasessantacinquenne considerando che ad una minore densità di popolazione corrisponda maggiore distanza media da percorrere tra accessi e maggiore impegno, tempo e costo dell'Adi*: ciò va considerato negli standard, evitando di confrontare situazioni disomogenee. Quanto alla densità della popolazione in genere (senza riferimento a quella di ultrasessantacinquenni) si va dal massimo della provincia di Napoli con 2.535 abitanti per kmq alla minima della provincia di Nuoro con 36 abitanti per kmq, con un rapporto di 1 a 80 con un valore medio nazionale di 195 abitanti per kmq

Per valutare l'onere aggiuntivo derivante dalla conformazione territoriale occorrerebbe stimare il tempo necessario per gli spostamenti, condizionati dalla conformazione orografica (assistere in valli montane è più oneroso che farlo in pianura).

Georeferenziando i domicili degli assistiti o spostamenti degli operatori si potrebbero stimare in maniera più precisa tempi e distanze da percorrere. Ciò potrebbe con rilevanti sforzi essere fatto "dall'interno" richiedendo una conoscenza approfondita delle condizioni in cui è prestato il servizio.

L'utilizzo del solo parametro semplificato della densità della popolazione ultrasessantacinquenne ne permette la considerazione anche da parte di osservatori esterni, basandosi su dati pubblici liberamente disponibili

Il perseguimento dell'equità di accesso ai servizi richiede inoltre una maggiore assistenza domiciliare in territori meno densamente popolati in cui insistono minori servizi per erogare in tale forma prestazioni che in aree più densamente popolate sono fruibili presso i presidi territoriali (si pensi ai prelievi venosi) in forma ambulatoriale facendo muovere gli operatori verso i domicili piuttosto che gli assistiti verso i presidi.

Quanto all'influsso di struttura di popolazione e composizione delle famiglie dobbiamo tenere conto che a parità di altre variabili l'assistenza a una persona che vive solo senza

familiari, altri conviventi o caregiver professionale richiede maggiore impegno per assicurare lo stesso livello quali-quantitativo di assistenza

La differenziazione nelle strutture familiari condiziona il servizio Adi e può essere indirettamente espressa con indicatori quale il *numero di nuclei unifamiliari sul totale delle famiglie oppure con il numero medio di componenti la famiglia*.

Anche riguardo alla composizione familiare il quadro nazionale ci presenta una situazione disomogenea: dal massimo di 2,62 componenti la famiglia nella provincia di Napoli al minimo di 1,92 della provincia di Trieste passando per la media italiana di 2,25.

Il *Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)* con assistenza di base e servizi integrativi erogati dai Comuni si integra con quelle dell'Adi: pur nella differenziazione delle professionalità esiste una forte complementarità delle prestazioni. Nella citata ricerca si rilevano un numero elevato di prestazioni di consegna materiale e posizionamento paziente che potrebbero essere efficacemente svolte dal personale SAD con un adeguato coordinamento dei relativi piani assistenziali.

Il complessivo *livello di onerosità assistenziale dei casi in Adi* è determinato da più fattori dipendendo dalla tipologia di domanda indirizzata all'Adi e dal modo in cui la strategia del servizio sanitario locale definisce i PDTA inserendo i segmenti di assistenza domiciliare accanto a quelli ambulatoriali, ospedalieri, o di cure intermedie.

Preferiamo utilizzare il termine di onerosità assistenziale differenziandolo rispetto a quello di complessità clinica dato che non è detto che i due coincidano (una lesione cutanea può necessitare di interventi frequenti di medicazione locali piuttosto onerosi in termini di tempo, pur essendo meno grave di una problematica cardiaca trattata con un farmaco)

Non abbiamo per *l'onerosità assistenziale* un indicatore sintetico validato; vedremo in seguito come possiamo utilizzare indicatori di non autosufficienza e risultato come misuratori indiretti per calcolare un "punteggio di onerosità" di ciascun caso preso in carico e con la loro somma l'onerosità complessiva dell'Adi. Le scale cliniche ed infermieristiche utilizzate osservano prospettive parziali (autonomia, rischio di ricovero, lesioni da pressione, complicanze cliniche) ma non offrono una valutazione sintetica di onerosità assistenziale.

Alcune ricerche in corso stanno cercando di definire un "punteggio complessivo" di onerosità assistenziale sulla base della valutazione Inter-Rai tradotta in Piano Assistenziale Individualizzato e quindi in prestazioni professionali tempificate per giungere ad un peso relativo e ad un valore assoluto dell'onere assistenziale. L'annunciata valutazione dell'onerosità assistenziale (non pubblicata quindi ancora indisponibile all'analisi critica) si baserebbe sull'ipotesi di redazione di una corretta valutazione multidimensionale, una corretta pianificazione assistenziale e congruità dei costi unitari dei fattori produttivi utilizzati.

4.2 – Il sistema degli indicatori dell'Adi nel monitoraggio dei LEA

La normativa nel DM 77 si propone di *"individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale."* Per costituire tali standard dobbiamo sviluppare *indicatori sintetici* dell'assistenza domiciliare erogata su un territorio ad una popolazione.

Se consideriamo il Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza troviamo tra gli 88 indicatori di controllo dei servizi sanitari regionali alcuni di essi relativi all'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata²⁹: abbiamo tra essi (Fig. 6) indicatori di copertura di adulti e bambini tra la popolazione residente e della loro presa in carico.

FIGURA 6 – INDICATORI DI CONTROLLO dell'ADI IN NSG-LEA

D20Z – Tasso pazienti adulti seguiti con CIA base in rapporto a popolazione residente

D21Z - Tasso pazienti minori seguiti con CIA base in rapporto a minori residenti

D22Z – Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

D23Z – Tasso di Prese in Carico in ADI per intensità di cura

Gli indicatori considerano le variabili rappresentate dagli assistiti in carico, dalle nuove prese in carico e dagli accessi domiciliari nel periodo che determinano la CIA dei casi.

Se l'insieme degli indicatori può segnalare sinteticamente il livello di servizio, non è però a nostro parere idoneo a rappresentare complessivamente le caratteristiche del sistema di servizio che eroga l'assistenza domiciliare per una popolazione e un territorio per cui occorrerà considerare come gli oggetti che abbiamo identificato (prestazioni, accessi, episodi di cura) si distribuiscono tra assistiti, loro gruppi e tra la popolazione residente.

Procederemo alla costruzione di indicatori orientati alla rappresentazione ed al monitoraggio del complessivo sistema territoriale dell'Adi utilizzando solo alcune informazioni disponibili; la caratterizzazione degli episodi di cura per diagnosi principali o altre variabili o per prestazioni prevalenti ci consentirebbe altre aggregazioni e valutazioni.

Partendo dalle informazioni del SIAD proponiamo una analisi dell'Adi basata

- sul confronto tra indicatori del sistema territoriale considerato
- con i medesimi indicatori riferiti ad altro distinto sistema territoriale
- con gli indicatori di un sistema territoriale più ampio di cui il primo è parte
- o con gli stessi indicatori riferiti allo stesso territorio per un periodo precedente
- oppure ai valori teoricamente possibili dei medesimi indicatori.

Dalla progressiva aggregazione di valori di indicatori aventi ad oggetto accessi riferiti ad un episodio di cura o episodi di cura riferiti ad un assistito possiamo trarre indicatori riferibili ad aggregati di episodi di cura o assistiti fino a comprendere quelli relativi al complessivo un servizio erogato ad una popolazione su un territorio.

Il processo di rappresentazione e valutazione si propone in modo costruttivista e gli indicatori sviluppati, composti a sistema e rappresentati graficamente vanno intesi come una prima fase di sviluppo da sottoporre alla verifica di applicazione sul campo.

²⁹ "All'interno del Nuovo Sistema di Garanzia è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori cosiddetto "CORE" in sostituzione della Griglia LEA (in vigore fino al 2019) da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera. Le valutazioni del sottoinsieme costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti LeA... I restanti 66 indicatori non appartenenti al CORE fanno parte del sottoinsieme "NO CORE". In particolare l'indicatore D22Z rappresentato dal tasso dei pazienti in carico in ADI per classe di CIA fa parte degli indicatori "core" oggetto di valutazione ai fini della verifica dei LEA. Cfr. [Il Nuovo Sistema di Garanzia \(NSG\) \(salute.gov.it\)](#). Le specifiche tecniche degli indicatori NSG sono illustrate nella circolare applicativa ([DM 12 marzo 2019, art. 3, comma 1](#)) del 27 ottobre 2020, che contiene le [schede tecniche degli indicatori NSG](#) (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, contesto ed equità) e la [metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA](#).

4.3 – La rappresentazione dell’Adi oltre al CIA ed alla popolazione in carico

Abbiamo visto come le variabili assunte dal sistema (che dovrebbero controllare come l’ADI è erogata a una popolazione) siano individuate negli indicatori di prevalenza presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA costituiti da:

- D20Z – Tasso pazienti adulti seguiti con CIA base in rapporto a popolazione residente
- D21Z - Tasso pazienti minori seguiti con CIA base in rapporto a minori residenti
- D22Z – Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

ed in quello di incidenza annuale

- D23Z – Tasso di Prese in Carico in ADI per intensità di cura.

A questi indicatori si aggiunge (supportato da uno specifico finanziamento previsto nel PNRR) la Copertura della Popolazione Ultrasessantacinquenne (CPU) data dalla quota % di ultra65enni in carico in ADI sul totale della popolazione ultra65enne totali; l’obiettivo di tale parametro viene fissato al 10% di copertura.

Abbiamo una diversità nella costruzione degli indicatori (negli obiettivi PNRR si considerano solo gli ultra65enni mentre gli altri indicatori trattano minori ed adulti in genere) ma sostanzialmente oggetto di controllo sono le persone prese in carico (esprese dalla Copertura della Popolazione) e la loro intensità di assistenza (esprese dalle classi di CIA).

Ricordiamo che il *Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)* è pari al rapporto tra Giornate di Effettiva Assistenza (GEA) in cui si realizza un accesso e Giornate di Cura (GDC) ossia giorni di calendario intercorrenti tra l’inizio e la fine dell’episodio di cura;

Dobbiamo affermare come i valori di CPU e CIA non descrivono sufficientemente i servizi di assistenza domiciliare e per fare ciò confrontiamo due situazioni A e B (Fig. 7)

FIGURA 7 – CONFRONTO TERRITORI A - B	
TERRITORIO A	TERRITORIO B
100mila ultra65enni	100mila ultra65enni
CPU 10%	CPU 10%
CIA 0,25	CIA 0,25
1,20 episodi di cura assistito	1,50 episodi di cura per assistito
12mila episodi di cura	15mila episodi di cura
60 giorni di durata media	120 giorni di durata media
15 accessi medi per episodio	30 accessi medi per episodio
180 mila accessi complessivi	450 mila accessi complessivi

E’ evidente come anche in teorica parità di condizioni di presa in carico e di tipologia delle prestazioni svolte, la copertura della popolazione e l’onere assistenziale nel territorio B sia significativamente maggiore, pur risultando eguali i valori degli indicatori che quindi *non sembrano idonei da soli a rappresentare compiutamente il quadro dell’ADI.*

Non abbiamo qui considerato né le diagnosi per cui viene richiesta l’ADI né il suo contenuto in prestazioni, che rappresentano possibili elementi di differenziazione dei gruppi di episodi che saranno oggetto di attenzione nel trattare la differenziazione degli episodi.

4.4 – Dal territorio agli accessi: il modello di rappresentazione dell'ADI

La rappresentazione dell'Adi attraverso gli indicatori segue la lettura strutturata articolata negli oggetti *popolazione e territorio, assistiti, episodi di cura, accessi*.

Per costruire un modello di adeguata rappresentazione del sistema locale di assistenza domiciliare completiamo la considerazione di CPU e CIA con altri quattro proponendo un panel di sei indicatori (Fig. 9); da intendere come *rappresentativi e non valutativi della assistenza domiciliare*, per rappresentarne la situazione ed il sistema di erogazione ma non erogazione o risultati. L'espressione degli indicatori in una scala di valore assoluto da 0 a 100 rende possibile la confrontabilità tra diversi sistemi territoriali.

Gli indicatori non originano un valore sintetico ma osservano da diverse prospettive il sistema territoriale di assistenza domiciliare; una loro rappresentazione grafica unitaria si può costruire avendo a disposizione sei dimensioni (esponibili in sei segmenti che collegano gli angoli di un esagono regolare al centro del cerchio circoscritto).

Riferendosi alla *struttura logica popolazione-assistiti-episodi di cura-accessi* (ed in attesa di poter integrare le prestazioni) e tenendo conto della *densità della popolazione sul territorio considerato* il percorso degli indicatori va dalla considerazione della popolazione ultrasessantacinquenne sul territorio alla distribuzione degli accessi tra gli assistiti.

FIGURA 9 – INDICATORI DI RAPPRESENTAZIONE DEI SISTEMI TERRITORIALI DI ADI

- 1) CPU - Copertura della Popolazione Ultrasessantacinquenne
- 2) ECA - Episodi di Cura Medi per Assistiti
- 3) RGC - Rapporto tra Giornate di Cura e di Calendario
- 4) DAE - Distribuzione Accessi per Episodio di Cura
- 5) CIA - Coefficiente di Intensità Assistenziale
- 6) ARA - Anzianità Relativa ponderata per Accessi

Una variabile significativa della nostra popolazione è data dalla *composizione dei nuclei familiari o di convivenza stabile*, a partire dalla considerazione della maggiore criticità ed onerosità dell'assistenza ad una persona che vive sola (parliamo di unità di convivenza e non di famiglie per includere tra i conviventi il caregiver professionale convivente la cui opera di assistenza è equiparabile se non maggiore di quella familiare)

Acquisite l'informazione sulla prevalenza di ultrasessantacinquenni sulla popolazione residente e sulla loro situazione di convivenza, una seconda variabile di contesto che collega il territorio alla popolazione a cui è prevalentemente rivolta l'ADI (che prende in carico anche minori ed adulti cronici o necessità di assistenza continuativa) è la

$$\text{Densità Popolazione Ultrasessantacinquenne} = \text{Abitanti}>65a / \text{kmq}$$

La variabile di contesto territoriale indicatore appare significativa poichè ad una minore densità di popolazione corrisponde una maggiore onerosità per l'erogazione dell'assistenza con tempi e costi di spostamento maggiori; ciò nonostante orografia del territorio e densità di popolazione sono assenti nella programmazione e valutazione dell'ADI.

La considerazione della *quota %* di popolazione ultrasessantacinquenne in carico all'ADI ci consente di passare dalla popolazione agli assistiti; assumendo come parametro 100 il livello del 10% di presa in carico assunto come obiettivo dal PNRR avremo:

$\text{CPU} = \text{Copertura Popolazione Ultrasessantacinquenne} = (\text{Assistiti}/0,1 \times \text{Abit}>65a) \times 100$
con valori da 0 per nessuna presa in carico a 100 per 10% di assistiti ultra 65enni in carico).

Determinato il numero degli assistiti dobbiamo osservare tra essi la *distribuzione degli episodi di cura*: attraverso il reciproco dell'indice di concentrazione di Gini

$$\text{Episodi Cura per Assistito} = \text{ECA} = (\text{Assistiti} / \text{Episodi di Cura}) \times 100$$

Considerato che i valori bassi dell'indice di Gini indicano una distribuzione omogenea, con 0 che corrisponde alla equidistribuzione mentre valori alti indicano alta concentrazione, fino al valore massimo di 1; nel nostro caso il valore dell'indicatore va da 100 (un episodio per ogni assistito) a valore vicino allo 0 (concentrazione degli episodi su pochi assistiti).

Per stimare le modalità in cui l'assistenza è erogata occorre ricordare che gli episodi di cura possono avere durata variabile da pochi giorni all'intero periodo per cui è utile sapere per che frazione dell'anno gli assistiti sono stati in media "in carico" con il rapporto

$$\text{Giornate di Cura} / \text{Giornate Possibili di Calendario} = (\text{GDC} / \text{GPC})$$

$$\text{RGC} = (\text{GDC} / \text{GPC}) \times 100$$

pari al rapporto tra Durata Media Assistenza e giorni di calendario ponderata per episodi di cura riportato a 100. L'indicatore può assumere valori tra 0 (nessun giorno di assistenza) e 100 (tutti gli assistiti in assistenza per l'intero periodo) ed è in questo caso riferito all'anno.

Dalla considerazione congiunta del numero di accessi, attraverso il rapporto tra Giornate di Effettiva Assistenza e Giornate di Cura, otteniamo il già noto *Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)* assunto come riferimento dalla normativa, moltiplicato per 100

$$(\text{CIA}) = (\text{GEA} / \text{GDC}) \times 100$$

che va dal valore vicino a 0 (un numero minimo di accesso giornalieri rispetto al periodo) al valore di 1 corrispondente a 100 (accessi in tutte le giornate di presa in carico)

Considerati gli episodi dobbiamo però indagare la distribuzione tra essi degli accessi: nella nostra osservazione della distribuzione utilizziamo ancora il reciproco dell'indice di Gini

$$\text{DAE} = 3 \times (\text{Episodi di Cura} / \text{Accessi}) \times 100$$

che va dallo 0 (massima concentrazione su pochi episodi) a 100 (3 accessi per episodio). Come appare evidente il valore 3 quale moltiplicatore è un parametro discrezionale per aumentare l'intervallo di variazione, che in sua assenza sarebbe limitato e vicino allo 0.

Si ipotizza che gli accessi medi per episodio di cura siano comunque pari o superiore a 3 (valore per il quale l'indice ha valore 100) e si segnala come un indice particolarmente alto segnali una frequenza di accessi singoli o sporadici con prese in carico "prestazionali".

Il riferimento alla popolazione ultrasessantacinquenne non considera poi che solitamente le persone più anziane sono destinatarie di più accessi; ciò non si realizza quando vengono presi in carico assistiti adulti, giovani o minori con gravi cronicità destinatari di una maggiore frequenza di assistenza. Per valutare le prese in carico sulle diverse classi di età possiamo sinteticamente esprimere la distribuzione degli accessi per età con l'età media degli assistiti ponderata per il numero degli accessi.

Il fenomeno può essere espresso mettendo in rapporto *l'età media degli assistiti ponderata per accessi (EMPA)* con *l'età media degli assistiti non ponderata (EMA)* costruendo *l'indice di anzianità relativa degli assistiti per accessi ARA*

$$\text{ARA} = 3 \times [(\text{EMPA} - \text{EMA}) / \text{EMA}] \times 100$$

L'indice esprime la maggiore concentrazione degli accessi sui più anziani rispetto alla totalità degli assistiti e va 0 (equidistribuzione degli accessi per età) a 100 se l'età media degli assistiti ponderata per accessi supera di un terzo l'età media degli assistiti (media assistiti pari a 69anni, ponderata per accessi pari a 92anni); anche in questo caso il valore

3 è un parametro discrezionale per aumentare la variabilità, che sarebbe limitata e vicino allo 0.

Il sistema di indicatori di rappresentazione del sistema territoriale di assistenza domiciliare presenta alcune caratteristiche che lo rendono utile per un confronto territoriale; dato che i sei indicatori sono:

- esprimibili in valore assoluto (con valori tra 0 e 100);
- desumibili da dati pubblici o del SIAD e quindi rilevati su tutto il territorio nazionale;
- applicabili ad ogni sistema territorio o popolazione di qualunque numerosità.
- applicabili a sottoinsiemi di episodi di cura o assistiti selezionati per patologia, motivo di presa in carico, od altre variabili.

Gli indicatori ci consentono di costruire in forma grafica un *quadro sintetico dell'assistenza domiciliare su un territorio* collocandone i valori sui segmenti che uniscono il centro di un esagono (e del cerchio circoscritto) agli angoli.

Esprimeremo l'indicatore con un punto sul segmento: il valore dell'indicatore sarà pari alla distanza dal centro (0 corrisponderà al centro e 100 all'angolo) e la poligonale risultante rappresenterà il profilo di erogazione dell'ADI sul territorio.

Il confronto realizzato con la sovrapposizione delle poligonali relative allo stesso territorio in diversi periodi (con un approccio diacronico) o con la sovrapposizione delle poligonali relative a territori diversi (con un approccio sincronico) permette di rappresentare sinteticamente i modelli di erogazione dell'assistenza domiciliare.

Per collocare il sistema di assistenza domiciliare nel sistema delle cure territoriali, costruiamo l'*Indice di Territorialità Relativa (ITR)* mettendo in rapporto

- la differenza tra la sommatoria (GAT Giornate di Assistenza Territoriali) delle giornate di assistenza domiciliare GEA, in ospedale di comunità GOC e in hospice GAH
 - e le Giornate di Degenza Ospedaliera GDO
 - con il totale delle giornate di assistenza territoriale GAT
- $$\text{ITR} = (\text{GAT} - \text{GEA}) / (\text{GAT}) \times 100$$

L'indice esprime l'*eccedenza percentuale delle giornate di assistenza domiciliare su quelle di degenza ospedaliera* ed il valore 0 corrisponde alla parità tra giornate di accessi domiciliari e di degenza ospedaliera mentre valori crescenti segnalano un numero maggiore di giornate di assistenza domiciliare sulle ospedaliere.

Si ipotizza qui che il totale delle giornate territoriali (che ricordiamo costituite da accessi limitati in ore o minuti e non da ricoveri dell'intera giornata) sia maggiore di quelle ospedaliere e quindi ITR abbia un segno positivo; nel caso le giornate ospedaliere siano maggiori di quelle di accessi territoriali l'indice assume segno negativo ma anche allora le variazioni dell'indice sono significative dell'attuazione della territorializzazione delle cure.

L'accesso è assunto come corrispondente alla giornata di degenza: la differenziazione degli accessi per prestazioni può essere vista come corrispondente alla differenziazione delle giornate di degenza per complessità dei trattamenti

L'indice di territorialità relativa misura l'*effettiva applicazione del principio della "casa come primo luogo di cura"* previsto dal PNRR e può essere monitorato nel tempo per verificare come la "territorializzazione" dell'assistenza sia progressivamente attuata. L'affermazione della "casa come primo luogo di cura" rispetto al ricovero ospedaliero dovrebbe tradursi in un graduale incremento delle cure in setting territoriale e domiciliare e decremento di quelle in regime di ricovero ospedaliero

5. Differenziazione e raggruppamento degli episodi di cura

5.1 – Differenziare gli episodi di cura: variabili originarie e costruzione di gruppi

Identificato l'episodio di cura quale oggetto principale dell'Assistenza Domiciliare Integrata lo analizzarlo come composto da prestazioni univocamente riferite ad accessi univocamente riferiti ad episodi di cura univocamente riferiti ad assistiti.

Possiamo analizzare gli episodi di cura a diversi livelli di granularità, adeguando il livello di dettaglio dell'analisi del database agli scopi conoscitivi: una minore granularità consente un maggiore dettaglio ma non la visione d'insieme mentre una maggiore granularità permette una visione meno dettagliata ma complessiva del sistema.

Un primo livello più generale è quello di *analisi dell'intero sistema di Adi su territorio* (Distretto, Azienda, Regione) attraverso gli indicatori di rappresentazione del sistema territoriale, da confrontare con lo stesso territorio in un diverso periodo o con altri territori, (attraverso comparazioni spaziali, temporali: tali informazioni sono rivolte alla direzione generale e sanitaria ed alle direzioni di distretto).

Un confronto può essere fatto considerando che lo stesso trattamento diagnostico, terapeutico o riabilitativo possa essere erogato in diversi setting di cura (es. la dialisi può essere ospedaliera o domiciliare, le cure palliative in hospice o ospedalizzazione domiciliare, il prelievo venoso per il controllo dell'INR può essere svolto in ambulatorio del MMG, nella farmacia dei servizi, a domicilio, presso la Casa della Comunità o il centro prelievi ospedaliero) e quindi la scelta dei diversi modelli in cui erogare i servizi è una scelta dell'azienda di organizzazione territoriale ed utilizzo delle reti per i servizi.

Un livello intermedio di dettaglio è rappresentato invece *dall'analisi per gruppi di episodi di cura omogenei* per l'esercizio del governo clinico e gestionale con riferimento ad aggregati di episodi di cura (attuando comparazioni spaziali, temporali e di modelli erogativi rispetto a popolazioni parziali o gruppi di patologie o di Pdta). Tale analisi è rivolta ai responsabili di reparti o reti cliniche incaricati del trattamento dei casi. Trattandosi di gruppi di episodi di cura significativamente omogenei è possibile definire per essi indicatori di risultato assumibili come obiettivi dell'applicazione del Pdta nel setting domiciliare.

Il livello più elevato di dettaglio è quello riferito all'*analisi del singolo episodio di cura* attuato per controllare il Piano Assistenziale Individualizzato con indicatori di controllo.

La costruzione di raggruppamenti ha finalità innanzitutto conoscitiva: per offrire sintesi e per costruire indicatori di risultato specifici per i gruppi di episodi.

Numerosità e dimensione dei gruppi dipendono dal criterio classificatorio e dalla loro finalità: il raggruppamento per diagnosi è funzionale all'osservazione epidemiologica e alla gestione congiunta dei percorsi ospedalieri mentre il (possibile) raggruppamento per livelli di onerosità assistenziale sarebbe funzionale alla costruzione di sistemi di remunerazione

Esso risulta efficace se raggruppa gli episodi di cura in un numero limitato di profili agevolmente costruibili, sufficientemente omogenei al loro interno e differenziati tra loro.

L'esperienza mostra i limiti di affidabilità delle classificazioni e suggerisce che il raggruppamento dovrebbe essere obbligatorio ed integrato nella presa in carico per assicurare robustezza della classificazione. Attualmente molte variabili presenti nelle cartelle domiciliari utilizzate per la classificazione in gruppi sono percepite dai professionisti

come “rilevazioni statistiche” e quindi compilate con scarsa accuratezza, anche perché non restituita all’equipe contribuendo alla scarsa affidabilità della classificazione

5.2 – La differenziazione per variabili semplici: sociodemografiche, assistenziali ed organizzative

Possiamo classificare gli episodi secondo variabili “originarie” direttamente tratte dalle notizie su assistito ed episodio di cura senza alcuna elaborazione che possono essere:

- *sociodemografiche;*
- *clinico-assistenziali;*
- *organizzative;*

che possono essere rilevate alla presa in carico, alla conclusione o a scadenze predefinite.

Le variabili sociodemografiche si presentano come variabili oggettive, rilevabili senza la necessità di un processo con un contenuto di valutazione professionale con un inevitabile componente discrezionale, rappresentate da:

- *domicilio o luogo di dimora;*
- *età;*
- *condizione familiare;*
- *presenza di un caregiver (convivente o no) non familiare.*

Domicilio o luogo di dimora (più che la residenza) sono una variabile importante perché collocano l’assistito in un ambiente territoriale con il supporto da relazioni familiari di vicinato e servizio o in condizione di isolamento con una ulteriore fragilità.

L’età è una condizione che determina di per sé maggiore dipendenza e fragilità.

Condizione familiare dell’assistito e presenza di un caregiver non familiare convivente o no sono importanti per il supporto all’assistito nelle attività quotidiane.

Anche le variabili clinico-assistenziali sono gestibili in grande maggioranza come variabili discrete, pur frequentemente con la necessità di una valutazione professionale che può essere orientata verso l’omogeneità di rilevazione da una opportuna codificazione preliminare. Esse sono costituite da:

- *motivazione di presa in carico;*
- *diagnosi principale;*
- *diagnosi secondaria;*
- *condizioni patologiche ed assistenziali;*
- *professionista prevalente;*
- *tipologia e numero delle prestazioni;*
- *utilizzo di apparati di telemedicina;*
- *indicatori specifici;*
- *livello di dipendenza ed autosufficienza;*
- *motivazione di chiusura.*

Le variabili diagnosi, condizioni patologiche, e motivazione sono “valori fondo” riferite ad un momento dell’episodio (presa in carico, rivalutazione, intermedio, chiusura) mentre sono “valori flusso”, riferibili ad un periodo dell’episodio le altre (tipologia e numero delle prestazioni, professionista prevalente, durata dell’episodio)

Sia la motivazione della presa in carico (dimissione protetta, malattia cronica, etc.) che quella di chiusura (decesso, ricovero, etc.) sono tipicamente trattate come variabili discrete e spesso determinano l'attivazione di specifiche procedure aziendali.

Ricordiamo come la motivazione di presa in carico derivi dalla valutazione multidimensionale di quella persona in quel contesto prendendo in esame non solo le condizioni clinico-assistenziali, ma anche quelle familiari e sociali del momento.

Diagnosi principale (necessaria) e secondaria (opzionale) e condizioni patologiche ed assistenziali sono la componente sanitaria per cui si attiva l'Adi, variabili discrete, di cui le prime due scelte all'interno della classificazione internazionale delle malattie la cui codifica è uno strumento possibile per correlare i casi Adi ai ricoveri ospedalieri o agli altri segmenti di trattamento codificati allo stesso modo.

Le condizioni patologiche ed assistenziali che descrivono esigenze degli assistiti sono spesso più rilevanti delle diagnosi per definire il Piano di Assistenza Individuale: tali condizioni determinano l'assistenza e andrebbero valutate con criteri omogenei alla presa in carico, riattivazione, periodicamente ed alla conclusione dell'episodio di cura.

La rivalutazione di condizioni ed autosufficienza è prevista trimestralmente o semestralmente dai programmi di gestione dell'Adi per adeguare il Piano Assistenziale Individualizzato all'evoluzione di condizioni e necessità dell'assistito, ma è spesso assente, con una carenza di informazioni che non permette la corretta valutazione dell'Adi.

La durata caratterizza il tipo di episodio di cura che può andare dalle poche settimane di completamento di un percorso terapeutico alle centinaia di gestione di una cronicità.

Il professionista maggiormente impegnato tra i componenti dell'equipe per tempo assistenziale complessivo o numero di accessi caratterizza gli episodi mentre tipologia delle prestazioni e loro numero (differenziate per professionista) differenziano gli episodi, esprimendo l'assistenza prestata.

Una variabile destinata ad avere crescente importanza è l'utilizzo di tecniche e strumenti di telemedicina da integrare nella presa in carico domiciliare.

L'ultimo gruppo è dato dalle variabili organizzative che collocano l'episodio e la sua gestione nell'organizzazione sanitaria e nell'ambiente di vita e sono rappresentate da:

- il medico di medicina generale competente per il caso;
- il case manager responsabile del caso;
- la persona di riferimento;
- la casa della comunità o altra struttura di riferimento.

Il Medico di Medicina Generale è il primo responsabile della cura e può coincidere o no con il professionista di riferimento.

Il Case Manager è il professionista responsabile della gestione e dell'integrazione dei colleghi e la persona di riferimento della famiglia: può essere il MMG, l'Infermiere di famiglia e di comunità oppure un altro professionista.

La persona di riferimento è il familiare o caregiver di interfaccia aggiuntiva o sostitutiva (nel caso non sia possibile riferirsi all'assistito) per la comunicazione, che dovrebbe esprimere assieme all'assistito anche la valutazione sul servizio.

5.3 - Raggruppamento e differenziazione per variabili complesse: obiettivi, indicatori di risultato, onere assistenziale

Possiamo altrimenti operare aggregazioni differenziate in base a indicatori sintetici di variabili composte costruite per scopi conoscitivi, valutativi o prognostici quali

- *obiettivi ed indicatori di risultato;*
- *livello di autosufficienza o dipendenza;*
- *complessità assistenziale dell'episodio di cura*

allo stesso modo rilevabili nei diversi momenti tipici dell'episodio di cura tra cui il momento della presa in carico, della sospensione della conclusione o a scadenze predefinite.

La numerosità delle variabili ci permette di costruire un numero elevato di aggregazioni richiedendo uno sforzo di progettazione per costruire informazioni e raggruppamenti significativi con cui supportare il controllo sulla attività assistenziali.

L'elevata numerosità delle possibili combinazioni di diagnosi e condizioni assistenziali astrattamente costruibile richiede una riduzione ad un numero limitato di raggruppamenti (per sistemi d'organo, tipo di problematiche o livello di gravità); per raggruppare gli episodi in un numero limitato di raggruppamenti si possono utilizzare "alberi di aggregazione" sviluppati dalla metodologia statistica.

Tale processo di classificazione e raggruppamento degli episodi di cura può essere adottato in via ipotetico-preventiva e conduce alla predisposizione di "piani assistenziali standard" corrispondenti alle variabili immaginate oppure in via effettiva-consuntiva attraverso l'elaborazione e il raggruppamento delle attività assistenziali effettivamente svolte garantendo un livello adeguato di quantità e qualità delle prestazioni.

Gli episodi di cura possono essere differenziati secondo indicatori complessi sintetici significativi costruiti per scopi conoscitivi, operativi, valutativi o prognostici quali

- obiettivi ed indicatori di risultato
- livello di autosufficienza o dipendenza
- complessità assistenziale dell'episodio di cura.

Le variabili complesse misurano variabili di assistito o episodio attraverso rilevazione, interpretazione e composizione di variabili semplici e complesse ed altri parametri, con un tentativo di applicazione omogenea della valutazione professionale.

Gli indicatori di risultato che misurano il raggiungimento degli obiettivi rappresentano variabili composte significative in base a cui classificare alcuni aspetti.

Una variabile oggetto di osservazione è la valutazione di autonomia e dipendenza (non coincidente con la valutazione clinica ma rappresentante il monitoraggio dell'obiettivo di recupero e mantenimento delle condizioni di autonomia al di là del miglioramento delle condizioni cliniche specifiche).

La valutazione dell'autosufficienza dell'assistito riguarda tipicamente la capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana (alimentarsi, muoversi, lavarsi, andare in bagno, comunicare) influenzate ma non determinate dalle patologie in atto.

Essa è operata attraverso le scale di autosufficienza di derivazione infermieristica (quali ADL, IADL, Barthel, InterRai, ICF) ricomprese nei programmi di gestione dell'ADI ma non nel debito informativo e non sempre somministrate dai professionisti impegnati nell'ADI nei passaggi tra i segmenti di cura. Le valutazioni sintetiche di autonomia hanno

il limite di essere espresse in valori ordinali e non cardinali e quindi di non poter esprimere un “punteggio sintetico di autonomia” né per l’episodio di cura né per il sistema di ADI.

5.4 – L’analisi economico- aziendale dell’episodio di cura nelle sue prestazioni

Ogni episodio di cura contiene una successione di accessi con una o più prestazioni diverse per tipologia e talvolta professionista impegnato (quindi costo orario)

FIGURA 5 - TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EROGATE

- 1) Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/sociale e monitoraggio);
- 2) Prelievo ematico;
- 3) Esami strumentali;
- 4) Trasferimento competenze/educazione del care giver/colloqui/nursing/ addestramento;
- 5) Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia;
- 6) Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione;
- 7) Terapia infusione SC e EV;
- 8) Emotrasfusione;
- 9) Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore;
- 10) Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione cannula - broncoaspirazione – ossigenoterapia;
- 11) Gestione nutrizione enterale (SNG PEG);
- 12) Gestione nutrizione parenterale - gestione cvc;
- 13) Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie;
- 14) Gestione alvo comprese le enterostomie;
- 15) Igiene personale e mobilizzazione;
- 16) Medicazioni semplici;
- 17) Medicazioni complesse;
- 18) Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 19) Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria;
- 20) Trattamento di rieducazione del linguaggio;
- 21) Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici;
- 22) Controllo dolore;
- 23) Controllo dispnea;
- 24) Controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito, ecc.);
- 25) Controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium);
- 26) Sedazione terminale/palliativa;
- 27) Gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee);
- 28) Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)

L’analisi delle prestazioni permette di meglio descrivere l’assistenza effettivamente erogata nell’episodio di cura consentendo una maggiore differenziazione di accessi ed episodi in gruppi omogenei significativi in base alla variabile **contenuto in prestazioni** (spesso combinate a diagnosi di presa in carico e complessità clinica dell’episodio).

La lettura e rappresentazione attraverso raggruppamenti significativi e non valori medi è il nostro approccio complessivo all’analisi dell’Adi, a nostro parere preferibile data l’eterogeneità delle situazioni trattate sotto l’etichetta di “assistenza domiciliare integrata”, meglio descrivibile attraverso l’aggregazione di episodi e analisi dei gruppi che attraverso valori medi che dissimulano l’eterogeneità degli episodi di cura. Si pensi alle differenze tra gli episodi di cura, di lunga durata, con accessi per soli prelievi venosi ed una diagnosi di ipertensione e quelle con medicazioni complesse di lesioni (talvolta anch’esse

associate alla diagnosi principale di ipertensione) che comportano invece un notevole e ripetuto impegno orario di professionisti e impiego di materiali ad alto costo.

Precondizione dell'analisi attraverso le prestazioni assieme alla classificazione uniforme è la corretta, completa e sistematica rilevazione, necessaria per assicurare confrontabilità degli episodi di cura tra periodi e territori. Completezza ed affidabilità di rilevazione non sono facilitate da procedure in cui essa non è contestuale alla prestazione e dalla scarsa attenzione alle rilevazioni viste come obbligo amministrativo.

Per differenziare gli episodi dovremo considerare le "prestazioni caratterizzanti" stralciando le "prestazioni neutre" presenti in tutti gli accessi (la visita generica, la consegna del materiale, l'educazione del paziente). In alcune esperienze si sono rilevate molte prestazioni di "insegnamento", "educazione", compilazione cartella clinica", "consegna materiali" che se non stralciate dalle altre nella considerazione dell'episodio di cura diluiscono le differenze tra gli episodi che si basano sulle prestazioni caratterizzanti.

L'analisi delle prestazioni consentirebbe inoltre di stimare il tempo degli accessi e quindi il costo del personale riferibile all'episodio di cura per aggregazione di prestazioni attraverso tempo stimato delle prestazioni e costo orario del professionista impegnato che rappresenta gran parte del costo complessivo dell'episodio di cura. Si può rilevare la durata effettiva delle prestazioni per un certo periodo da parte dei professionisti oppure applicare un tempario standard determinato preventivamente; un tempo standard è comunque una stima necessaria per consentire la programmazione del lavoro dei professionisti e dei loro spostamenti.

Tra gli episodi di cura significativamente omogenei per tipologia di prestazione si possono identificare percorsi tipici standardizzati che divengono protocolli standard per episodi di cura predeterminati con operatori, durata e tipo di prestazioni predefinite; tali percorsi standardizzati facilitano le procedure di assegnazione, gestione e controllo anche nelle collaborazioni con fornitori privati riducendo i costi amministrativi e di coordinamento.

5.5- Alla ricerca dell'indicatore sintetico di complessità assistenziale

Abbiamo visto come le valutazioni di non autosufficienza usate per stimare l'impegno assistenziale *hanno il limite di essere espresse per i diversi items in valori ordinali e non cardinali e quindi di non poter esprimere un "punteggio sintetico di autonomia"* il che comporta la difficoltà di stimare l'onere assistenziale dell'episodio di cura inteso come misura dell'onere economico necessario per assicurare in un episodio di una data complessità e durata l'assistenza ad un livello soddisfacente di qualità e completezza.

La valutazione quantitativa del livello di non autosufficienza ha una rilevante componente familiare e sociale: il supporto di un caregiver familiare permette di ridurre l'assistenza agli aspetti clinico-assistenziali ma comporta un impegno costante nel "lavoro

di cura” che ha rilevanti effetti economico-sociali ed umani che una adeguata organizzazione del supporto domiciliare deve considerare ed affrontare.

Il carico del complessivo “lavoro domestico di cura” (non remunerato) dell’infanzia, degli anziani o malate tradizionalmente gravante sulle donne è ritenuto uno dei motivi del minore sviluppo di carriera e del minor reddito da lavoro della popolazione femminile.

La valutazione delle esternalità indotte sulla famiglia (ad esempio le ore di lavoro o sonno perse) specie nel caso di malati cronici gravi o di disabili deve essere opportunamente considerata nell’organizzazione assistenziale valutando per ogni scelta non solo i benefici o i costi per l’organizzazione ma costi e benefici per l’assistito e la famiglia in cui vive

Se i raggruppamenti sono costruiti per omogeneità di complessivo impegno clinico ed assistenziale possono portare alla definizione di un sistema di finanziamento che superi il criterio episodio di cura o giornata di assistenza. Tale sistema rappresenterebbe un criterio per definire i compensi per l’affidamento a soggetti privati accreditati ma è utilizzabile anche come criterio di finanziamento tra sistemi di aziende pubbliche.

Lo svolgimento di queste analisi sull’Adi e sugli altri setting territoriali sembra analogo al mutamento nella considerazione delle caratteristiche dei ricoveri ospedalieri: il passaggio dalla contabilizzazione del numero degli accessi alla caratterizzazione del contenuto degli episodi di cura appare lo stesso attuato nei ricoveri ospedalieri con il passaggio dalla considerazione delle giornate di degenza all’introduzione della SDO e all’analisi dei DRGs.

Nel riferirsi al sistema dei Diagnosis Related Groups o DRG utilizzato per osservare i ricoveri ospedalieri appare opportuno ricordare come in alcune regioni è stato adottato il sistema Inter-Rai-RUG-HC per la valutazione dell’assistenza domiciliare.

Il RUG-HC si basa sulla valutazione di alcune variabili (stato cognitivo, comunicazione, umore e comportamento, autonomia, continenza, diagnosi, condizioni cliniche, stato nutrizionale, condizioni della cute, attività, farmaci e terapie speciali, sezione supplementare) assegnando l’assistito ad una delle 7 classi e ai 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse assistenziali valutate secondo i minuti di assistenza assorbita dagli ospiti.

Il carico assistenziale di ciascun gruppo si traduce in “pesi relativi” come avviene per il sistema DRG, sulla base dei quali è possibile calcolare un “indice di case-mix” o indice di complessità assistenziale che rappresenta una base attraverso cui si potrebbe ripartire l’onere complessivo del servizio tra i diversi casi.

La valutazione della complessità assistenziale dell’episodio di cura rappresenta inoltre uno strumento per la valutazione dell’efficienza dei sistemi di Adi; il confronto tra il costo di episodi di cura o loro aggregati richiede di ponderare gli episodi secondo l’onerosità assistenziale definendo un “peso sommabile di episodio di cura” che rappresenti il divisore del dividendo costo complessivo per giungere al “punto Adi”

Come nei servizi ceduti a condizioni non di mercato da aziende pubbliche, il problema della valutazione dell’efficienza è prevalentemente di misurazione e valutazione dell’output, dato che la valutazione dei fattori produttivi impiegati è relativamente semplice.

In questo senso la valutazione dell’onerosità assistenziale dell’episodio di cura è un modo per ponderare la complessità di episodi, gruppi di essi e servizio territoriale per confrontarli con il costo del servizio stesso.

Con il “costo punto-Adi” quale indicatore di economicità (inevitabilmente destinato ad essere utilizzato nei confronti per valutare l’efficienza gestionale) occorre considerare:

- il livello di qualità delle cure
- la presenza e il livello di supporto dei caregivers
- la distribuzione territoriale degli assistiti
- il costo unitario dei fattori produttivi (in primo luogo il personale)

E’ evidente come il livello di qualità delle cure assicurato gi assistiti condizioni l’onere economico complessivo della cura a parità di complessità assistenziale e quindi i confronti sono possibili solo a pari standard quali-quantitativi delle cure assicurate (la presenza di una assistenza per 24 su 7 giorni ore rispetto ad una garantita solo nella mattinata dei giorni feriali determina un livello maggiore di costo a parità di complessità assistenziale).

La presenza di caregivers riduce le cure da fornire a parità di carico assistenziale teorico poiché il caregivers assicura parte delle attività più semplici previste (si dovrebbero considerare non solo familiari o caregivers professionali ma anche l’ambiente in cui l’assistito vive (quartiere, strada, condominio) che potrebbe offrire un supporto informale prezioso, ma tale rilevazione non risulta facile con criteri omogenei.

Una minore densità abitativa e una complessa orografia dei territori in cui si svolge richiedono tempi maggiori di spostamento degli operatori e quindi va considerata.

Infine, se presente, il diverso livello di costo unitario dei fattori produttivi (a partire dal personale che rappresenta il costo prevalente deve essere considerato).

Sono riferiti in corso progetti (basati sull’applicazione di Inter-Rai) per:

- costruire in base alla definizione del piano assistenziale
 - la rappresentazione della attività assistenziali
 - da cui trarre un programma assistenziale “standard” per gli episodi di cura considerati
 - da cui trarre il peso assistenziale relativo degli episodi di cura omogenei
 - per giungere al “punteggio totale” degli episodi di cura e quindi al “punto Adi” di equipe.
- Non sono ancora disponibili i risultati di tali sperimentazioni, che devono comunque essere verificate alla luce dei criteri sopradescritti di pari qualità delle cure, pari presenza di caregivers, analoga diffusione territoriale degli assistiti, pari costo unitario fattori.

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 sanitario.

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)

Tali informazioni, completate da indicatori delle varie categorie sono alla base dell'esercizio del controllo economico.

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.

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.

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. Analizzeremo le risorse utilizzate in ADI con il "costo di produzione" rispetto:

- all'oggetto di costo;
- alla configurazione di costo;
- dell'effettività del costo;

Utilizzeremo gli strumenti di contabilità dei costi senza proporre una trattazione sistematica, estranea alle finalità del contributo, con alcuni chiarimenti solo se funzionali a chiarire il testo

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

Quanto all’oggetto dovremo fare riferimento agli oggetti identificati nell’analisi organizzativa dei capitoli precedenti ossia:

- 1) la prestazione
- 2) l’accesso domiciliare
- 3) l’episodio di cura³⁰
- 4) l’assistito in un periodo
- 5) aggregati significativi di prestazioni, accessi o episodi di caso
- 6) il sistema parziale di offerta
- 7) il sistema territoriale di offerta

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 alle reti cliniche o 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.

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 costruire (in quanto il costo è oggetto complesso mai oggetto di mera rilevazione ma sempre di costruzione):

- *un costo di commessa* riferito a specifici oggetti di riferimento riferibili ad assistiti (prestazioni, accessi, episodi di cura o a gruppi di essi) in cui l’imputazione del costo all’oggetto è possibile data la “separazione spaziale e temporale” dei diversi episodi di cura;
- *un costo di centro* 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 continuo per cui non è possibile, significativa od opportuna la riferibilità diretta tipica del costo di commessa.

A tale proposito occorre ricordare che ella 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

³⁰ Una descrizione del costo degli episodi di cura e delle loro caratteristiche può ritrovarsi in C.Ugolini, C.Travaglini, J.Busignani, D.D’Erasmus, 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

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 peso relativo ad ognuna delle prestazioni in base alla stima della loro complessità e poi, ottenuto il costo dell'unità elementare di servizio, lo si moltiplica per tale valore relativo. Si calcola così il valore del "punto DRG" utilizzato come indicatore sintetico di efficienza della produzione ospedaliera

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 di cui è importante considerare il profilo temporale, ossia la durata (tipicamente in settimane) ed il risultante costo medio settimanale; appare utile anche valutare se e come cambia il costo 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 per individuare le determinanti ed analizzare l'utilizzo delle risorse.

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

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.

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

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

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

Le configurazioni di costo diretto sono quelle costituite solo da componenti di costo specificamente riferite agli oggetti mentre le configurazioni a costo pieno 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 discrezionalità³¹.

³¹ 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 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, Istruttoria Tecnica propedeutica alla definizione della Tariffa massima giornaliera delle prestazioni erogate negli Ospedali di Comunità, 2023

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);
- *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 dalla sede del servizio).
- *materiale farmaceutico ed economale* utilizzato nella prestazione (costruito per moltiplicazione tra le quantità del materiale ed il suo costo medio). 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).
- *utilizzo apparecchiature in uso esclusivo all'assistito* (utilizzo od ammortamento e manutenzione delle apparecchiature); Nella maggioranza dei casi di Adi attuali questa componente è insignificante ma è destinata a crescere per effetto della diffusione delle tecnologie domiciliari e per il maggiore utilizzo degli apparati per la telemedicina
- prestazioni di altri erogatori sanitari (farmaceutica convenzionata, prestazioni specialistiche) riferibili specificamente agli oggetti (assistito ed episodio di cura);
- altri costi specifici di beni o servizi.

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

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 di considerare solo le esigenze sanitarie considerando estranea al proprio ruolo la considerazione del costo complessivo del trattamento.

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 quota di costi delle unità che contribuiscono all'erogazione dei servizi rappresentati dagli oggetti specifici.

Dopo l'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 hanno una costruzione logica ma mantengono una componente di discrezionalità, in relazione alle specifiche condizioni di erogazione.

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 in cui l'unità è inserita
- dell'azienda sanitaria pubblica o privata a cui appartengono le unità precedenti.

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. 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).

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 una certa integrazione tra le risorse dedicate al servizio di assistenza domiciliare e gli altri servizi territoriali od ospedalieri per assorbire la variabilità della domanda.

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

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

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.

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

Da un lato dobbiamo considerare come il costo del trattamento dell'episodio di cura è correlato alla complessità (clinica, assistenziale e sociale) della condizione dell'assistito, che a sua volta determina quantità e tipologia delle prestazioni da svolgere durante gli accessi domiciliari 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 impegnati e maggiore costo di materiali.

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) e tenere conto del livello di servizio che si riesce ad assicurare.

Il completamento delle figure di costo con 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 maggiore 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. Ciò è fondamentale per confrontare alternative modalità organizzative per erogare segmenti di Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale 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.

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

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

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.

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 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 generale

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).

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 vive.

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 SAD, in cui l’assistenza è erogata direttamente con personale proprio o più frequentemente attraverso contratti con cooperative.

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 accreditati. 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.

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'organizzazione 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.

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 interministeriale³²

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 territoriale.

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”*³³

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.

³² 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.

³³ Relazione illustrativa al Decreto del Ministero della Salute al citato Decreto Ministeriale del 23 gennaio 2023, pag.2.

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

Per i diversi PDTA si può quindi definire una matrice bidimensionale (che diventa tridimensionale se consideriamo i diversi luoghi sul territorio) di programmazione dei servizi:

- 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

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.

7 - Gli indicatori per la valutazione dell'assistenza domiciliare

7.1 – Gli indicatori di sistema: copertura, equità di accesso e fattori impiegati

Nella valutazione dell'assistenza domiciliare erogata dal servizio pubblico si ripropone il problema delle aziende pubbliche per cui, in assenza di relazione causale tra costi, proventi e risultati sono necessari indicatori³⁴ quali strumenti di misurazione e valutazione dei processi e dei risultati.

Il processo, realizzato dai dirigenti o dagli stessi professionisti impegnati nell'assistenza, di declinazione delle finalità generali di "autonomia", "guarigione", "stabilizzazione" o "qualità della vita" in obiettivi ed indicatori di controllo, realizza la parte ex-ante del ciclo di programmazione, mentre la loro osservazione durante l'erogazione del servizio ne concretizza la valutazione in itinere, e l'analisi successiva costituisce la valutazione ex post della performance dell'Adi

Nella valutazione delle attività socio-sanitarie erogate non in regime di scambio di mercato gli indicatori sono spesso contrapposti ai costi e sostituiscono i ricavi che non esistono e non sono indicativi. Ogni indicatore è parziale e limitato, e osserva solo una prospettiva del sistema a cui si riferisce: nel costruire un sistema di indicatori il ricercatore ha sempre presente questo limite, ma spesso egli non ha strumenti alternativi.

Nel caso dei finanziamenti che alimentano ordinariamente l'Azienda Sanitaria Territoriale (il discorso può essere posto in modo parzialmente diverso per quanto riguarda i finanziamenti specifici del PNRR) la questione della relazione tra "proventi specifici" e risultati dell'Adi non si pone poiché l'Azienda è finanziata attraverso una quota capitaria indistinta a copertura del complesso dei servizi e quindi non esistono proventi specifici. Quanto ai costi dell'Adi invece essi possono essere rilevati dai sistemi contabili aziendali, ma dipendono da numerosità, intensità assistenziale, tipologia di assistiti presi in carico.

Gli indicatori di rappresentazione esposti hanno per oggetto il sistema di servizio di assistenza domiciliare territoriale nella sua interezza od un suo sottoinsieme territoriale o disciplinare e ne osservano le modalità di erogazione alla popolazione.

Essi non attengono alle dimensioni valutative degli episodi di cura singoli od aggregati che concretizzano il segmento di trattamento rappresentato dall'Adi.

Facendo riferimento al sistema territoriale gli indicatori di copertura della popolazione possono essere articolati per sottosistemi territoriali o in base ad altre variabili ritenute significative quali età, tipologia di assistenza, intensità assistenziale.

³⁴ "Nell'organizzazione nonprofit non c'è un singolo indicatore complessivo della performance, paragonabile a quelli che vengono utilizzati per l'impresa. Gli obiettivi dell'organizzazione nonprofit sono normalmente complessi e spesso intangibili. L'output di questi enti è difficile, se non impossibile, da misurare. In genere le informazioni sull'output occorrono per una duplice finalità: (1) misurare l'efficienza, intesa come rapporto tra output e input (per esempio, le spese) e (2) misurare l'efficacia, cioè il grado di rispondenza dell'output agli obiettivi dell'organizzazione ... Si usano molti termini per classificare le misure di output in base a ciò che si propongono di misurare ... ne consideriamo tre (1) indicatori sociali, (2) indicatori di risultato (3) indicatori di processo" Quanto enunciato per le organizzazioni nonprofit sembra applicabile al servizio di assistenza domiciliare Cfr. R.N.Anthony, D.W.Young, (a cura di A.Zangrandi), Non Profit: il controllo di gestione, McGrawHill, II edizione, Milano 2002, pagg. 443 segg..

Sempre rispetto al sistema possiamo avere indicatori di *equità di accesso* per osservare se il servizio è strutturato in modo tale da superare le diseguaglianze (culturali, territoriali, economiche, sociali, etnico-linguistiche) di accesso ai servizi sanitari.

Trattandosi di assicurare pari accesso alle persone con lo stesso livello di bisogno si può valutare innanzitutto la parità di accesso alla considerazione del bisogno monitorando i tempi di valutazione delle domande per comuni, per gruppi di assistiti evitando che le differenze culturali, linguistiche, reddituali o di informazione comportino un più difficile accesso ai servizi alle persone già in condizione di svantaggio³⁵

Partendo dall'equità di accesso come obiettivo di un servizio sanitario pubblico universalistico rileviamo spesso una situazione per cui le persone con minore livello di istruzione e di reddito hanno maggiore difficoltà ad usufruire pienamente dei servizi sanitari.

Il perseguimento dell'equità di accesso diviene allora un interesse del sistema pubblico anche evitare il peggioramento delle condizioni dei cittadini che non possono o riescono ad accedere appropriatamente e nei tempi corretti ai servizi sanitari

Ad integrazione del monitoraggio a livello di sistema territoriale di assistenza, possiamo usare per la comparazione dei sistemi *indicatori di fattori produttivi impiegati*.

Nei servizi socio-sanitari, risultando generalmente complessa la misurazione e valutazione dell'output, in assenza di indicatori di risultato si utilizzano nell'ordine indicatori di servizi offerti, di processo o indicatori di fattori produttivi assieme a quelli di soddisfazione.

Tra gli indicatori di servizio abbiamo il *personale impegnato misurato dalle ore annue per figura professionale*: il numero di professionisti e le ore di impegno nel servizio rappresentano un buon indicatore dell'ampiezza dello sforzo finanziario data la prevalenza del costo del personale tra gli oneri dell'assistenza domiciliare.

Un ulteriore valore indicativo è dato dal *Il valore del costo complessivo dei fattori produttivi impiegati nell'unità operativa* ricavabile dalla contabilità dei costi aziendale (maggiormente attendibile della ripartizione dei costi per livelli di assistenza) e comprende il costo di personale, materiali e farmaci direttamente erogati e utilizzo delle attrezzature.

Il *costo complessivo* va messo in relazione al *numero di residenti, di assistiti, di episodi di cura, di accessi* oltre che ad altre voci riferibili al sistema sanitario territoriale.

Esso non rappresenta il costo del trattamento "dalla parte della domanda" che comprende anche l'assistenza medica di base, farmaceutica, specialistica.

Non si può però attribuire un significato di giudizio di efficienza al costo medio, per accesso per episodio di cura o per assistito in assenza di un criterio per valutare l'onerosità economica del bisogno a cui il servizio risponde ed il suo livello qualitativo.

7.2 – Indicatori di processo nel trattamento dell'episodio di cura

Per produrre servizi i fattori produttivi sono combinati in processi assistenziali osservabili attraverso indicatori di processo riferibili alle varie fasi: il sistema informativo ci aiuta identificando "eventi" oggetto di tracciamento e comunicazione nel flusso SIAD:

³⁵ "E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese". (Art 3 Cost.)

- e) la richiesta
- f) la valutazione iniziale e la presa in carico dell'assistito;
- g) l'erogazione dell'assistenza con gli accessi;
- h) la rivalutazione dell'assistito;
- i) la sospensione e riattivazione;
- j) la conclusione;

a loro volta in relazione con altri eventi che possono riguardare l'assistito quali il ricovero ospedaliero, la dimissione ospedaliera, il ricovero in altre strutture o la morte.

Osservando questi eventi³⁶ (le operazioni) aggregate in procedure (i processi) e mettendoli in relazione tra loro e col tempo in cui le operazioni vengono svolte possiamo costruire indicatori di efficienza dei processi.

Occorre sottolineare come questi indicatori di efficienza non rappresentino un giudizio di correttezza della presa in carico e di appropriatezza per cui sarebbe necessaria revisione del processo e verifica delle valutazioni

Per il processo di presa in carico e valutazione iniziale, assumendo tempestività di valutazione e presa in carico come obiettivo possiamo assumere come indicatore:

- il tempo medio in giorni tra richiesta e valutazione
- la quota % di richieste valutate entro 1,3 o 5 giorni dalla richiesta

mentre nel caso delle dimissioni protette, per cui il reparto chiede una valutazione

- il tempo medio in giorni tra richiesta e presa in carico
- la % di valutazione dell'assistito in dimissione protetta durante il ricovero.

Mentre l'erogazione presenta complessità che tratteremo negli indicatori di servizi gli l'indicatore del processo di rivalutazione può essere individuato nella % di rivalutazioni periodiche operata sulle prese in carico di oltre un trimestre o un semestre.

Analogamente per la sospensione e riattivazione indicatore di efficienza potrà essere individuato nel tempo intercorrente tra richiesta di riattivazione e la nuova presa in carico.

Gli indicatori di efficienza si riferiscono all'episodio di cura, ed i loro valori sono aggregabili per territorio, tipologia di assistenza e per le altre variabili dell'episodio di cura.

7.3 - Indicatori di servizi erogati nel sistema di cura

Gli indicatori di servizi erogati sono quelli che considerano la "produzione" del periodo secondo la granularità definita e rilevabile ossia nel nostro caso le prestazioni, gli accessi, gli episodi di cura e gli assistiti.

Il superamento degli accessi e l'assunzione delle prestazioni come oggetto di riferimento minimo (previa adozione generalizzata del nomenclatore unitario) è requisito fondamentale per un sistema che si proponga la valutazione dell'onere dell'assistenza.

Per una quantificazione unitaria e sintetica del servizio erogato occorrerà operare una ponderazione delle prestazioni professionali. Le stesse prestazioni rese da professionisti diversi con diverso costo orario dovranno essere considerate prestazioni

³⁶ Per l'analisi dei processi dell'assistenza, cfr. A.Cifalinò, I.E. Lisi, La misurazione della performance dei servizi domiciliari e residenziali tra riforme istituzionali e applicazioni locali, Mecosan, 93, 2015, pagg.9-32

diverse (il criterio di costruzione dei pesi relativi può essere il tempo impegnato dal professionista moltiplicato per il costo orario). La costruzione è immediata: la stima del tempo standard di svolgimento delle prestazioni è presente nella definizione dei piani di lavoro ed il costo orario dei professionisti è ben conosciuto dall'organizzazione

Il profilo temporale e spaziale del sistema di erogazione dei servizi influenza l'onere organizzativo e può essere espresso per il profilo temporale dalle ore di erogazione del servizio sulle 168 settimanali e per quello spaziale dalla distanza media percorsa per ora di assistenza o per accesso.

Ricordando che gli indicatori sono relativi al solo servizio fornito dobbiamo considerare il ruolo dei caregivers, della famiglia e/o della comunità locale che a parità di complessità del trattamento rendono in generale meno oneroso l'impegno assistenziale.

7.5 - Indicatori di risultato specifici dell'Adi

Individuare indicatori di risultato³⁷ dell'episodio di cura dell'assistenza domiciliare richiede di specificare l'obiettivo della presa in carico dell'assistito distinguendo tra obiettivo generale dell'assistenza domiciliare rappresentato dalla conservazione o dal massimo possibile recupero dell'autonomia ed obiettivi specifici dell'episodio di cura o del gruppo di episodi omogenei rispetto a stato clinico, diagnosi, condizioni patologiche, necessità assistenziali;

Alla presa in carico la formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) analizza la condizione dell'assistito e definisce un programma assistenziale con obiettivi specifici e prestazioni da svolgere per raggiungerli, ipotizzando un percorso ed una durata (che può essere a tempo indeterminato coincidente con la vita dell'assistito).

La revisione del PAI alla rivalutazione periodica delle condizioni dell'assistito è strumento di adeguamento del programma e previene l'acritica riproposizione per un lungo periodo di un PAI non più adeguato alle mutate condizioni dell'assistito.

Gli obiettivi specifici sono definiti da specifiche patologie o condizioni dell'assistito o dalle motivazioni di presa in carico definiti nel Piano Assistenziale Individualizzato.

Non pretendiamo di definire i parametri specifici (che non possono che essere tratti dalle evidenze cliniche ed assistenziali) ma solamente descrivere il processo per individuare indicatori di risultato significativi per il controllo del segmento domiciliare di gruppi omogenei di prese in carico da contrapporre logicamente alle risorse in esse impiegate.

Rispetto ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi posti alla base dei DRGs le condizioni di separazione spaziale e temporale in cui i processi costituenti il servizio di assistenza domiciliari vengono erogati agli assistiti facilita il corretto riferimento delle prestazioni (e quindi delle risorse impiegate) direttamente agli assistiti, richiedendo

³⁷ "Gli indicatori di risultato tentano di esprimere l'output in termini che risultano correlabili agli obiettivi di un'organizzazione ... Idealmente, gli indicatori sociali andrebbero formulati in termini misurabili; e così pure le misure di output. Quando gli obiettivi non si possono esprimere in termini misurabili, come avviene spesso, gli indicatori di risultato rappresentano l'alternativa di riserva che rimane al management per determinare gli obiettivi e valutare i progressi compiuti dall'organizzazione nel loro perseguimento. Se correttamente strutturato, un indicatore di risultato permette di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di una organizzazione" Cfr. R.N.Anthony, D.W.Young, (a cura di A.Zangrandi), Non Profit: il controllo di gestione, McGrawHill, II edizione, Milano 2002, pagg. 445.

solamente la corretta e continua rilevazione delle prestazioni e degli assistiti (facilitata da strumenti e sistemi informativi disponibili).

Senza pretendere di essere esaustivi possiamo elencare alcuni obiettivi specifici corrispondenti a gruppi significativi di prese in carico domiciliari tra le più frequenti in:

- a) risoluzione delle lesioni da pressione, delle ferite complesse o ulcere cutanee;
- b) recupero funzionale nella frattura di collo del femore o in altre lesioni;
- c) adeguata gestione alimentazione assistita o funzioni escretorie con cateteri o stomie;
- d) permanenza domiciliare senza ricovero ospedaliero nelle dimissioni protette;
- e) mantenimento di valori dei parametri di controllo in intervalli accettabile ed assenza dell'insorgenza di complicanze in patologie croniche come il diabete, le cardiopatie, le broncopneumopatie ostruttive e le altre cronicità.

Nel trattamento delle lesioni da pressione o delle ulcere cutanee³⁸ è immediata l'identificazione dell'obiettivo specifico rappresentato dal recupero dell'integrità; parimenti nella riabilitazione da eventi traumatici quali ad esempio la frattura del collo del femore il programma riabilitativo espresso nel PAI definisce i livelli di autonomia obiettivo attesi (non sempre rappresentati dal completo recupero e collegati alla situazione ambientale e familiare, come risultante dalla valutazione multidimensionale clinica, assistenziale e familiare della condizione dell'assistito).

Con diverso approccio vanno invece affrontati i casi di supporto in ambiente domiciliare di alcune condizioni quali l'alimentazione assistita o la presenza di catetere vescicale o stomia intestinale, in cui l'obiettivo specifico non può essere il superamento della situazione ma il recupero o il mantenimento di condizioni di massimo benessere e possibilità di vita professionale e relazionale dell'assistito nel suo ambiente.

In questo caso possiamo identificare eventi sentinella (come le infezioni vescicali o le irritazioni locali delle stomie) la cui assenza rappresenta un indicatore di esito positivo.

In modo diverso si pone la valutazione del risultato delle dimissioni ospedaliere protette per cui l'"evento sentinella" è il ricovero o l'accesso ospedaliero per lo stesso tipo di condizione clinica entro un certo periodo di tempo dopo la dimissione che segnala come il PAI non abbia raggiunto il risultato³⁹; mentre indicatore di risultato è la permanenza a domicilio senza ricovero dell'assistito in dimissione protetta.

L'indicatore di risultato domiciliare è analogo all'indicatore del ricovero ospedaliero per DRG medico per cui si osserva l'eventuale riproposizione di un ricovero con diagnosi simile entro un certo periodo come indicatore sentinella del fatto che nel primo ricovero la dimissione non fosse operata con una sufficiente stabilizzazione delle condizioni.

Si segnala qui ancora una volta la necessità di una integrazione dei sistemi informativi in capo all'assistito: il sistema informativo e di valutazione dell'assistenza domiciliare solitamente non segue i ricoveri ospedalieri e va completato dalle altre prestazioni sanitarie.

In modo ulteriormente differenziato si pone la valutazione del risultato del trattamento domiciliare delle patologie croniche per cui i PDTA relativi individuano intervalli obiettivo di

³⁸ Ad esempio le linee guida NPUAP/EPUAP, che definiscono gli standard di valutazione a livello internazionale permettono una classificazione delle lesioni da pressione identificando più stadi che possono essere assunti sia come indicatori clinici della condizione di partenza che di risultato e quindi come obiettivi specifici di trattamento delle lesioni.

³⁹ Nel sistema di osservazione dell'assistenza domiciliare toscano si adottano come indicatore sentinella la Percentuale di assistiti in Adi con 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare oltre i 65 anni e la Percentuale di assistiti in Adi con almeno un accesso al PS durante presa in carico domiciliare oltre 65 anni

valori (quali l'emoglobina glicata per il diabete) quali indicatori di risultato della terapia predittivi di assenza delle complicanze; l'utilizzo degli indicatori di aderenza ai PDTA quali indicatori di risultato appare applicabile alle patologie croniche.

Possiamo quindi identificare tre tipologie di indicatori di risultato specifici da specificare da parte degli operatori in sede di adozione del PAI:

- il raggiungimento di obiettivi (clinici, funzionali, assistenziali);
 - l'assenza di eventi sentinella (es. ricoveri nelle dimissioni programmate);
 - l'aderenza ai valori obiettivo del PDTA (es. emoglobina glicata nel diabete);
- da definire, nella redazione o rivalutazione del piano assistenziale individualizzato e da sottoporre a controllo durante la presa in carico e valutare a consuntivo.

L'utilizzo sistematico da parte dei professionisti degli indicatori di risultato in sede di programmazione, di erogazione del servizio e di controllo di risorse e risultati determinerebbe con il processo di periodica rivalutazione del piano assistenziale, oggi spesso assente, un continuo adattamento delle prestazioni alle condizioni dell'assistito, particolarmente importante nelle prese in carico di lunga durata⁴⁰.

7.5 - Gli indicatori di soddisfazione dell'ADI

Ad integrazione dei risultati clinici e sanitari professionalmente rilevati dobbiamo affiancare le misure di soddisfazione e percezione delle qualità delle cure dalla prospettiva della persona assistita e della sua famiglia o del caregiver comunque identificato.

L'utilizzo di valutazioni espresse dal destinatario contribuisce a focalizzare il servizio e lo svolgimento di specifiche indagini di customer satisfaction è espressamente richiesta dai requisiti di accreditamento ⁴¹ in una "Modalità di ascolto delle persone assistite".

La valutazione di risultato del piano assistenziale può essere svolta attraverso l'utilizzo di strumenti validati e formalizzati quali i PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) o i PREMs (Patient Reported Experiences Measures) oppure attraverso indagini classiche di customer satisfaction rivolte agli assistiti ed alle loro famiglie con la classica matrice soddisfazione / importanza sulle dimensioni dell'assistenza domiciliare.

Entrambi rappresentano i tentativi di includere la prospettiva del paziente nella valutazione della performance, e vengono utilizzati per tentare di migliorare l'assistenza.

I PROMs sono misure di esito su efficacia percepita delle cure ricevute basate non solo sui risultati clinici ma sulla qualità di vita percepita dal paziente, che possono essere generali o specifici di patologie o gruppi di patologie o combinati tra i due tipi.

Per neutralizzare la mediazione professionale i PROMs si basano su questionari compilati direttamente dai pazienti. I PROMs "generali" valutano la qualità della vita o lo stato di salute nella popolazione generale o in sottogruppi con determinati problemi di salute;

⁴⁰ Nella esperienza di ricerca dell'Asl Romagna circa il 44% delle prese in carico presenta una durata superiore all'anno di cui il 19% una durata superiore ai 3 anni, ed in questi casi appaiono necessarie delle valutazioni intermedie dei piani assistenziali, degli obiettivi e degli indicatori di risultato per verificare l'evoluzione delle condizioni dell'assistito.

⁴¹ "Allegato 5 - Punto 5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite "L'Organizzazione ... prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali" cfr Intesa sul documento

quelli “specifici” si riferiscono alla valutazione di alcune tipologie di sintomi e di funzioni in sottogruppi di pazienti con specifici problemi di salute, sottoposti o no a interventi sanitari.

I PREMs consistono invece nella rilevazione delle percezioni dell’assistenza sanitaria basandosi sulle esperienze vissute. Per misurare l’esperienza vissuta dal paziente i PREMs, utilizzano questionari si riferiscono ad aspetti più pratici del percorso di cura, come facilità di accesso, coordinamento, supporto e qualità della comunicazione con gli operatori.

Gli strumenti sono utilizzati nel NHS britannico dal 2009 in modo sistematico e in Italia dal 2017 prevalentemente in Toscana da esperienze del Laboratorio MeS della Scuola Superiore S.Anna in riferimento a percorsi ospedalieri.

PROMs e PREMs sono stati utilizzati prevalentemente in ambiente ospedaliero e in riferimento a pazienti cronici, ma appaiono a maggior ragione applicabili all’assistenza domiciliare in cui il rapporto tra assistito e servizio è personale e prolungato (molto spesso la presa in carico dell’assistito ha una durata superiore all’anno e spesso è lo stesso operatore che assicura i servizi per tutto il periodo).

L’organizzazione dell’Adi consente di collegare univocamente esiti ed esperienze percepite di gruppi di pazienti agli specifici operatori consente non solo una ipotetica “una valutazione del gradimento del servizio” operata direttamente dai pazienti e dalle famiglie loro famiglie, ma soprattutto un flusso di informazione critica e di suggerimenti di ritorno.

7.6– L’indicatore di risultato generale dell’Adi

Dopo gli obiettivi specifici possiamo identificare quale obiettivo generale di presa in carico degli assistiti in assistenza domiciliare la conservazione o il massimo recupero dell’autonomia, data l’età degli assistiti, la prevalenza di cronicità e i pericoli di complicazioni.

L’autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana viene valutata dalle scale di dipendenza od autonomia quali ADL, IADL, Barthel la cui somministrazione è tipicamente prevista nei programmi informatici di gestione dell’assistenza domiciliare.

Pur nella coscienza dell’approssimazione possiamo assumere gli indicatori di dipendenza come misuratori di complessità della situazione assistenziale e come indicatori sintetici del risultato da valutare almeno all’inizio ed alla fine della presa in carico congiuntamente alle variabili di contesto (socio-demografiche, familiari, ambientali) ad integrazione di quelli specifici di patologia o condizione assistenziale.

La valutazione all’inizio ed alla fine della presa in carico misura la variazione delle condizioni di autonomia nel periodo e deve essere accompagnata da una valutazione periodica (trimestrale o semestrale) nel caso di periodi più lunghi.

7.7 – Il sistema di valutazione ADI come sottosistema della valutazione PDTA

Abbiamo visto come l’episodio di assistenza domiciliare possa essere valutato da diverse prospettive e collocato come segmento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale. Dobbiamo prendere atto che frammentazione e scarsa interoperabilità degli strumenti informativi dei diversi segmenti di offerta (cartella ospedaliera, del medico di

medicina generale, dell'assistenza domiciliare) rendano ulteriormente complessa la ricomposizione delle informazioni e delle valutazioni in capo all'unico assistito.

Il sistema di indicatori dell'oggetto "segmento di percorso costituito dall'episodio di assistenza domiciliare integrata" è sottosistema degli indicatori riferibile all'intero PDTA.

Ciò ci permette di partire dalle dimensioni del modello utilizzato per valutare l'episodio di cura domiciliare, adattarle agli altri segmenti, aggiungere dimensioni ed escludere le non applicabili giungendo ad una valutazione sintetica come composizione delle valutazioni.

Per fare ciò è necessario che i modelli di valutazione sviluppati per i diversi segmenti del PDTA (medicina di famiglia domiciliare, ricovero ospedaliero, ospedale di comunità, cure intermedie riabilitative, assistenza domiciliare integrata) condividano criteri di valutazione nel comune obiettivo della cura e del reintegro del massimo livello di salute ed autonomia dell'assistito nell'ambiente in cui egli sceglie di vivere.

Generalizzando l'approccio possiamo ipotizzare due casi limite:

- nel primo il PDTA è erogato solo in Assistenza Domiciliare Integrata e i due sistemi informativi e di valutazione coincidono
- nel secondo il PDTA è composto da un ricovero ospedaliero senza ADI e quindi il sistema di valutazione ADI non è considerato nel sistema di valutazione.

In posizione intermedia troviamo tutti i casi in cui solo una parte del percorso è in ADI e il sistema di valutazione ADI è un sottosistema del sistema di valutazione complessivo.

Operativamente dichiarare che il sistema di valutazione (dell'episodio di cura) dell'ADI è sottosistema del sistema di valutazione (del PDTA) significa che può essere opportuno accettare o perseguire una sub-ottimizzazione degli obiettivi di segmento per giungere ad un migliore obiettivo di percorso.

La riconfigurazione degli obiettivi parziali di segmento in un unico obiettivo di percorso richiede una piena collaborazione tra i responsabili di segmento e può rendere opportuna una ridefinizione di responsabilità "di percorso" al complesso delle strutture di offerta.

Ad esempio per la valutazione del reintegro dell'autonomia nel caso di frattura del collo del femore l'indicatore di corretta gestione del segmento ospedaliero rappresentato dall'intervento entro le 24 ore dal ricovero è subordinato al perseguimento del massimo recupero a domicilio (se non è attivabile immediatamente la riabilitazione intensiva potrebbe essere opportuno postporre l'intervento di 24-48 ore per coordinare l'intervento riabilitativo).

7.8 – Il modello di rappresentazione e valutazione dell'episodio di ADI

Nel trattare specificatamente il segmento domiciliare dobbiamo definire un primo sistema di indicatori multidimensionale riferibile all'episodio di cura in assistenza domiciliare integrata; esprimeremo ancora tali indicatori in un valore assoluto compreso tra 0 e 100 per permettere confronti tra episodi ed aggregati di essi.

Ogni indicatore è riferibile ad un episodio e quindi si possono costruire indicatori riferibili ad ogni insieme di episodi aggregabili per ogni variabile considerata. Questi come i sistemi di osservazione e valutazione di fenomeni economico-sociali quali gli episodi di assistenza domiciliare sono sempre destinati ad essere sperimentati, migliorati e validati dalla loro applicazione concreta: la riflessione metodologica in cui si impegna lo studioso deve confrontarsi sempre con l'applicazione di strumenti e modelli.

In prima approssimazione il nostro sistema presenterà i seguenti sei indicatori:

- 1) *Coefficiente di Intensità Assistenziale CIA = (GEA/GDC) x 100*
- 2) *Giorni di durata episodio di cura = (GDC/ 365) x 100;*
- 3) *Onerosità caso specifico / Onerosità massima ammessa x 100*
Costo medio sett. episodio / Costo massimo sett. episodio = (CMe/CMx) x 100;
- 4) *Risultato specifico raggiunto / Obiettivo specifico definito (RSR/OSD) x 100*
- 5) *Soddisfazione assistito e famiglia / Soddisfazione massima * 100*
- 6) *Valutazione sul mantenimento o recupero dell'autonomia nelle attività quotidiane*

1) *Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) x 100*; il primo indice è il già noto coefficiente di intensità assistenziale ottenuto dal rapporto tra giorni di effettiva assistenza GEA e giorni di calendario di presa in carico GDC che ci da una indicazione imperfetta ed approssimata dell'intensità dell'assistenza nel periodo.

2) *Durata episodio di cura (GDC/ 365) x 100*; il secondo indice misura la quota dei giorni coperta dalla presa in carico sui giorni di calendario (in riferimento all'anno civile considerato come riferimento unitario).

3) *Onerosità caso specifico / Onerosità massima ammessa x 100*

3bis) Costo medio effettivo settimanale / Costo massimo settimanale possibile x 100;

i due indicatori cercano di stimare "il peso relativo" dell'episodio di caso attraverso il rapporto percentuale tra onerosità media settimanale e massima intensità assistenziale; nel caso di indisponibilità di stimare l'onerosità assistenziale si può usare il costo medio.

Il modello valutativo si completa con ulteriori valutazioni sull'episodio tra cui:

4) *le valutazioni dell'equipe sul raggiungimento degli obiettivi specifici;*

5) *le valutazioni dell'assistito o della famiglia sulla soddisfazione*; attraverso Premis o altri strumenti di valutazione di soddisfazione in cui la discrezionalità risulta ineliminabile.

6) *la valutazione sul mantenimento o sul recupero di autonomia*;

attraverso il rapporto tra autonomia recuperata sul totale o dalla residua rispetto al livello precedente alla presa in carico dell'ADI utilizzando le scale professionali apposite.

I primi due indici, basati su dati oggettivi (giorni ed accessi) non danno problemi di costruzione e di valutazione e il loro prodotto per 365 da il numero di accessi dell'episodio.

Per il terzo e quarto indice si affrontano invece problemi di costruzione ed elementi di discrezionalità che non consentono di qualificarli come "oggettivi".

La definizione della massima onerosità assistenziale e del conseguente massimo costo settimanale ipotizza un certo livello di assistenza e richiede l'assunzione di standard di riferimento. Il riferimento ad uno standard definito anche se particolare dal punto di vista territoriale assistenziale o disciplinare permette di valutare l'episodio rispetto al gruppo di episodi significativamente omogenei ad esso.

E' evidente come l'ADI prestata ad un assistito con una grave sindrome neurologica invalidante non possa essere confrontata con quella di un assistito cui vengono garantiti prelievi domiciliari. Il metodo utilizzato è sempre lo stesso, di considerazione dell'aggregato generale, identificazione di aggregati parziali omogenei, ove definibili, e confronto dell'episodio di cura o di gruppi di essi con gli aggregati.

Nella valutazione degli obiettivi specifici così come della soddisfazione dell'assistito è inevitabile l'esercizio di una discrezionalità professionale, orientabile prevedendo livelli discreti di raggiungimento degli obiettivi (possiamo prevedere 100= raggiunto, 80=buon

risultato, 60=soddisfacente, 40=apprezzabile, 20=nessun risultato, 0=peggioramento); ovviamente la sommatoria si può riferire ad ogni aggregazione di episodi o al servizio intero.

Si potrebbe ponderare il giudizio sugli episodi per la durata in settimane, o il numero degli accessi, riconoscendo maggior peso ai giudizi con maggiore interazione col servizio.

La valutazione della variazione dell'autonomia è particolarmente importante nelle prese in carico in Adi che si realizzano in caso di dimissione protetta o in quanto completamento di un percorso terapeutico per un fatto specifico per cui ci si può porre come obiettivo una "restitutio ad integrum". Più difficile appare la sua applicazione quando trattiamo di una condizione cronica in cui l'assistito va incontro ad un deterioramento delle proprie condizioni anche per il solo invecchiamento ed in cui la valutazione da fare è sull'autonomia perduta e non recuperata.

Una volta assegnato ai sei indici un valore da 0 a 100, è possibile disegnare l'esagono della valutazione dell'episodio di caso o dei gruppi di episodi collocando i valori assoluti sui raggi del cerchio circoscritto ad una distanza dal centro proporzionale al loro valore. In questo modo si forma una poligonale rappresentativa della valutazione che può essere utilizzata sia in una prospettiva diacronica che sincronica.

Un elemento di difficile valutazione ma da integrare nel sistema è rappresentato dall'impatto economico-sociale del servizio di assistenza domiciliare integrata nella vita della persona o della famiglia che ne usufruisce, valutato attraverso il rapporto tra costo dell'intervento e benefici indotti (possibilità di mantenere il lavoro da parte del care-giver, costi evitati per le soluzioni residenziali).