

La differenziazione e il raggruppamento degli episodi di 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/7437>

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** dobbiamo analizzarlo come composto da **prestazioni univocamente** riferite ad **accessi univocamente** riferiti ad **episodi di cura univocamente** riferiti ad **assistiti** andando a rilevarne le variabili.

Possiamo analizzare gli episodi di cura a diversi livelli di granularità¹ con tre prospettive:

a) **l'analisi dell'intero sistema di Adi su territorio o popolazione**

(di Comune, Distretto, Azienda Sanitaria, Regione), dati gli indicatori di rappresentazione **finalizzata all'osservazione del sistema territoriale dell'assistenza domiciliare**, da confrontare con lo stesso territorio in un diverso periodo² con altri territori, o con altri setting di cura³ (attraverso comparazioni spaziali, temporali o di modelli erogativi);

b) **l'analisi per gruppi di episodi di cura omogenei⁴**

per l'esercizio del governo clinico, e gestionale con riferimento ad aggregati di episodi di cura (attuando le comparazioni spaziali, temporali e di modelli erogativi rispetto a popolazioni parziali o gruppi di patologie o di Pdta);

c) **l'analisi del singolo episodio di cura**

per definizione, gestione e controllo del Piano Assistenziale Individualizzato con obiettivi e indicatori di controllo verificandone periodicamente il livello di raggiungimento⁵

Quanto ai soggetti a cui sono dirette le informazioni:

- **l'analisi dell'intero sistema di Adi su territorio o popolazione** è rivolta alla direzione generale e sanitaria ed alle direzioni di distretto;
- **l'analisi per gruppi di episodi di cura omogenei** è rivolta ai responsabili di reparti

¹ La granularità rappresenta il livello di dettaglio a cui opera l'analisi del database a seconda degli scopi conoscitivi: una minore granularità consente un maggiore dettaglio ma non la visione d'insieme mentre un minore livello di granularità permette una visione meno dettagliata ma più complessiva del fenomeno osservato.

² La possibile disomogeneità dei territori fa preferire la comparazione geografica per l'analisi delle condizioni effettive di erogazione dell'Adi per capire come i programmi di "domiciliarizzazione" siano applicati sui territori

³ Consideriamo 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 setting in cui erogare i servizi è una scelta dell'azienda sanitaria di organizzazione territoriale e definizione delle reti per i servizi.

⁴ Trattandosi di gruppi di episodi di cura significativamente omogenei è dovrebbe essere possibile definire per essi indicatori specifici di risultato assumibili come obiettivi dell'applicazione dello specifico Pdta nel setting domiciliare. Ad esempio per le dimissioni protette un obiettivo può essere la riduzione dei ricoveri per diagnosi simili nei 60-90 giorni successivi. Per confrontare i diversi modi di applicazione di Pdta simili è possibile confrontare invece ad esempio le giornate di ricovero dei pazienti con stomie intestinali o con intervento per frattura del collo del femore con gli accessi domiciliari degli stessi pazienti in periodi o territori diversi per osservare come si modifichi il rapporto tra i due aggregati e quindi quale sia l'effettiva applicazione della domiciliarizzazione di segmenti dei Pdta

⁵ La definizione e verifica periodica dei parametri di riferimento per il caso e di discussione dell'andamento dell'episodio di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare e con famiglia o caregiver contrasta la cronicizzazione dell'assistito

o reti cliniche incaricati del trattamento dei casi in oggetto⁶

- **l'analisi del singolo episodio di cura** è rivolta all'equipe multidisciplinare con la partecipazione della famiglia e/o del caregiver.

La costruzione di raggruppamenti ha finalità innanzitutto **conoscitiva**: la lettura di un universo numeroso come gli episodi di Adi di un territorio richiede aggregazioni per offrire sintesi e per costruire **indicatori di risultato specifici per i gruppi di episodi**⁷.

Il modello è efficace se **raggruppa gli episodi di cura in un numero limitato di profili** agevolmente costruibili nella valutazione dell'assistito costruendo profili **sufficientemente omogenei al loro interno e sufficientemente differenziati tra loro**⁸.

L'esperienza mostra come sia limitata l'affidabilità dei dati alla base delle classificazioni e suggerisce che l'assegnazione al gruppo dovrebbe essere **maggiormente curata, obbligatoria, controllata ed integrata nella procedura di presa in carico** per assicurare robustezza della classificazione⁸.

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

Operativamente possiamo classificare gli episodi secondo variabili "originarie"⁹

- **sociodemografiche,**
- **clinico-assistenziali**
- **organizzative o di servizio.**¹⁰

alla presa in carico, alla dimissione o a scadenze predefinite¹¹ oppure per aggregazioni differenziate in base a **indicatori sintetici di variabili composte**¹² quali

- **obiettivi ed indicatori di risultato**

⁶ Sembra logico che la condizione ed il decorso dell'operato di stomia intestinale venga valutata dal chirurgo che ha operato non solo in sede di ambulatorio ospedaliero ma anche in relazione all'equipe domiciliare che lo prende in carico alla dimissione e che vi sa una condivisione di competenze che consenta all'infermiere domiciliare di trattare le stomie non particolarmente complesse a domicilio con gli stessi metodi dell'enterostomista ospedaliero. In tale modo, anche in assenza di scelte organizzative innovative quali i dipartimenti transmurales precedentemente citati, si "ricuciono" i segmenti dei Pdta e si orientano i responsabili dei vari setting di cura alla considerazione dell'intero percorso: l'integrazione dei segmenti è favorita dalla rotazione del personale tra reparti ospedalieri ed équipes domiciliari.

⁷ Numerosità e dimensione dei gruppi dipendono dal loro criterio classificatorio e dalla loro finalità: il raggruppamento per diagnosi è funzionale all'osservazione epidemiologica e alla gestione congiunta dei percorsi ospedalieri mentre il (difficile) raggruppamento per livelli di onerosità assistenziale è funzionale alla costruzione di sistemi di remunerazione.

⁸ Attualmente molte variabili presenti nelle cartelle domiciliari ed utilizzate per la classificazione in gruppi sono non obbligatorie percepite dai professionisti come "rilevazioni statistiche poco rilevanti" e quindi compilate con scarsa accuratezza, anche perché non restituita all'equipe e ciò contribuisce a scarsa affidabilità della classificazione.

⁹ Sono originarie le variabili direttamente tratte dalle notizie su assistito ed episodio di cura senza alcuna elaborazione

¹⁰ L'elencazione e la classificazione delle variabili non può ovviamente essere esaustiva e propone un tentativo di lettura critica delle variabili di obbligatoria rilevazione per il SIAD con l'aggiunta di alcune variabili ritenute utili.

¹¹ Per rilevare correttamente ed in modo uniforme le variabili in oggetto occorre definire il momento della rilevazione che può essere il momento di presa in carico, quello della chiusura del caso od un definito momento intermedio. Le variabili significative rilevate possono modificarsi durante la presa in carico (es. per un cambio di dimora, la presenza di un caregiver non familiare, l'emersione di una complicanza) ed allora occorre rivedere il piano di assistenza personalizzato per adeguarlo alla nuova situazione e operare una rivalutazione e revisione delle variabili stesse

¹² Differentemente dalle variabili originarie precedentemente esposte gli indicatori sintetici sono il risultato di elaborazioni e quindi di scelte di rappresentazione e ponderazione di diversi aspetti di episodio e assistito

- **livello di autosufficienza o dipendenza**
- **complessità assistenziale dell'episodio di cura**

che sono costruite per scopi conoscitivi, valutativi o prognostici¹³.

La numerosità delle variabili e la loro relativa indipendenza ci **permette con tecniche di analisi multivariata di costruire un numero elevato di aggregazioni** e richiede uno sforzo di progettazione e valutazione critica dei dati per costruire informazioni e raggruppamenti significativi ed attraverso ciò supportare programmazione e controllo di dirigenti e professionisti sulla attività assistenziali¹⁴.

Le **variabili sociodemografiche** sono variabili discrete ¹⁵relativamente oggettive, **referite ad un preciso momento (quindi valori-fondo)** oggetto di rilevazione e non di valutazione e sono 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 in condizione di isolamento con un ulteriore fragilità.

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

Condizione familiare¹⁶ 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 con una opportuna codificazione preliminare** e 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**
- **obiettivi ed indicatori specifici**
- **livello di dipendenza ed autosufficienza**
- **motivazione di chiusura.**

¹³ Alcune scale di valutazione applicate a episodi di cura e pazienti nelle diverse fasi dei percorsi hanno talvolta finalità prognostica (come la BRASS per il rischio di ripetizione di ricovero o la scala CHESS per la previsione di instabilità ed aggravamento) o valutativa di un aspetto delle condizioni del paziente (come la BRADEN per lesioni da pressione) ed in altri casi (come per Barthel o Adl) tentano di fare una valutazione complessiva della non autosufficienza.

¹⁴ Con le analisi descrittive ed applicando gli indici proposti nel capitolo sulla rappresentazione dell'Adi possiamo indagare e rappresentare le caratteristiche degli episodi di cura ma la costruzione di raggruppamenti significativi utilizzabili per il governo clinico, assistenziale e gestionale richiede un più complesso lavoro di comprensione e rappresentazione dei fenomeni, di analisi dei dati e costruzione logica di indicatori rappresentativi dei fenomeni.

¹⁵ Una variabile discreta può assumere un insieme finito e numerabile di valori ed è quindi di più facile elaborazione. Il carattere di variabile discreta è particolarmente importante in questo caso in cui abbiamo un numero elevato di episodi di cura da classificare e una pluralità di valutatori e quindi è necessario ridurre al minimo gli spazi interpretativi personali

¹⁶ La condizione familiare da considerare è quella effettiva, non quella semplicemente risultante dalle dichiarazioni anagrafiche, che possono essere influenzate da scelte pensionistiche o tributarie.

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 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**, scelte all’interno della classificazione internazionale delle malattie e la cui codifica, se accurata, è strumento prezioso per correlare i casi Adi ai ricoveri ospedalieri che sono codificati secondo la medesima classificazione.¹⁷

Le **condizioni patologiche ed assistenziali** che descrivono esigenze degli assistiti **congiuntamente alle sociodemografiche** sono spesso più rilevanti delle diagnosi per definire il Piano di Assistenza Individuale: tali condizioni determinano l’assistenza e vanno **valutate con criteri omogenei** alla presa in carico, sospensione, riattivazione, periodicamente ed alla conclusione dell’episodio di cura¹⁸.

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: essa differenzia ulteriormente gli episodi e la loro variabilità può segnalare la diversità del modello assistenziale (o quella dell’ambiente e del territorio ove si realizza)¹⁹.

Il **professionista maggiormente impegnato** tra i componenti dell’equipe per tempo assistenziale complessivo o numero di accessi²⁰ 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’ulteriore gruppo è dato dalle **variabili organizzative** che collocano l’episodio e la

¹⁷ Le diagnosi sono scelte all’interno della classificazione internazionale ICD. La diagnosi per la collocazione in Adi non è detto che sia quella principale (es. ulcera vascolare o diabete scompensato) anche se per garantire una uniforme rilevazione di percorso occorrerebbe una tassonomia unificata ed una rilevazione con criteri uniformemente applicati indipendentemente dalla struttura organizzativa realizzando una vera interoperabilità semantica. Una soluzione potrebbe essere quella di rendere disponibile per le dimissioni protette la scheda di dimissione codificata in modo tale che la UMV possa accettare o modificare la diagnosi ICD9, garantendo comunque un sistema di rilevazione delle condizioni cliniche unificato che escluda diagnosi vaghe o incoerenti. A tale proposito dobbiamo ricordare che nella ricerca nell’Asl Romagna circa il 10% degli episodi di cura riportava la diagnosi “V65 – Altre persone che entrano in contatto con i servizi sanitari senza malattia o sofferenza” (che risultava la seconda diagnosi per frequenza).

¹⁸ 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

¹⁹ Nell’esperienza citata abbiamo una incidenza complessiva del 27% di episodi di cura superiore a 100 settimane, con una variabilità tra territori che va da un minimo del 13% al massimo del 53%.

²⁰ La valutazione del tempo assistenziale è operata attraverso il numero delle prestazioni ponderate secondo il loro tempo e rappresenta una stima più precisa rispetto alla considerazione del semplice numero degli accessi.

sua gestione nell'organizzazione sanitaria e nell'ambiente di vita.

Il **Medico di Medicina Generale** è responsabile della cura e talvolta professionista di riferimento, sempre presente individuabile la cui attività deve essere integrata nell'Adi²¹.

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 la persona l'interfaccia **in via aggiuntiva e non sostitutiva** rispetto alla comunicazione con l'assistito.

L'ultima variabile organizzativa è la **Casa della Comunità o altra struttura sanitaria pubblica o privata** di prossimità (medico di medicina generale, farmacia convenzionata, casa protetta) a cui fa riferimento l'assistito per l'erogazione dell'Adi²².

La **numerosità di possibili combinazioni di diagnosi e condizioni assistenziali** richiede la loro riduzione ad un numero limitato di raggruppamenti (per sistemi d'organo, tipo di problematiche o livello di gravità). Per ricondurre l'elevata numerosità degli episodi ad un numero limitato di raggruppamenti²³ 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** con la 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.

5.3 La differenziazione per variabili complesse: obiettivi, indicatori di risultato, onere assistenziale

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 valutazione professionale e applicazione omogenea.

²¹ Il MMG contribuisce all'Adi svolgendo “accessi domiciliari programmati” remunerati in base ad uno specifico contratto con una remunerazione aggiuntiva rispetto alla quota capitaria annuale, senza essere integrato nell'equipe. Il coordinamento può essere assicurato dall'integrazione dei sistemi informativi prevedendo a) che il MMG possa accedere alla cartella Adi dei propri assistiti; b) le prestazioni Adi siano registrate in una sezione della cartella del MMG; c) il MMG sia aggregato all'equipe partecipando alle riunioni di equipe condividendo valutazioni ed aggiornamenti.

²² In aree urbane più densamente popolate le CdC possono essere sufficienti ma una bassa densità di popolazione richiede soluzioni alternative e punti di riferimento di prossimità alla dimora dell'assistito sono aiuti preziosi.

²³ Immediato è il riferimento al sistema DRG oppure al sistema Patient Driven Groupings Model (PDGM) utilizzato negli USA per le cure domiciliari dai sistemi Medicare e Medicaid che rilevando variabili cliniche, funzionali e di servizio raggruppano le stesse cure domiciliari in 153 Home Health Resource Groups (HHRG). In merito cfr. www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/NPC/Downloads. Un progetto analogo di definizione di pesi e stima di costi relativi è in corso al momento il sistema Atl@nte basato su Inter-RAI Home Care nelle Regioni Umbria e Basilicata

Gli **obiettivi di risultato specifico** (corrispondenti spesso a gruppi di patologie) e **gli indicatori che ne misurano il raggiungimento** rappresentano **grandezze composte significative** in base a cui possiamo classificare gli episodi aspetti osservati.

In base al **valore della grandezza espressione del fenomeno sottostante** si **costruiscono aggregazioni significative** costruendo così procedure organizzative standard e schemi da personalizzare per definire i piani assistenziali.

La **valutazione di autonomia e dipendenza** non coincide con la valutazione clinica ma rappresenta il **monitoraggio dell'unitario obiettivo di recupero e mantenimento** sempre valido al di là del miglioramento delle condizioni cliniche per un assistito²⁴.

Le scale per le valutazioni di non autosufficienza (quali ADL, IADL, Barthel, InterRai, ICF)²⁵ sono presenti nei programmi di gestione anche se spesso non usate nei passaggi tra i segmenti di cura.

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

Ogni episodio di cura è costituito da **una successione di accessi con una o più prestazioni** caratterizzabili per **tipologia e professionista impegnato**: il decreto SIAD ne propone 21 richieste alle “sperimentatrici” quale **massimo dettaglio dell'assistenza**.

L'analisi delle prestazioni permette di **descrivere l'assistenza effettivamente erogata nell'episodio di cura** consentendo di differenziare accessi ed episodi **in gruppi omogenei significativi**²⁶ in base alla variabile **contenuto in prestazioni** (spesso combinate a **diagnosi** di presa in carico e **complessità clinica** dell'episodio).

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 non sono facilitate da procedure e sistemi operativi 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

²⁴ La valutazione dell'autosufficienza o dipendenza dell'assistito riguarda tipicamente la capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana (alimentarsi, muoversi, lavarsi, andare in bagno, comunicare) che sono influenzate ma non determinate dalle condizioni patologiche. Essa è operata attraverso le scale di autosufficienza di derivazione infermieristica che operano una valutazione multidimensionale solitamente ricomprese nei programmi di gestione dell'ADI ma non nel debito informativo uniforme e non sempre somministrate dai professionisti dell'Adi. Se conveniamo sul fatto che il mantenimento e il recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana sia un obiettivo unificante allora il loro recupero diviene obiettivo da monitorare lungo il percorso di cura, per valutare l'impatto delle diverse forme di trattamento sul recupero funzionale oltre che clinico.

²⁵ Le valutazioni sintetiche di autonomia-dipendenza usate per stimare l'impegno assistenziale hanno il limite di essere espresse in valori ordinali e non cardinali per i diversi items e quindi di non poter esprimere un “punteggio sintetico di autonomia” né per il singolo episodio di cura né per il complessivo sistema di assistenza domiciliare.

²⁶ La lettura e rappresentazione attraverso raggruppamenti significativi e non attraverso valori medi è il nostro approccio complessivo all'analisi dell'Adi, preferibile data l'eterogeneità delle situazioni trattate sotto l'etichetta di “assistenza domiciliare integrata”, che risulta meglio descrivibile attraverso l'aggregazione di episodi e l'analisi di caratteristiche e contenuti caratterizzanti che attraverso valori medi che dissimulano l'eterogeneità degli episodi di cura. Si pensi alla differenza 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 unitario.

consegna del materiale, l'educazione del paziente) e svolgibili da ogni operatore²⁷.

L'analisi delle prestazioni consente 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 impegnato²⁸ ce rappresenta gran parte del costo complessivo dell'episodio di cura.

Tra gli **episodi di cura significativamente omogenei per tipologia di prestazione** si identificano **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 riducendo i costi amministrativi e di coordinamento.

5.5 Alla ricerca dell'indicatore sintetico di complessità assistenziale

La generalità delle valutazioni di non autosufficienza oggi 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"** né per il singolo episodio né quindi per il complessivo sistema di assistenza domiciliare (come succede per il citato sistema statunitense PGDM di classificazione e finanziamento che assegna un peso di complessità "case mix weight").

L'assenza di un **"punteggio di non autosufficienza"** sommabile 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

²⁷ Nell'esperienza in Asl Romagna si sono rilevate molte prestazioni di "insegnamento", "educazione", compilazione cartella clinica", "consegna materiali" che se non stralciate dalle altre prestazioni nella considerazione dell'episodio di cura diluiscono le differenze tra gli episodi che si basano sulle prestazioni caratterizzanti.

²⁸ Si può rilevare a campione la durata effettiva delle prestazioni per un certo periodo da parte dei professionisti oppure applicare un tempo standard determinato preventivamente; un "tempo standard" preventivo di prestazione è comunque una stima necessaria per consentire la programmazione del lavoro dei professionisti e dei loro spostamenti.

di cura”²⁹ che ha rilevanti effetti economico-sociali ed umani che una adeguata organizzazione del supporto domiciliare deve considerare ed affrontare³⁰.

Se i raggruppamenti sono costruiti **per omogeneità di complessivo impegno clinico ed assistenziale** possono supportare la definizione di **un sistema tariffario o di finanziamento che superi il criterio episodio di cura o giornata di assistenza**.

Un sistema tariffario basato su onerosità e complessità assistenziale³¹ dell’episodio di cura³² è criterio utile per definire i compensi³³ per l’affidamento a soggetti privati accreditati ma è utilizzabile anche come criterio di finanziamento tra sistemi di aziende pubbliche.

La valutazione della complessità assistenziale dell’episodio di cura rappresenta inoltre **uno strumento per la valutazione dell’efficienza dei sistemi di Adi**³⁴; 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”³⁵

²⁹ Il carico del complessivo “lavoro domestico di cura” (non remunerato) dell’infanzia, delle persone anziane o malate tradizionalmente gravante sulle donne è ritenuto uno dei motivi del minore sviluppo di carriera e del minor reddito da lavoro e conseguentemente da pensione della popolazione femminile; l’introduzione di congedi per motivi familiari se alleggerisce il peso del lavoro di cura, comporta però una riduzione delle opportunità di carriera del personale femminile.

³⁰ 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.

³¹ Parliamo di complessità ed onerosità assistenziale come misuratore sintetico delle risorse da impiegare per garantire l’assistenza diversamente dalla complessità clinica che misura le condizioni generali di salute dell’assistito.

³² Lo svolgimento di queste analisi sull’Adi e sugli altri setting territoriali è 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 negli ultimi 30 anni con il passaggio dalla sola considerazione del numero delle giornate di degenza all’introduzione della SDO e all’analisi dei DRGs e la transizione tariffaria appare rispondere alle medesime esigenze. Come più volte segnalato, il progresso dal punto di vista conoscitivo e del controllo, è rappresentato dalla considerazione del percorso e non del segmento Adi.

³³ E’ immediato riferirsi al sistema dei Diagnosis Related Groups o DRG utilizzato per osservare i ricoveri ospedalieri: 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, conoscenza, diagnosi, condizioni cliniche, stato nutrizionale, condizioni della cute, attività, farmaci e terapie speciali, sezione supplementare) con cui si assegna l’assistito ad una delle 7 classi principali e ai 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse assistenziali valutate secondo i minuti di assistenza diretta ed indiretta 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. Il sistema, applicato in alcune regioni (Lombardia, Marche, Umbria, Basilicata), rimane un sistema tra gli altri e non è diventato uno standard unico di riferimento.

³⁴ 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.

³⁵ L’espressione della valutazione di complessità assistenziale è espressa attraverso scale comunemente applicate su assi specifici con valutazioni parziali non sommabili per giungere ad un punteggio sintetico totale. Se l’importo riconosciuto a livello tariffario è proporzionale alla complessità il prezzo diventa esso stesso misuratore di complessità; in questo processo in seguito dividendo il costo totale dell’assistenza per il numero di “punti assistenza” si ottiene il “costo medio unitario dell’assistenza”, che può essere utilizzata come misuratore sintetico dell’efficienza produttiva.

Determinando il “**costo punto-Adi**” quale indicatore di economicità (inevitabilmente destinato ad essere utilizzato 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)³⁶.

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.**

5.6 – L’esperienza dei percorsi della riforma Adi della Regione Lombardia

Una esperienza significativa (anche per il bacino di applicazione)³⁷ è quella della Lombardia che dopo una sperimentazione iniziata nel 2019³⁸ ha portato alla revisione nel 2022 del sistema di classificazione, erogazione e tariffazione³⁹.

Il riordino si colloca nella riorganizzazione dei servizi nella specificità lombarda

³⁶ Non riusciamo qui ad offrire precisi coefficienti di correzione corrispondenti ai diversi valori che le nostre variabili possono assumere ma solamente ricordare di tenerle in opportuna considerazione.

³⁷ La Lombardia ha circa 10 milioni di abitanti e con oltre 2,25 milioni di ultra65enni di cui 350 mila ultra 85enni.

³⁸ La sperimentazione è stata svolta su mandato della stessa Regione nel primo semestre 2019 dall’ATS Brianza, le ASST di Lecco, Monza e Vimercate e 27 erogatori privati accreditati, coinvolgendo 4212 assistiti sottoposti a 8880 valutazioni, valutando in doppio cieco la concordanza tra la valutazione dell’assistito attuata dall’ATS e dall’erogatore. Cfr. All. 2 alla DGR Lombardia 6867 del 2 agosto 2022, “Determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello ...”.

³⁹ La definizione di profili di base e percorsi assistenziali predeterminati permette una semplificazione ed accelerazione della proposta di presa in carico da parte del medico di medicina generale che può scegliere tra più prodotti “standard”. La DGR 6867 con i 3 allegati definisce i requisiti di accreditamento degli Enti Gestori, e riclassifica i profili assistenziali dell’Assistenza Domiciliare Integrata definendo standard di cure prestazionali e percorsi di Cure Domiciliari. Le tariffe per la remunerazione dei percorsi della delibera sono poi aggiornate dalla successiva DGR 6991 del 22 settembre 2022.

caratterizzata dalla distinzione tra ASST-committente e soggetto erogatore pubblico, privato o di terzo settore⁴⁰ che richiede un sistema tariffario per i trasferimenti e si propone di ricomporre ad unità la gestione degli interventi prestati a livello domiciliare.

La sperimentazione ha portato alla definizione di **“percorsi” corrispondenti ai gruppi di episodi di cura** significativamente omogenei per bisogni e livelli assistenziali necessari per fare loro fronte: per il 45% la motivazione di presa in carico è data da lesioni cutanee, per il 19% dalla gestione di cateteri vescicali, sonde e stomie, per il 17% da bisogni riabilitativi e per il 14% da bisogni complessi che necessitano di risposte multiprofessionali. Già nel limitato campione analizzato dalla sperimentazione il raggruppamento per percorsi offre un quadro più strutturato rispetto alla considerazione di 8880 episodi di cura: il 73% degli assistiti ha attivato un solo percorso, il 13% due mentre il 14% residuo una **valutazione di maggiore complessità** (5% per complessità ed il 9% per 3 o più percorsi)⁴¹

Le linee operative di indirizzo del nuovo sistema sono esplicitate

- nella **semplificazione ed accelerazione della presa in carico**⁴²;
- nell'**implementazione della classificazione delle cure domiciliari in base al CIA**
- nella **standardizzazione dei profili di cura per costruire modelli di erogazione e remunerazione diversificati** per i profili di prestazioni **più frequenti e ripetibili**;
- nella **definizione di percorsi standardizzati** per rendere misurabili sia i **processi di attivazione che la valutazione degli esiti**⁴³.

Si confermano i principi della presa in carico territoriale e si chiede di inserirla nel “welfare di comunità” dell’ambiente sociale e familiare dell’assistito;⁴⁴ dal punto di vista organizzativo si prevede la redazione del **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** da parte dell’Ente Erogatore e la nomina nei casi complessi di un **referente del caso**⁴⁵.

In base alla caratterizzazione dei profili degli episodi di cura realizzata nella sperimentazione si riconoscono e caratterizzano **tre livelli di cure domiciliari**.

- **Il primo livello** corrisponde a **prelievi domiciliari e assistenza prestazionale generica**

⁴¹La delimitazione al 14% del totale delle Valutazioni Multidimensionali complesse di II livello permette di attivare rapidamente gli interventi “standard” con la VMD di I livello e di concentrare le risorse sui casi particolarmente complessi oggetto di interventi di II livello. E’ previsto che in ogni momento possa essere richiesta una VMD di secondo livello dagli operatori coinvolti qualora dall’osservazione emergano bisogni complessi: il sistema è in grado di realizzare gli obiettivi di semplificazione ed accelerazione se le richieste di valutazioni di II livello rimangono quantitativamente limitate.

⁴² La valutazione dell’accelerazione nel processo di presa in carico può essere approssimata attraverso indicatori di processo e quindi l’efficacia della norma si potrà valutare confrontando i tempi di presa in carico attuali e precedenti

⁴³ Si è più volte detto come la programmazione e la valutazione sistematica degli obiettivi e degli indicatori di risultato prevista dal nuovo sistema contrasti la cronicizzazione e permetta un effettivo controllo del sistema di erogazione. Il processo di valutazione degli esiti deve ampliarsi all’intero trattamento dell’assistito, ricomponendo in un percorso unitario oggetto di programmazione e controllo i segmenti ospedalieri e territoriali, come previsto in seguito nelle azioni programmate dove si prevede il “follow-up e monitoraggio del paziente preso in carico in ammissione/dimissione protetta e loro misurazione, anche a livello di ATS, di riferimento e monitoraggio degli esiti degli interventi e della presa in carico attraverso il confronto con i servizi territoriali, il tele-monitoraggio ed il teleconsulto” All.2 DGRL 6867 pag. 49

⁴⁴Le Direzioni Generali di ASST, attraverso le rispettive Direzioni Socio-Sanitarie, si attivano affinché nelle articolazioni organizzative territoriali distrettuali, venga sviluppata la capacità di risposta al bisogno delle persone e delle famiglie delle comunità di riferimento, attraverso un modello orientato a cogliere e valorizzare le risorse formali e informali e del terzo settore in essi presenti, co-progettando con esse welfare di prossimità al servizio del progetto individuale che le EVM concorrono a definire con la persona e la sua famiglia, così implementando le opportunità, la qualità e la forza di risposta territoriale ai bisogni della comunità di riferimento All. 2 Del. 6867 Pag. 26

⁴⁵ “Per le situazioni complesse è fondamentale che sia identificato dall’Ente Erogatore pubblico/privato un referente del caso, professionista di riferimento per l’assistito, la famiglia/caregiver e i servizi coinvolti. Il referente garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza attraverso la supervisione dei processi, la loro messa in rete, la rivalutazione e l’adeguamento del progetto individuale” All. 2 Del. 6867 Pag. 26

ossia al bisogno di una o più prestazioni professionali nell'ambiente rappresentato dal domicilio dell'assistito (è il caso dei prelievi domiciliari)⁴⁶

Il secondo livello corrisponde a bisogni definiti risponde con "percorsi standardizzati mono-prestazionali e mono-professionali articolati su livelli"⁴⁷ predefiniti con la strutturazione del processo con dettaglio degli obiettivi del percorso

Nei due casi si applica la **Valutazione Multi Dimensionale (VMD) di I livello** con:

- **richiesta** del medico curante indicante **diagnosi, bisogni e motivazioni**;
- compilazione della **scheda SIAD semplificata** e la **scheda unica di triage**⁴⁸;
- conferma **dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) dell'ASST** con scelta di **piano standardizzato o prestazioni da svolgere** e contestuale l'integrazione del piano assistenziale dell'Adi nella rete dei servizi territoriali.

Il **terzo livello** in risposta a bisogni non riconducibili ai percorsi definiti richiede la predisposizione di un **Progetto Individualizzato Integrato Multiprofessionale** con la **valutazione di II livello della UVM** utilizzando **InterRAI/HC** ed altre scale per definire:

- **tipologia e numero degli accessi di periodo** e quindi intensità dell'assistenza;
- **durata della presa in carico** (per un periodo massimo di 3 mesi);
- **obiettivi assistenziali** da perseguire e **relativi indicatori di controllo**;
- **prezzo o tariffa riconosciuta** per i servizi del percorso personalizzato.

5.1 – La lettura degli episodi di cura per operazioni, processi, combinazioni

Possiamo raggruppare gli episodi di cura come classificati dal sistema lombardo (per tipologia di prestazione e livello di complessità) per operare la **lettura aziendale del sistema delle cure domiciliari** interpretando:

- **le prestazioni** come **operazioni elementari**⁴⁹ (e non gli accessi);

⁴⁶ Gli interventi prevedono una durata di 30 giorni rinnovabili sino a 90 senza numero minimo di accessi per i prelievi venosi e con un accesso settimanale di riferimento All.3 "Prestazionale e percorsi standardizzati" Del 6867, pag. 1. L'identificazione delle attività professionali semplici permette la delimitazione delle attività in Adi e una migliore analisi. Inoltre "Il sistema territoriale può attivare risposte prestazionali singole o di maggiore frequenza (es. prelievi e prestazionale generico) che per la loro implicita variabilità non possono rientrare in un modello di risposte preordinate e programmabile oppure sono già chiaramente definite dalle regole di buona pratica professionale" All.3 del 6867 pag. 1.

⁴⁷ Nelle prese in carico di secondo livello possono definirsi al massimo 2 percorsi monoprofessionali standardizzati, mentre nel caso in cui siano richieste prestazioni diverse ed ulteriori è richiesta la valutazione di II livello. "I percorsi sono definiti rispetto ai bisogni più frequenti, quando le risposte assistenziali sono caratterizzate da una maggiore prevedibilità e ripetibilità delle risposte. Prevedono un dettaglio degli obiettivi del percorso, delle valutazioni integrative della Valutazione Multidimensionale (VMD) di primo livello, della necessità o meno della rivalutazione periodica degli esiti. Sono suddivisi per intensità con CIA diverso, prevedendo quindi una frequenza di riferimento degli accessi ed una durata massima. Sono caratterizzati da protocolli di assistenza, vale a dire linee-guida di riferimento per gli operatori sanitari, definiti in forma di raccomandazione, basati su indirizzi e buone praxi, utili a favorire una uniforme erogazione delle prestazioni sul territorio regionale" All.3 "Prestazionale e percorsi standardizza6", pag. 1.

⁴⁸ La scheda di orientamento unico o di Triage indaga 6 domini di problemi psicofisici (morbilità, alimentazione, alvo e diuresi, mobilità, igiene personale, stato mentale e comportamento) dando ad ognuno una valutazione tra 0 e 2 a seconda che il problema sia (assente o lieve, moderato, grave o molto grave) e 2 domini di supporto relazionale e sociale relati allo stato di convivenza ed all'assistenza dire2a prestata dal caregiver familiare o professionale. Il punteggio sinte6co possibile varia da 0 (nessun problema) a 16 (il massimo delle problematiche personali e sociali) e per l'attivazione dei percorsi standardizzati non complessi è necessario un punteggio complessivo non superiore a 7. La valutazione non utilizza le scale maggiormente usate quali l'Indice di Katz delle ADL, la scala di Barthel confermando la necessità di una valutazione multidimensionale unificato a livello nazionale prevista dalla legge delega.

⁴⁹ 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

- **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**.

Si realizza così una lettura degli episodi come particolari combinazioni produttive in cui le **Cure Prestazionali Generiche e i Prelievi**

1 - (PP) – Prestazionale Prelievi

2 - (PG) – Prestazionale Generico

sono interpretabili come **elementi di base o prodotti semplici** per cui non si tratta di costruire un prodotto complesso ma semplicemente di mettere a disposizione dell'assistito presso il suo domicilio un servizio professionale (es. prelievo venoso) nel numero richiesto. Mentre al secondo livello troviamo i 10 **percorsi standardizzati** equiparabili a **prodotti complessi “a catalogo”**

3 - (GA) - Percorso Gestione Alvo:

4 - (GCV) - Percorso Gestione Catetere Vescicale;

5 - (GS) - Percorso Gestione Stomie;

6a - (LA) - Percorsi Lesioni in 1°-2° stadio, Npuap/Epuap e altre lesioni semplici;

6b - (LB) - Lesioni in 3° stadio Npuap/Epuap complesse;

6c - (LC) - Lesioni in 4° stadio Npuap/Epuap altamente complesse

7a - (FA) - Percorsi Fisioterapia A,

7b - (FB) - Percorsi Fisioterapia B

7c - (FC) - Percorsi Fisioterapia C

7d - (FD) - Percorsi Fisioterapia D

definiti preventivamente nelle componenti⁵⁰ e nel valore raggruppando **5 tipologie di trattamenti⁹⁷** di cui le ultime due articolate ciascuna in 3 livelli. In questo caso ci troviamo di fronte a “pacchetti di prestazioni” già predefiniti, da adattare alla specifica situazione.⁵¹ Ed infine il terzo livello è dato dagli episodi di cura non standardizzati costituiti da

8 - (AI) - Cure Domiciliari Integrate ad Alta Intensità

che rappresentano **combinazioni produttive che si esprimono in percorsi personalizzati complessi (prodotti su misura)** specificamente progettati sui bisogni dell'assistito dopo una valutazione di II livello di cui si definisce **composizione della combinazione produttiva, obiettivi, indicatori di controllo e valore da riconoscere**

Determinare “**gruppi di episodi di cura ad onerosità assistenziale omogenea**” permette di classificare di tipologie e profili di onerosità assistenziale e di confrontarli tra territori. Tale elemento è necessario per poter approcciare valutazioni di efficienza gestionale complessiva del sistema territoriale, in cui occorre contrapporre il complesso degli episodi di cura con il valore dei fattori produttivi impiegati per produrli ed erogarli.

L'assegnazione di un **determinato livello di complessità al percorso di cura** ci consente una migliore lettura del sistema, ma se vogliamo determinare “**l'onerosità o complessità totale di un aggregato di episodi di cura**” è necessario associare ad ogni

cutanea è stata medicata) e una rilevazione (la registrazione sulla cartella dell'assistito della medicazione svolta)

⁵⁰ Le prestazioni professionali negli accessi organizzate nel tempo di cura, integrate dal materiale farmacologico e dall'uso dalle attrezzature, rappresentano “distinta base e scheda tecnica” dell'episodio di cura tipico del prodotto assistenza domiciliare e la loro quantificazione e traduzione economica è la base per determinarne il valore-prezzo di acquisizione.

⁵¹ Le prestazioni professionali negli accessi organizzate nel tempo di cura, integrate dal materiale farmacologico e dall'uso dalle attrezzature, rappresentano “distinta base e scheda tecnica” dell'episodio di cura tipico del prodotto assistenza domiciliare e a loro quantificazione e traduzione economica è la base per determinarne il valore-prezzo di acquisizione.

episodio di cura un **valore numerico cardinale sommabile**⁵² espressivo della complessità.

Fattore rilevante ai nostri scopi è non la scala di intensità assistenziale adottata ma

- **l'attribuibilità di un valore cardinale** ad ogni episodio per onerosità di cura;
- **la collegabilità del valore di intensità assistenziale** alle variabili cliniche, assistenziali e sociodemografiche relative all'episodio di cura ed alle sue aggregazioni
- **l'addizionabilità dei valori determinando il punteggio dell'aggregato di episodi di cura** espressivo dell'onere assistenziale totale
- **la confrontabilità della distribuzione dell'onerosità assistenziale** tra episodi utilizzando media, mediana, percentili, indice di Gini e misure di statistica descrittiva.

L'assenza di un misuratore unitario e standardizzato di complessità ed onerosità della presa in carico è forse il problema di misurazione più rilevante ma ai nostri scopi di analisi e prendendo ad esempio il sistema lombardo **possiamo affrontare il problema a partire dalle informazioni presenti ed assumere la tariffa riconosciuta all'erogatore come proxy di complessità assistenziale e di conseguenza i rapporti tra valori tariffari quali rapporti tra la complessità assistenziale dei relativi percorsi.**

Possiamo così (in assenza di altri criteri) costruire **un valore di complessità relativa per ogni episodio** stimando indirettamente il valore dell'episodio di cura rapportando il totale degli oneri del sistema alla sommatoria dei valori di complessità dell'aggregato di episodi corrispondente.

In realtà le scelte del sistema lombardo esplicitate nella delibera già individuano specifici **driver o determinanti di remunerazione e complessità assistenziale:**

- nel **numero di accessi** per cure prestazionali e percorsi di primo e secondo livello
- nelle **giornate di presa in carico** per le cure complesse di terzo livello con una netta semplificazione della differenziazione dei percorsi dal lato tariffario⁵³.

Utilizzare come criteri di remunerazione semplicemente gli accessi o le giornate di degenza senza discriminazione per complessità delle prese in carico (interni alla classe considerata) può prestarsi a comportamenti opportunistici rappresentati:

- dalla tendenza a scegliere i **“casi più leggeri”** in presenza di una possibilità di scelta;
- dalla tendenza a **“fare solo il necessario”** dato che la remunerazione copre comunque l'accesso e/o la presa in carico indipendentemente dalle prestazioni aggiuntive che devono essere contrastate da un effettivo controllo sullo svolgimento dell'assistenza.

Sembra inoltre opportuno identificare un **elemento di remunerazione per episodio** indipendente dal numero di accessi o di giornate per i “costi di presa in carico” (è meno oneroso seguire un episodio di cura per cinquanta accessi che cinque episodi di cura destinatari ciascuno di dieci accessi).

⁵² I numeri cardinali sono 1, 2, 3, esprimono quantità e sono addizionabili; i numeri ordinali 1°, 2°, 3° esprimono ordine e non sono addizionabili: la distinzione è rilevante poiché molte scale di non autosufficienza sono espresse in valori ordinali non addizionabili e quindi dal valore associato ai singoli episodi non si può calcolare il valore dell'aggregato.

⁵³ “La scelta dell'unità di misura indicativa dell'impegno assistenziale/assorbimento di costi da utilizzare quale driver del sistema di remunerazione è avvenuta considerando la specificità delle diverse categorie di cure domiciliari: - per le categorie di bisogno semplice l'unità di misura maggiormente rappresentativa dell'assistenza erogata è la numerosità degli accessi; - per i bisogni complessi, caratterizzata da una presa in carico omnicomprensiva del paziente e da un maggiore sforzo assistenziale è più appropriata una rappresentazione a giornate di cura (GdC) fatta eccezione per le particolarità dell'“Alta Intensità” descritte nell'apposito paragrafo in materia di valorizzazione” Delibera 6867 pag. 61