



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*, che prevede le modalità ed i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, disponendo, in particolare al comma 5, che le tariffe massime sono determinate *"...nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome"*;

VISTA la legge 15 marzo 2010 n. 38 recante *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTO l'articolo 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie) del *"Patto per la Salute per gli anni 2014-2016"* oggetto dell'Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 82/CSR) che prevede l'istituzione, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, di una Commissione permanente costituita da rappresentanti del Ministero della salute e dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nonché dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

VISTO l'articolo 35, comma 2-*ter*, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, il quale stabilisce che *"Entro il 30 giugno 2022, previa istruttoria dell'AGENAS, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro"*

dell'economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale e in hospice, in coerenza con la programmazione economico-finanziaria del Servizio sanitario nazionale”;

VISTA la nota prot. n. 2022/5742 del 10 giugno 2022 con la quale l’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali ha trasmesso l’istruttoria prevista dal citato articolo 35, comma 2-ter, del decreto-legge n. 73 del 2021;

TENUTO CONTO dell’ulteriore attività istruttoria condotta dal Ministero della salute per addivenire alla definizione delle tariffe massime individuate con il presente provvedimento in coerenza con la programmazione economico-finanziaria del Servizio sanitario nazionale;

VISTO il decreto del Ministro della salute 26 maggio 2022 con il quale è stata determinata la nuova composizione della Commissione permanente di cui all’articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l’articolo 2, comma 1, laddove in tema di funzioni della Commissione si riporta, tra l’altro, che la stessa ha il compito di “*definire regole e criteri di remunerazione di servizi afferenti all’assistenza territoriale*”;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute 21 giugno 2022 con il quale si provvede ad una modifica della composizione della citata Commissione permanente;

CONSIDERATO che nella seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 27 luglio 2023 è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito dalla medesima Commissione nella definizione della proposta tariffaria ed i relativi impatti economici;

TENUTO CONTO della necessità di mantenere ed aggiornare le tariffe anche alla luce dei lavori condotti in seno alla Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale istituita, ai sensi dell’articolo 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), con decreto ministeriale 16 giugno 2016 con il mandato di garantire il costante aggiornamento dei LEA attraverso una procedura tempestiva e semplificata;

ACQUISITA l’Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del (Rep. Atti n. .../CSR);

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell’articolo 35, comma 2-ter, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono definite le tariffe massime di riferimento

per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale e in hospice, individuate sulla base del percorso metodologico di cui alla relazione citata nelle premesse che, allegata al presente decreto, ne costituisce parte integrante (*Allegato 1*).

Art. 2

(Tariffe per le prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale sono definite come segue:

Tariffe per giornata di cura

- a) cure palliative domiciliari CIA $\leq 0,50$: 58,40 euro;
- b) cure palliative domiciliari CIA $> 0,50$: 117,70 euro (percorso di cura uguale o superiore ai 7 giorni);
- c) cure palliative domiciliari CIA $> 0,50$: 176,50 euro (percorso di cura inferiore ai 7 giorni).

2. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva delle prestazioni indicate come esplicitato nell'*Allegato 1*.

3. Per le cure palliative domiciliari CIA $> 0,50$, alla scadenza del Piano Assistenziale Individuale (PAI) è prevista la sua rivalutazione senza alcuna modificazione tariffaria.

Art. 3

(Tariffe per le prestazioni di cure palliative in hospice, in day hospice e in hospice pediatrico)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in hospice, in day hospice ed in hospice pediatrico erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale sono definite come segue:

Tariffa per giornata di cura

- a) hospice: 299,60 euro;
- b) day hospice: 170,90 euro;
- c) hospice pediatrico: 467,45 euro;
- d) day hospice pediatrico: 386,60 euro.

2. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva delle prestazioni indicate come esplicitato nell'*Allegato 1*.

Art. 4

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono anche, in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 8-*sexies*, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

2. Le regioni e le province autonome, ove le prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare siano erogate attraverso modelli organizzativi non totalmente pubblici, possono adottare, in ragione del livello dei costi medi unitari riferiti al personale non dipendente del Servizio sanitario nazionale, indicativamente tariffe inferiori del 25 per cento rispetto a quelle individuate con il presente provvedimento in coerenza con la Relazione tecnica che costituisce parte integrante del presente decreto (*Allegato 2*).

Art. 5
(Disposizioni finali)

1. Le disposizioni di cui al presente decreto entrano in vigore dalla data di pubblicazione dello stesso in Gazzetta Ufficiale e si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Il presente decreto è trasmesso ai competenti organi di controllo secondo la normativa vigente e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

SCHEMA DI DECRETO MINISTERIALE RECANTE DEFINIZIONE DELLE TARIFFE MASSIME NAZIONALI PER L'EROGAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

RELAZIONE METODOLOGICA

Sommario

1. L'obiettivo del lavoro.....	1
2. Il quadro normativo	2
2.1 Cornice normativa.....	2
2.2 I setting assistenziali.....	3
3. Il processo di determinazione delle tariffe	5
3.1 Aspetti generali	5
3.1 Ricognizione dei modelli organizzativi e delle tariffe regionali.....	5
3.2 Rilevazione dei costi assistenziali.....	9
4. La metodologia di costruzione del costo pieno per prestazione	11
4.1 Le determinanti alla base del calcolo.....	11
4.2 Descrizione del costo pieno per setting assistenziale.....	12
4.3 La determinazione del costo pieno del percorso di cure palliative domiciliari.....	18
4.4 Le altre tariffe determinate sui valori regionali	19
4.5 Scala dei valori tariffari.....	19
4.6 Ulteriori indicazioni per i modelli organizzativi misti	19

1. L'obiettivo del lavoro

Il lavoro in oggetto è stato predisposto in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 35, comma 2-ter, del

decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, che prevede che vengano definite le tariffe massime nazionali di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale e in hospice, in coerenza con la programmazione economico-finanziaria del Servizio sanitario nazionale, ciò al fine di rispondere al dettato della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante *“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, che prevede la definizione di un sistema tariffario per il superamento delle difformità presenti a livello regionale, a garanzia di una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

L’istruttoria condotta è stata effettuata, in coerenza con quanto previsto dalla suddetta norma, dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Protocollo n. 2022/0005742 del 10/06/2022) e dal Ministero della salute, definendo in primo luogo l’attuale contesto nazionale e regionale accompagnato da una conseguente analisi comparativa delle tariffe regionali e, successivamente, una valorizzazione dei fattori produttivi impiegati nell’erogazione delle prestazioni assistenziali.

Un importante contributo per la definizione del presente lavoro è stato fornito da esperti regionali di cure palliative che, a seguito di specifici incontri, hanno permesso la raccolta di dati/informazioni successivamente organizzati mediante format predisposti per favorire rapidità di lettura e analisi, nonché la confrontabilità dei dati.

La presente relazione metodologica intende descrivere il lavoro svolto in materia di definizione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni di cure palliative.

Il documento si compone:

- dell’analisi della normativa nazionale e regionale in materia di remunerazione delle cure palliative, in regime domiciliare e residenziale;
- dell’analisi dei fattori produttivi e della relativa valorizzazione, utile alla definizione dell’impianto economico di riferimento, suddivise per setting assistenziali e per intensità assistenziale;
- degli elementi tecnici che costituiscono la metodologia di calcolo applicata per la costruzione del costo della prestazione.

Con particolare riferimento all’analisi dei modelli organizzativi si è, inoltre, tenuto conto anche delle risultanze dell’istruttoria condotta dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Protocollo n. 2021/0011720 del 23/12/2021) in ottemperanza a quanto previsto dal comma 2-bis del citato articolo 35.

2. Il quadro normativo

2.1 Cornice normativa

La legge 15 marzo 2010, n. 38, introduce, per la prima volta, una serie di indicazioni volte a tutelare e garantire l’accesso da parte del malato sia alle cure palliative sia alla terapia del dolore. Il presente documento si focalizzerà sulle prestazioni di cure palliative.

L’articolo 2 della citata legge definisce le Cure Palliative *quale l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei*

pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Sempre lo stesso articolo definisce il concetto di rete quale l'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle PP.AA. dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e di loro familiari, rete finalizzata a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio.

Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato, l'art. 5 prevede di promuovere l'attivazione delle reti, a livello nazionale e regionale in modo uniforme, e l'individuazione delle tipologie di strutture nelle quali si articolano le reti oltre che delle figure professionali con specifiche competenze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. Ciò consente di individuare in maniera puntuale parte dei fattori produttivi che intervengono nei percorsi assistenziali. A tal fine è importante specificare che, in continuità a quanto previsto, viene definitivamente riconosciuta dignità specialistica e autonoma a tale specialità attraverso l'istituzione della Scuola di specializzazione in "Medicina e Cure Palliative" e del Corso di cure palliative pediatriche (DL n. 34/2020 - art. 5-ter).

Lo stesso articolo 5 della legge n. 38/2010 prevede, altresì, la stipula di un'Intesa Stato-Regioni, avvenuta nel 2012 (Rep. N. 151/CSR del 25 luglio 2012), per l'identificazione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, con l'obiettivo di assicurare omogeneità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. La definizione del sistema tariffario, previsto al comma 4 dell'articolo 5, si rende necessaria al fine di superare le difficoltà presenti a livello interregionale e garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

A completare il quadro normativo in materia interviene il DPCM 17 gennaio 2017, recante la "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*", il quale, nel confermare i setting assistenziali previsti dalla L. n. 38/2010, regola ulteriormente tipologie e modalità di erogazione. In particolare, il citato DPCM prevede che il SSN debba garantire le cure palliative domiciliari a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (art. 23), mentre per i malati nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il SSN deve garantire il complesso integrato delle prestazioni attraverso equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative — Hospice che si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale (art. 31).

Il DPCM LEA, nell'inquadrare in maniera puntuale la tipologia di pazienti, i diversi setting assistenziali, le modalità di erogazione e i relativi fattori produttivi, indirizza in maniera sempre più incisiva l'orientamento assistenziale verso l'appropriatezza prestazionale basata sul reale livello di complessità clinica del paziente.

2.2 I setting assistenziali

I setting assistenziali, definiti dai diversi interventi normativi all'interno della Rete di cure palliative, sono così

distinti:

- **assistenza residenziale**, intesa quale complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, diretto a persone affette, nella fase terminale della propria vita, da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta.

Le Cure Palliative nei centri specialistici Hospice sono:

- ✓ erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali: assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette;
- ✓ garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Sono previste funzioni di Day-Hospice (articolo 2, comma 1, lettera g, della legge n. 38/2010) definite quali articolazioni organizzative che erogano prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno, equiparabili alle prestazioni di ospedalizzazione, non eseguibili a domicilio;

- **assistenza ospedaliera**, intesa quale complesso di prestazioni con approccio palliativo da garantire al malato durante l'intero percorso di cura in funzione dei bisogni. Le consulenze sono di natura multiprofessionale, medica e infermieristica, e vengono erogate per garantire prestazioni terapeutiche non eseguibili in altre strutture della rete. Le Cure Palliative in Ospedale sono caratterizzate da:

- ✓ *consulenza palliativo multiprofessionale medica ed infermieristica*: assicurata da un'equipe medico-infermieristica al fine di assicurare un ottimale controllo dei sintomi, ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, individuare il percorso e il setting di cura più appropriato contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi livelli della rete;
- ✓ *prestazioni in ospedalizzazione in regime diurno*: garantisce l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della rete;
- ✓ *attività ambulatoriale*: garantisce prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore, e per il supporto alla famiglia;
- ✓ *degenza in Hospice*: qualora questa struttura sia presente;

- **assistenza domiciliare**, inteso quale complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che di prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Le Cure Palliative Domiciliari sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari

che forniscono:

- ✓ *interventi di base*: coordinati dal medico di medicina generale; garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Sono erogati da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale;
- ✓ *interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate*: sono rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica, va garantita la continuità assistenziale, nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore.

3. Il processo di determinazione delle tariffe

3.1 Aspetti generali

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, il procedimento per la definizione delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, deve tener conto, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

In ottemperanza al dettato normativo, si è quindi partiti dall'esame dei singoli sistemi regionali di remunerazione delle prestazioni di cure palliative, ricercando utili informazioni inerenti alla metodologia di determinazione delle tariffe adottate, e dal conseguente esame dei modelli organizzativi regionali presenti sul territorio.

Una prima analisi *desk* ha rilevato una forte eterogeneità dei modelli organizzativi adottati con una significativa differenziazione dei livelli remunerativi adottati. Una scarsa completezza delle informazioni ha reso difficile il confronto tra le diverse realtà regionali. In aggiunta, in questa fase, è stato predisposto un questionario di rilevazione dei costi.

3.1 Ricognizione dei modelli organizzativi e delle tariffe regionali

Si è provveduto quindi ad avviare una ricognizione presso le regioni e le province autonome per acquisire ulteriori informazioni in merito alla disciplina tariffaria dalle stesse adottata e dei relativi modelli organizzativi riferiti ai seguenti setting assistenziali:

- ✓ Cure palliative domiciliari di base (CIA \leq 0,50)
- ✓ Cure palliative domiciliari specialistiche (CIA $>$ 0,50)
- ✓ Hospice (adulto e pediatrico)
- ✓ Day Hospice (adulto e pediatrico).

La citata ricognizione è stata condotta attraverso videoconferenze organizzate con i referenti di settore di ogni singola regione e provincia autonoma, a valle delle quali sono stati predisposti singoli resoconti sintetici, e attraverso successivi scambi di corrispondenza per integrare le informazioni acquisite inerenti:

- la tipologia di modello organizzativo regionale per i diversi setting assistenziali, con particolare riferimento alla composizione pubblico/privato delle strutture della rete;
- i livelli di intensità di cura;
- la valorizzazione delle tariffe per i diversi setting assistenziali (e i fattori produttivi compresi come farmaci o presidi);
- la metodologia utilizzata per la definizione delle tariffe dei diversi setting assistenziali, anche attraverso la somministrazione di un questionario di rilevazione dei costi per fattori produttivi;
- la tipologia di personale impegnato;
- la modalità di lavoro (visite, consulenze, ...) ed il tempo dedicato alla erogazione delle singole prestazioni, compresi gli spostamenti per l'attività domiciliare;
- informazioni sulla presenza di Centrali Operative Territoriali;
- la presenza di remunerazioni ulteriori rispetto al sistema remunerativo di base;
- altri dati di attività come il tasso di occupazione dei posti letto presenti negli Hospice.

Si è quindi provveduto ad organizzare e schematizzare le risultanze dell'analisi comparativa dei contesti regionali e dell'analisi delle tariffe regionali, creando due prospetti di sintesi (cfr Tabelle 1-3) che raccolgono le informazioni relative agli hospice (cure palliative residenziali) e quelle relative alle cure domiciliari.

Tabella 1: Prospetto di sintesi dei modelli organizzativi - Cure palliative domiciliari e residenziali

Regioni	Cure domiciliari	Hospice
	Tipologia Modello	Tipologia Modello
Abruzzo	misto	pubblico
Basilicata	pubblico	pubblico
Calabria	misto	misto
Campania	misto	misto
Emilia Romagna	pubblico	misto
Friuli Venezia Giulia	pubblico	misto
Lazio	misto	misto
Liguria	pubblico	pubblico
Lombardia	misto	misto
Marche	misto	pubblico
Molise	misto	misto
Piemonte	misto	misto
P.A. Bolzano	misto	misto
P.A. Trento	misto	misto
Puglia	pubblico	pubblico
Sardegna	misto	pubblico
Sicilia	misto	misto
Toscana	misto	misto
Umbria	misto	misto
Valle d'Aosta	misto	misto
Veneto	misto	misto

N.B.: La tipologia di modello indicata si riferisce alla prevalenza della gestione diretta e pubblica delle cure palliative domiciliari e in hospice.

Tabella 2: Prospetto di sintesi delle tariffe - Cure palliative residenziali (hospice)

Regione	Riferimenti Normativi	Tariffa Hospice	Tariffa Hospice Pediatrico	Tariffa DH Hospice / DH Pediatrico
Abruzzo	DGR n.616 del 12/09/2011 DGR. 300 del 21/5/2012 Decreto n. 51 del 2012	309 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Basilicata		Tariffa non definita	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Calabria	DCA n.15 del 2016	283,76 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Campania	DCA n. 128 del 10.10.2012	252,15 €/die	358,73 15 €/die (onnicomprensiva esclusi farmaci e presidi)	Tariffa non definita
Emilia Romagna	DGR. N. 613 del 03/05/2021	230 €/die + giornata di dimissione pari al 50% della tariffa giornaliera; stima valore dei farmaci, presidi + 35,00€ pro die stima	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Friuli Venezia Giulia	DGR n.23259/2003	260 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Lazio	Accordo 2009 a seguito DCA n 4939/2009 DGR n. 694 del 04/08/2022	202,8 €/die	451,12 €/die (onnicomprensiva esclusi farmaci e presidi)	Day Hospice/Pediatrico: 295,48 €
Liguria	DGR n. 21 del 15/01/2010 DGR 317 del 15/04/2022	250 €/die	550 € die	490€ DH pediatrico
Lombardia	DELIBERAZIONE N° XI / 6991 Seduta del 22/09/2022	280,6 €/die	Tariffa non definita	170 €/die
Marche	DGR 259 del 06_04_2022 DGR 1081 del 30/07/2008	Tariffa non definita	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Molise	DCA n. 57 del 07/12/2018 DCA n. 45 del 08/07/2015 DCA n. 46 del 08/07/2015	142 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Piemonte	DGR n.163259/2001	258,23 €/die	500 €/die (onnicomprensiva esclusi farmaci e presidi);	Tariffa non definita
P.A. Bolzano	DL 1133 2016	397 €/die 360 € (tariffa per le prestazioni erogate da privato)	Tariffa non definita	318 €/die
P.A. Trento	DGR.n. 637 2014	270 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Puglia		209,95 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Sardegna	DGR 17 35 2018	Hospice 300 €/die Hospice in RSA: €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Sicilia	DA n.55 del 02/12/2015	250 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Toscana		250 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Umbria		Tariffa non definita	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Valle d'Aosta	DGR n.120 del 04/02/2013	410 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita
Veneto	DGR n. 2621/2012	210 €/die	Tariffa non definita	Tariffa non definita

Tabella 3: Prospetto di sintesi delle tariffe - Cure palliative domiciliari

Regioni	Riferimenti Normativi	Tariffa (€) CP Domiciliari di Base (CIA < 50)	Tariffa (€) CP Specialistica (CIA > 50)	Costruzione tariffe/Note
Abruzzo	DGR n.616 del 12/09/2011 DGR. 300 del 21/5/2012 Decreto n. 51 del 2012	80 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	80 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	Non è prevista una distinzione per CIA; Tariffe fanno riferimento alle tariffe definite per ADI
Basilicata		Tariffa non definita	Tariffa non definita	
Calabria		Tariffa non definita	100 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	
Campania	DCA 1/2013 Dgr n. 41 del 14/02/201 Documento: Le cure domiciliari in Campania: tariffe profili (tab. 5)	54,34 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	71,53 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	E' prevista la distinzione tra tariffe in base al livello di complessità. Per consultare tutti i livelli tariffari il riferimento è la tab 5 del "Documento: Le cure domiciliari in Campania: tariffe profili"
Emilia Romagna	DGR 1561 del 2018	I livello CIA<0,31: 37,5 € GEA II livello CIA (0,31-0,5): 56,25 € GEA	III livello CIA>0,5: 75 € GEA	
Friuli Venezia Giulia		Tariffa non definita	Tariffa non definita	
Lazio	Accordo 2009 a seguito DCA n 4939/2009	100,33€ GEA (giornata effettiva di assistenza)	100,33€ GEA (giornata effettiva di assistenza)	
Liguria	DGR n.1127 del 21 12 2018: Definizione tariffe per le attività di cure palliative domiciliari	CIA >=0,40 e <=0,50 con almeno 75% accessi medico infermieristico; minimo n.1 accesso settimanale del MMG/palliativista (180 gg) 40 euro/die; se non si raggiunge il 75% accessi medico/infermieristico la tariffa è pari a 15 euro/die + 80 euro/die tariffa conclusiva della PIC con esito nel setting del percorso cure palliative (domicilio/hospice) GEA (giornata effettiva di assistenza)	CIA >0,50 con almeno 75% accessi medico infermieristico (60 gg) 80 euro/die; se non si raggiunge il 75% accessi medico/infermieristico la tariffa è pari a 15 euro/die + 100 euro/die tariffa conclusiva della PIC	
Lombardia		45,4 € a giornata di cura (onnicomprensiva)	94,2 € a giornata di cura (onnicomprensiva)	è prevista una tariffa una tantum di presa in carico pari a 165,8 euro.
Marche	DGR 259 del 06_04_2022 DGR 1081 del 30/07/2008	Tipologia A (coordinatore/responsabile, medico oncologo e/o anestesista/palliativista, infermiere, psicologo, OSS, volontario con competenze socio-sanitarie) 900 €; Tipologia B (coordinatore/responsabile, medico oncologo e/o anestesista/palliativista, infermiere, volontario con competenze socio-		Tariffa forfettaria
Molise	DCA n. 57 del 07/12/2018 DCA n. 45 del 08/07/2015 DCA n. 46 del 08/07/2015 DGR 31 marzo 2015 n. 21	Tariffa non definita	Tariffa non definita	Non è stata definita una tariffa le prestazioni vengono remunerate secondo tariffario ambulatoriale.
Piemonte	DGR 13238 del 03 08 2004	Base/specialistica 70 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	Base/specialistica 70 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	
P.A. Bolzano	DL 1133 2016	Visita interdisciplinare di consulenza/assistenza a domicilio erogata da medico palliativista ed infermiere: 160 € Visita interdisciplinare di consulenza/assistenza a domicilio erogata da medico palliativista e psicologo: 190 € Visita interdisciplinare di consulenza/assistenza a domicilio erogata da infermiere e psicologo: 138 € Visita interdisciplinare di consulenza/assistenza a domicilio erogata da medico palliativista, infermiere e psicologo: 244 € Visita medica palliativista di consulenza/assistenza a domicilio: 53 € Consulenza/Assistenza infermieristica a domicilio: 27 € Consulenza/Assistenza psicologica a domicilio: 42€		Distinzione tra CP di base e specialistica. Le tariffe sono state valorizzate per singolo accesso
P.A. Trento	Reg. delib. n. 1853/2017	Tariffe per accesso: rif. Reg. delib. n. 1853/2017	Tariffe per accesso: rif. Reg. delib. n. 1853/2017	
Puglia		tariffa forfettaria pari a 1.200 euro, per la presa in carico totale.	tariffa forfettaria pari a 1.200 euro, per la presa in carico totale.	
Sardegna	DGR 17 35 2018	Riferimento tabelle delibera; tariffe per accesso GEA (giornata effettiva di assistenza)	Riferimento tabelle delibera; tariffe per accesso GEA (giornata effettiva di assistenza)	
Sicilia	Delibera n.13238/2004	30€ GEA (giornata effettiva di assistenza) PIC 150 €	60€ GEA (giornata effettiva di assistenza) PIC 150 €	
Toscana		DOMICILIARE non è stata definita una tariffa; le prestazioni sono remunerate sulla base del tariffario delle prestazioni dell'ADI	DOMICILIARE non è stata definita una tariffa; le prestazioni sono remunerate sulla base del tariffario delle prestazioni dell'ADI	
Umbria		Tariffa non definita	Tariffa non definita	
Valle d'Aosta	DGR n. 3140 del 13/11/2009	81,20 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	81,20 € GEA (giornata effettiva di assistenza)	Non è prevista distinzione tra CP di base e CP specialistiche; tariffa pari a 81,20 euro per giornata effettiva di assistenza
Veneto		Tariffa non definita	Tariffa non definita	

Le analisi del contesto istituzionale regionale vigente hanno fatto emergere elementi importanti di osservazione: una rilevante eterogeneità tra le diverse regioni/province autonome non giustificata dai modelli organizzativi adottati che, laddove simili nell'impianto generale, sono comunque fortemente caratterizzati da politiche tariffarie differenziate. La maggior parte delle regioni/province autonome adotta il modello organizzativo "misto" che affida anche ai privati accreditati l'erogazione dei servizi.

Per quanto concerne le tariffe regionali dei servizi di cure palliative residenziali (hospice) esse sono definite per giornata di degenza e sono per la quasi totalità onnicomprensive dei costi, ad esclusione dei costi per farmaci e per presidi.

Si rileva che le regioni Basilicata, Marche e Umbria non presentano tariffe per la remunerazione delle giornate di degenza in hospice. Solo la Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano prevedono anche una tariffa per il day hospice, pur se caratterizzata da una elevata disomogeneità.

Quattro regioni (Campania, Lazio, Liguria, Piemonte) prevedono una specifica tariffa per i pazienti pediatrici trattati in hospice; nelle restanti regioni per la gestione di tali casistiche viene utilizzata la tariffa per giornata di degenza degli hospice per adulti. Delle quattro regioni citate, solo due (Lazio e Liguria) tariffano anche le prestazioni in day hospice per i pazienti pediatrici.

Per quanto concerne le tariffe regionali dei servizi di cure palliative domiciliari è stato possibile identificare un gruppo di regioni che utilizzano una tariffa basata sulle giornate effettive di assistenza (GEA): Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte, Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta; tra queste, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Sardegna e Sicilia hanno previsto una differenziazione delle tariffe in base al coefficiente di intensità assistenziale (CIA).

Le regioni Liguria, Lombardia e Sicilia hanno definito inoltre una valorizzazione aggiuntiva della presa in carico *una tantum* (PIC).

Le regioni Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Molise e Veneto non tariffano le prestazioni domiciliari. Le regioni Molise e Friuli Venezia Giulia remunerano tali prestazioni domiciliari in base al tariffario regionale di specialistica ambulatoriale.

La remunerazione tariffaria delle prestazioni di cure palliative domiciliari individuata dalle regioni Marche e Puglia corrisponde ad una remunerazione forfettaria per la presa in carico.

Le due province autonome di Trento e di Bolzano prevedono diversi livelli tariffari per singolo accesso, in cui sono coinvolte differenti figure assistenziali.

La politica tariffaria delle diverse regioni risulta, come detto, eterogenea dando luogo ad impatti economici differenti nei diversi contesti territoriali. Si rileva, inoltre, in molte regioni, una sostanziale carenza di una disciplina specifica in materia di remunerazione e, spesso, la presenza di una disciplina antecedente agli interventi legislativi nazionali più recenti.

3.2 Rilevazione dei costi assistenziali

Attesa l'impossibilità di addivenire ad una definizione delle tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale e in hospice attraverso l'analisi dei tariffari regionali e delle differenti modalità di remunerazione delle prestazioni come attuate nelle regioni e province autonome, si è provveduto ad avviare presso le stesse regioni e province autonome una rilevazione dei costi assistenziali diretti (personale, beni e servizi), dei costi dei servizi di supporto diretti e dei costi generali e amministrativi, per setting assistenziale, attraverso la somministrazione di una scheda

appositamente definita. Di seguito le schede esemplificative trasmesse:

Assistenza domiciliare CURE PALLIATIVE - Di Base CIA < 0,50 (DPCM 12-01-2017 LEA)

		FATTORE PRODUTTIVO	Livello di servizio	Quantità	Valorizzazione (€)
COSTI DIRETTI	COSTI DIRETTI PER PIC	Visita valutazione multidimensionale / 1° accesso per PIC			
	COSTI DIRETTI DI PERCORSO	MMG/PLS	h / Coordinamento		
		Infermieri palliativisti	h / Coordinamento		
		Specialista			
		Presidi e ausili	Codice CND		
		Farmaci	Codice AIC		

			€ da CoGe
COSTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO DIRETTI (abc)	Costi software gestione dati	Centrale operativa aziendale	
		Sistema di gestione da remoto	
		Cartella clinica domiciliare	
Costi UCP	Personale, Spazi, Utenze, ecc. (da CE Co.An)		

			€ da CoGe
Tutte le nature di costi generali e amministrativi, da CE aziendale, non compresi tra i Costi Diretti e di Supporto (Valorizzare a seguito di sperimentazione) inerenti le Cure Palliative (carburante, trasporto, manutenzione macchinari, ecc.)			

Assistenza domiciliare CURE PALLIATIVE - Specialistiche CIA > 0,50 (DPCM 12-01-2017 LEA)

		FATTORE PRODUTTIVO	Livello di servizio	Quantità	Valorizzazione (€)
		COSTO PERCORSO (90 GG)			

COSTI DIRETTI	COSTI DIRETTI PER PIC	Equipe multidisciplinare - Visita valutazione multidimensionale / 1° accesso per PIC	h/Professionista 1			
			h/Professionista 2			
			h/Professionista 3			
	COSTI DIRETTI DI PERCORSO	Medico palliativista	Pronta disponibilità accessi e mini/accesso	24h - 7/7 GG		
		Infermiere palliativista	Pronta disponibilità singolo accesso	24h - 7/7 GG		
		Terapista della riabilitazione	h/sett			
		Psicologo	h/sett			
		Operatore socio-sanitario	h/sett			
		Assistente sociale	h/sett			
		Assistente spirituale	h/sett			
		Interventi diagnostici	Codice nomenclatore			
		Interventi farmacologici	Codice AIC			
	Presidi e ausili	Codice CND				

			€ da CoGe
COSTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO DIRETTI (abc)	Costi software gestione dati	Centrale operativa aziendale	
		Sistema di gestione da remoto	
		Cartella clinica domiciliare	
Costi UCP	Personale, Spazi, Utenze, ecc. (da CE Co.An)		

			€ da CoGe
COSTI GENERALI E AMMINISTRATIVI			
Tutte le nature di costi generali e amministrativi, da CE aziendale, non compresi tra i Costi Diretti e di Supporto (Valorizzare a seguito di sperimentazione) inerenti le Cure Palliative (carburante, trasporto, manutenzione macchinari, ecc.)			

Tuttavia, detta rilevazione non ha consentito di acquisire tutte le informazioni utili per consentire la definizione delle tariffe sulla base dei costi dei fattori produttivi collegati alle singole prestazioni di interesse

ed ai diversi livelli di intensità assistenziale.

Considerata l'indisponibilità dei dati sui costi e i risultati sopra esposti riferiti all'elevata variabilità dei tariffari regionali, si è ritenuto di adottare una metodologia che giungesse alla costruzione del costo pieno della prestazione e, quindi, alla valorizzazione del reale assorbimento delle risorse impiegate per le singole prestazioni nei diversi setting assistenziali individuati dalla norma di riferimento.

4. La metodologia di costruzione del costo pieno per prestazione

4.1 Le determinanti alla base del calcolo

E' stato quindi costruito un modello di rilevazione e di valorizzazione dei fattori produttivi dei singoli percorsi assistenziali, nei diversi setting, basato sulla valorizzazione delle prestazioni (costi diretti assistenziali) dei servizi di supporto (costo dei servizi di supporto diretti) e dei costi generali amministrativi. Di seguito una esemplificazione del modello di *costing* applicato ai due *setting* assistenziali:

Cure Palliative Domiciliari		Cure Palliative in Hospice	
COSTI ASSISTENZIALI DIRETTI	Costi del personale	COSTI ASSISTENZIALI DIRETTI	Costi del personale
	Costi Farmaci e Presidi		Costi Farmaci e Presidi
COSTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO DIRETTI	Centrale Operativa RETE	COSTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO DIRETTI	Gestione Organizzativa
	Personale dedicato e Infrastruttura Tecnologica		

Le determinanti utilizzate per il calcolo del costo pieno sono state identificate a seguito di quanto emerso dal confronto con i referenti regionali e sono di seguito riportate in dettaglio:

- **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)**, consente di identificare la complessità clinica del caso e associare lo standard prestazionale. Il CIA identifica la misura della complessità clinica del caso. Il valore $\leq 0,50$ identifica un livello di assistenza di cure palliative in regime domiciliare di Base; il valore $CIA > 0,50$ identifica il livello di cure palliative in regime domiciliare di tipo Specialistico. Attraverso tale valore sono stati individuati i fattori produttivi e i relativi carichi di intensità assistenziale, in termini di figure coinvolte e standard prestazionali, che intervengono nei diversi percorsi, Cure Palliative Domiciliari (Base e Specialistica) e Cure Palliative Residenziali (Hospice), utili alla costruzione del costo pieno della prestazione;
- **Orizzonte temporale**, utilizzato per la costruzione dello standard assistenziale, è stato identificato nella settimana "tipo", vale a dire 7 giorni medi di assistenza;
- **Caratteristiche dei percorsi di cura**, quale mediana dei giorni di cura dei percorsi standard registrati. Il percorso standard è stato calcolato considerando la complessità e il mix prestazionale per ogni *setting* assistenziale, non rilevando percorsi particolarmente brevi o particolarmente lunghi in quanto espressione di potenziale inappropriatezza del setting assistenziale rispetto alla valutazione scaturita

dalla PIC (presa in carico);

- **Numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA)**, inteso quale numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio del paziente;
- **Numero di Giornate di Cura (GdC)**, inteso quale numero totale di giornate di presa in carico del paziente.

I Fattori produttivi impiegati nel percorso di cura sono stati distinti e classificati in macro — aggregati di costo: Costi Diretti Assistenziali, Costi di servizio di supporto diretti, Costi Generali e Amministrativi.

I Costi Diretti Assistenziali riflettono i costi direttamente imputabili alla prestazione; sono rappresentati principalmente dal costo del personale (figure assistenziali) e dal costo dei farmaci e dei presidi, e sono espressione del reale assorbimento di risorse professionali e di beni sanitari impiegati per la singola prestazione erogata.

Per quanto riguarda i farmaci e i presidi sono stati considerati i beni strettamente correlati all'ambito delle cure palliative e mediamente utilizzati per singola giornata di cura. Non rientrano in tale voce di costo eventuali altri farmaci, dispositivi medici, dispositivi sanitari, ausili, presidi, protesi né la nutrizione artificiale domiciliare, la ossigenoterapia, la ventilazione terapia.

Con riferimento specifico alla protesica, la somministrazione dovrebbe essere garantita attraverso Service dedicati regionali.

I Costi dei Servizi di Supporto Diretti sono rappresentati da tutte le voci di costo direttamente imputabili alla prestazione assistenziale, tra cui i costi della Centrale Operativa.

I Costi Generali e Amministrativi sono rappresentati dai costi non direttamente collegati alla prestazione assistenziale ma alla gestione della struttura, quali ad esempio i costi dei servizi non sanitari.

4.2 Descrizione del costo pieno per setting assistenziale

La metodologia adottata per la costruzione del costo pieno è stata strutturata per i diversi setting assistenziali e ha tenuto conto di tutte le determinanti identificate a seguito dell'approfondimento effettuato con i referenti regionali ed esperti del settore.

Per le cure palliative domiciliari di base il percorso selezionato è stato il "percorso standard" caratterizzato da una mediana di 30 giorni; per le cure palliative domiciliari di natura specialistica sono stati identificati dal punto di vista funzionale due percorsi di cura standard: il primo inferiore a 7 giorni, il secondo uguale o superiore a 7 giorni. La tariffa proposta è calcolata sulla base dei determinanti relativi al percorso uguale o superiore a 7 giorni, tuttavia, per dar conto di un carico assistenziale maggiore che si registra nei percorsi di cura inferiori a 7 giorni, per questi è prevista una maggiorazione in misura pari al 50 per cento della tariffa relativa al percorso uguale o superiore a 7 giorni. Rispetto a tale setting assistenziale è emersa l'esigenza di includere nella determinazione del costo pieno variabili non standardizzabili quali: le caratteristiche del luogo di erogazione della prestazione, quali la distanza dal centro sanitario di riferimento e la morfologia territoriale in cui risiede il paziente. Per le cure palliative domiciliari CIA > 0,50 è previsto, al termine del percorso di cura, l'opportunità di rivalutare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) senza alcuna modificazione tariffaria.

Per le cure palliative residenziali il costo pieno della prestazione è stato calcolato considerando i due regimi di assistenza, ordinario e day hospice, a cui si aggiunge un trattamento specifico per l'assistenza pediatrica in hospice successivamente descritto. La distinzione tra assistenza in regime ordinario ed in day hospice prevede un diverso carico assistenziale in termini di personale dedicato. Non sono stati identificati percorsi di cura ma calcolata (su un modulo di 10 PL con un tasso di occupazione PL pari al 90%) la giornata di degenza standard e la relativa valorizzazione economica.

4.2.1 La determinazione del *costo del personale*

Per la determinazione del costo del personale impiegato nell'erogazione delle cure, in assenza di dati di costo rinvenibili dai sistemi di contabilità analitica delle regioni e province autonome come accennato in precedenza, si è ritenuto opportuno sottoporre alle stesse un questionario volto a ricognere tutte le informazioni utili alla determinazione del costo medio per figura professionale, per l'erogazione delle prestazioni che interessano, e di conseguenza di un costo complessivo relativo al personale totale da impiegare nell'assistenza. In particolare, per la valorizzazione del costo del personale sono state considerate le seguenti variabili:

- tipologia di figure professionali;
- n° di accessi settimanali;
- tempo medio di prestazione;
- tempo medio di spostamento tra sedi di erogazione;
- costo annuo lordo, per singola figura professionale;
- debito orario annuo, per singola figura professionale.

Le figure professionali considerate, sulla base di quanto definito dalla normativa di riferimento, sono di seguito dettagliate:

CURE PALLIATIVE DI BASE

- *Medico palliativista*
- *Infermiere*
- *Operatore socio-sanitario (OSS)*
- *Terapista della riabilitazione*

CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE

- *Medico palliativista*
- *Infermiere*
- *Operatore socio-sanitario (OSS)*
- *Terapista della riabilitazione*
- *Psicologo*

CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI (HOSPICE)

- *Medico palliativista*
- *Coordinatore infermieristico*
- *Infermiere*
- *Operatore socio-sanitario (OSS)*
- *Terapista della riabilitazione*
- *Psicologo*

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, al fine di identificare il tempo effettivamente impiegato da ogni figura professionale per l'erogazione di ogni singola prestazione sono stati identificati:

- *il numero medio di accessi a settimana;*

— il tempo di prestazione, espresso in minuti assistenziali erogati.

Con specifico riferimento all'assistenza in regime domiciliare è stato, inoltre, considerato il tempo medio per lo spostamento, espresso anch'esso in minuti, tra una sede di erogazione e l'altra.

Il costo orario della singola prestazione, per ogni figura professionale, è stato calcolato mediante il rapporto tra:

- il Costo annuo lordo di ogni singola figura professionale, come definito dal Conto Annuale (annualità 2019);
- il Debito Orario Annuo, come definito nell'ambito della Metodologia relativa agli standard del personale (PNRR) di cui al DM 24 gennaio 2023 pubblicato sul sito del Ministero della salute l'8 febbraio 2023

Per giungere a determinare il Costo medio per GdC è stata definita la Giornata Effettiva di Assistenza (GEA).

Il valore GEA è stato calcolato moltiplicando il valore totale del tempo effettivamente erogato (Tempo della prestazione + Tempo di spostamento) con il numero degli accessi a settimana e successivamente rapportato al numero dei giorni settimanali (7 giorni).

Si riportano di seguito i prospetti inviati alle regioni ed alle province autonome per provvedere alla rilevazione dei dati di attività e che recepiscono tutte le informazioni di cui sopra:

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI - BASE (CIA<0,5)			
FIGURE ASSISTENZIALI	Risorse impiegate	Tempo prestazione (min)	Tempo spostamenti (min)
Medico palliativista			
Infermiere			
OSS			
Terapista della riabilitazione			
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI - SPECIALISTICHE (CIA>0,5)			
FIGURE ASSISTENZIALI	Risorse impiegate	Tempo prestazione (min)	Tempo spostamenti (min)
Medico palliativista			
Infermiere			
OSS			
Terapista della riabilitazione			
Psicologo			
CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI - HOSPICE (modulo 10 PL)			
FIGURE ASSISTENZIALI	Risorse impiegate		
Medico palliativista			
Coordinatore infermieristico			
Infermiere			
OSS			
Terapista della riabilitazione			
Psicologo			
CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI - DAY HOSPICE (modulo 10 PL)			
FIGURE ASSISTENZIALI	Risorse impiegate		
Medico palliativista			
Infermiere			
OSS			
Terapista della riabilitazione			
Psicologo			

Per quanto concerne le cure palliative residenziali in hospice, in seguito al confronto con i referenti regionali della rete delle cure palliative, si è deciso di dimensionare l'impiego complessivo di risorse su un modulo di 10 posti letto, in considerazione della maggiore rappresentatività regionale di tale range di posti letto in regime residenziale.

Al suddetto questionario hanno risposto, raggiungendo un importante livello di rappresentatività, le seguenti 15 regioni:

PA Bolzano	x
Abruzzo	x
Lazio	x
Liguria	x
Molise	x
Marche	x
Campania	x
Sardegna	x
Piemonte	x
Valle D'Aosta	x
Lombardia	x
Sicilia	x
PA Trento	x
Umbria	x
Veneto	x

Gli esiti della rilevazione effettuata, in termini di valore medio dei parametri osservati (n° di accessi settimanali, tempo medio di prestazione, tempo medio di spostamento tra sedi di erogazione) che concorrono alla definizione del costo medio per giornata di cura per la sola componente del personale impiegato, sono esposti nei prospetti seguenti:

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI BASE

(CIA <= 0,5)

Professione	Costo medio mensile (€)	Costo medio giornaliero (€)	Costo medio orario (€)	Numero prestazioni	Numero ore	Costo medio prestazione (€)	Costo medio mensile (€)	Costo medio orario (€)	Costo medio prestazione (€)
Medico palliativista	1,2	44,4	36,3	93	13	1560	120.000	77	17
Infermiere	2,5	36,1	27,6	158	23	1450	50.000	34	13
OSS	2,3	55,6	28,3	196	28	1450	38.000	26	12
Terapista della riabilitazione	1,0	41,9	26,3	65	9	1450	44.000	30	5

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI SPECIALISTICHE

(CIA > 0,5)

Professione	Costo medio mensile (€)	Costo medio giornaliero (€)	Costo medio orario (€)	Numero prestazioni	Numero ore	Costo medio prestazione (€)	Costo medio mensile (€)	Costo medio orario (€)	Costo medio prestazione (€)
Medico palliativista	2,4	50,5	36,3	212	30	1560	120.000	77	39
Infermiere	4,9	46,4	26,4	357	51	1450	50.000	34	29
OSS	4,1	61,1	26,9	357	51	1450	38.000	26	22
Terapista della riabilitazione	1,0	46,1	26,9	72	10	1450	44.000	30	5
Psicologo	0,8	51,3	33,0	63	9	1560	90.000	58	9

CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI (HOSPICE)

Professione	Costo medio mensile (€)	Costo medio giornaliero (€)	Costo medio orario (€)	Numero prestazioni	Numero ore	Costo medio prestazione (€)	Costo medio mensile (€)	Costo medio orario (€)	Costo medio prestazione (€)
Medico palliativista	1,5	1560	120.000	77	181.642		2.611	2.350	235
Coordinatore infermieristico	0,9	1450	60.000	41	53.215				
Infermiere	7,8	1450	50.000	34	390.778				
OSS	6,5	1450	38.000	26	247.844				
Terapista della riabilitazione	0,6	1450	44.000	30	25.166				
Psicologo	0,6	1560	90.000	58	54.365				

CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI (DAY HOSPICE)

PROFESSIONE	PROFESSIONISTI	COSTO UNITARIO	COSTO ANNUO	UNITA'	COSTO UNITARIO	TOTALE	UNITA'
Medico palliativista	1,5	1.450	120.000	83	174.126	1.473	147
Infermiere	3,6	1.450	50.000	34	178.333		
OSS	4,0	1.450	38.000	26	150.733		
Terapista della riabilitazione	0,4	1.450	44.000	30	18.140		
Psicologo	0,4	1.450	44.000	30	16.304		

4.2.2 La determinazione del costo dei farmaci e presidi

La voce di costo relativa ai farmaci e presidi è stata identificata e calcolata considerando i farmaci e i presidi strettamente collegati alla tipologia di prestazione, come ad esempio, principalmente i Corticosteroidi sistemici, Antiemorragici, Farmaci antinfiammatori ed antireumatici, farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa, Analgesici, Soluzioni Fisiologiche, Medicazioni avanzate, Cateteri siliconati, Sacca urina, ecc. (elenco fornito dai referenti regionali). Per le cure palliative domiciliari il valore è stato stimato sulla base dei costi medi rilevati da specifiche realtà regionali, mentre per le cure palliative residenziali è stata identificata la percentuale media dei costi relativi ai beni sanitari rilevati nei modelli LA delle regioni e province autonome (2019). Si ricorda che non rientrano in tale voce di costo eventuali altri farmaci, dispositivi medici, dispositivi sanitari, ausili, presidi, protesi né la nutrizione artificiale domiciliare, la ossigenoterapia, la ventilo terapia, in quanto detti prodotti non rientrano nei costi diretti non essendo direttamente imputabili all'assistenza oggetto dell'indagine, mentre con riferimento specifico alla protesica la somministrazione dovrebbe essere garantita attraverso service dedicati regionali.

4.2.3 La determinazione delle restanti voci di costo

Per quanto riguarda le cure palliative domiciliari, per il calcolo dei Costi dei Servizi di Supporto Diretti è stato elaborato e adottato un modello di stima sulla base dei valori di produzione e di costo di alcune realtà regionali. Sono stati considerati i costi della Centrale Operativa della Rete di Cure Palliative, distinti in:

- costo del personale coinvolto nel processo di presa in carico e assistenza;
- costo della infrastruttura tecnologica.

Con riferimento al costo del personale sono state identificate le figure professionali coinvolte nella gestione della Centrale Operativa della Rete di cure palliative, in termini di:

- *tipologia* di unità coinvolte
- *numero* di unità coinvolte
- costo *annuo* lordo per singola unità

UNITA' COINVOLTE	N. UNITA' COINVOLTE	COSTO ANNUO LORDO
MEDICO	1	120000
INFERMIERE	2	50000
AMMINISTRATIVO	1,5	40000
PERS. SOCIALE	1	44000

È stato, pertanto, calcolato l'impiego, in termini percentuali, del personale coinvolto e, successivamente, valorizzato sulla base del costo annuo di ogni risorsa professionale.

I costi generali e amministrativi sono stati determinati, come percentuale aggiuntiva sui costi diretti pari al 3,5 per cento e che non tengono conto dei costi tipici di struttura.

Per quanto concerne, invece, le cure palliative residenziali, gli altri costi diretti di supporto diversi dai beni sanitari e gli altri costi indiretti generali e amministrativi, sono stati calcolati utilizzando quanto contenuto nei modelli LA – anno 2019 (voce 2J150-Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita), in assenza di dati di costo puntuali. Nello specifico, sono stati presi a riferimento tutti gli altri costi diversi dal costo del personale e dei beni di natura sanitaria (costi diretti) ed è stato calcolato il peso medio percentuale dei valori regionali di tali costi sul totale dei costi.

4.3 La determinazione del costo pieno del percorso di cure palliative domiciliari

La metodologia adottata per la costruzione del costo pieno ha tenuto conto di tutti gli elementi sopra descritti. La metodologia è stata strutturata per i diversi setting assistenziali e ha tenuto conto di tutte le determinanti identificate a seguito dell'approfondimento effettuato con i referenti regionali ed esperti del settore.

Cure Palliative Domiciliari

L'analisi della letteratura e le interlocuzioni con i referenti regionali ed esperti in materia hanno reso necessario strutturare l'analisi identificando i fattori produttivi per durata del percorso standard di cura, ciò al fine di determinare l'assorbimento di risorse associato al reale carico medio assistenziale.

La tariffa proposta è calcolata sulla base delle determinanti relative al percorso uguale o superiore a 7 giorni, tuttavia, per dar conto di un carico assistenziale maggiore che si registra nei **percorsi di cura inferiori a 7 giorni**, per questi è prevista **una maggiorazione in misura pari al 50 per cento** della tariffa relativa al percorso uguale o superiore a 7 giorni.

Di seguito la tabella rappresentativa dei costi pieni per singola prestazione assistenziale, per livelli di complessità:

Cure domiciliari di base	
costo personale	47,0 €
farmaci e presidi	3,0 €
Centrale operativa	6,8 €
costi amm&gen.	1,6 €
Totale	68,4 €

Cure domiciliari specialistiche	
costo personale	104,2 €
farmaci e presidi	3,0 €
Centrale operativa	6,8 €
costi amm&gen.	3,6 €
Totale	137,6 €

Cure Palliative residenziali

Con riferimento al costo pieno della prestazione erogata in regime residenziale l'indagine è stata strutturata considerando i due regimi di assistenza, ordinario e day hospice. La distinzione prevede un diverso carico assistenziale in termini di personale dedicato.

Non sono stati identificati percorsi di cura ma calcolata (su un modulo di 10 PL con un tasso di occupazione

dei PL pari al 90%) la giornata di degenza standard e la relativa valorizzazione economica.

Hospice		Day hospice	
costo personale	235,0 €	costo personale	147,3 €
costi indiretti e gen	64,6 €	costi indiretti e gen	23,6 €

4.4 Le altre tariffe determinate sui valori regionali

Per le tariffe di cure palliative residenziali in hospice sono state riscontrate, dal confronto con i referenti regionali, tariffe specifiche per quanto riguarda l'hospice e il day hospice pediatrico. In tal caso non è stato possibile fruire di una rilevazione puntuale dei costi e dei dati di attività, pertanto è stato definito un valore di riferimento basato sulle tariffe riscontrate all'interno di 4 regioni (Piemonte, Liguria, Lazio, Campania) per l'hospice pediatrico e di 2 regioni (Lazio e Liguria) per il day hospice pediatrico. Si è scelto di adottare come indicatore statistico il "valore centrale", corrispondente alla media aritmetica di: media geometrica (meno influenzata da alti valori), mediana (indicatore robusto rispetto ad eventuali *outlier*), e moda (per evidenziare occorrenze di valori uguali tra regioni). Pertanto il valore tariffario massimo determinato per l'hospice pediatrico risulta essere pari a **467,45 euro per giornata di degenza** e, per il day hospice pediatrico risulta essere pari a **386,6 euro per giornata di degenza**.

4.5 Scala dei valori tariffari

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo Art. 13-quater del decreto-legge 24/04/2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21/06/2017, n. 96 che dispone la soppressione, dal 1° gennaio 2018, del conio delle monete da 1 e 2 centesimi, tutti i valori tariffari sono stati portati al massimo multiplo di 5 centesimi.

4.6 Ulteriori indicazioni per i modelli organizzativi misti

Le tariffe individuate con il presente decreto afferiscono a modelli organizzativi ad erogazione totalmente pubblica e, come indicato dalla norma di riferimento, sono da considerare come tariffe massime nazionali. Con particolare riferimento al settore delle cure domiciliari di base e specialistiche, tuttavia, occorre tener conto del fatto che i costi medi unitari riferiti al personale non dipendente del Servizio sanitario nazionale, applicando il CCNL AIOP, il CCNL UNEBA, il CCNL ANASTE, il CCNL Cooperative sociali, risultano essere inferiori a quelli riferiti al personale dipendente del SSN, pertanto in presenza di modelli organizzativi ove si rileva la presenza del privato accreditato, le regioni e le province autonome possono determinare livelli tariffari inferiori, indicativamente del 25 per cento rispetto ai livelli tariffari individuati con il presente decreto.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

SCHEMA DI DECRETO MINISTERIALE RECANTE DEFINIZIONE DELLE TARIFFE MASSIME NAZIONALI PER L'EROGAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

RELAZIONE TECNICA

Sommario

1 Le fonti informative.....	1
2 L'approccio metodologico e la stima di impatto.....	2
3 Conclusioni.....	12

1 Le fonti informative

La Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo e della statistica del Ministero della salute ha fornito il proprio supporto al Gruppo di lavoro attraverso la condivisione dei dati richiesti per le analisi e raccolti Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in particolare con il flusso Hospice, con il flusso SIAD (Sistema informativo sull'assistenza domiciliare) necessari per calcolare l'impatto economico delle nuove tariffe e con i Modelli STS11 e STS24 di cui al DM 23.12.1996 e s.m., necessari ad analizzare i modelli organizzativi regionali e le cui informazioni si aggiungono per un ulteriore livello di confronto alle altre già raccolte durante le interlocuzioni avvenute con le regioni, le quali, su richiesta del Ministero della salute, hanno fornito informazioni dettagliate e specifiche relative ai diversi modelli organizzativi esistenti nel panorama nazionale, di cui si tiene ampiamente traccia nella Relazione metodologica.

Più dettagliatamente, attraverso il modello STS11 vengono censiti gli Hospice pubblici e privati accreditati, con le relative informazioni anagrafiche; con il modello STS24 vengono, invece, rilevati i posti mediamente disponibili nell'anno di riferimento e, in modo aggregato il numero di utenti assistiti, il numero di giornate di

assistenza erogate, le ammissioni, le dimissioni e gli utenti in lista di attesa. Sono stati messi a disposizione sia l'elenco degli hospice, ripartito per ASL, sia l'indicatore dei posti letto per 100.000 abitanti (Popolazione residente ISTAT al 31.12 dell'anno di riferimento) calcolato a livello regionale e a livello di ASL.

Il modello STS24 è una fonte ormai consolidata con una copertura pari al 100%. Solamente il dato della Sardegna, fino al 2018, presentava alcune criticità in quanto erano stati censiti come hospice anche alcuni moduli dedicati all'assistenza dei malati terminali ubicati presso strutture residenziali per anziani. A partire dalle rilevazioni 2019 e 2020 questa anomalia è stata superata.

Il sistema informativo per la rilevazione dell'assistenza domiciliare (SIAD) è stato istituito con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m.. Tale sistema mira a costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nell'ambito dell'assistenza domiciliare. La rilevazione, secondo quanto previsto dal decreto istitutivo è a regime dal 1° gennaio 2012 e il conferimento dei dati al NSIS è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Il sistema SIAD consente di rilevare la presenza dello stato di terminalità oncologico e non oncologico del paziente e l'accesso al domicilio del medico palliativista. Tuttavia, tali elementi non sono esaustivi ai fini della caratterizzazione del soggetto che eroga le prestazioni e i livelli in cui si articolano le cure palliative domiciliari (livello di base e livello specialistico). Pertanto, per dare attuazione a quanto previsto dal DPCM LEA del 12 gennaio 2017 relativamente al monitoraggio delle cure palliative domiciliari, è stato condiviso con le regioni di implementare la rilevazione delle prestazioni di cure palliative attraverso l'evoluzione dell'attuale sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD).

Il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (HOSPICE) è stato istituito con decreto del Ministro della salute 6 giugno 2012. Il decreto, che tiene conto dei principi contenuti nella legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso gli Hospice. Inoltre, il citato decreto individua *"esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000"* che devono fornire i dati al sistema informativo. Le finalità del sistema informativo Hospice sono riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, della quantità di prestazioni erogate, nonché delle valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento. La rilevazione è stata avviata il 1° luglio 2012 e dal 1° luglio 2013 il conferimento dei dati al NSIS è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi della citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Tutte le regioni alimentano il sistema Hospice. Per quanto concerne i flussi SIAD e Hospice, sono stati presi a riferimento i dati dell'anno 2021, ultimo completo e disponibile. Invece dal punto di vista economico-finanziario, il riferimento è stato il modello LA (2021), che ha fornito le informazioni di costo per fattore produttivo e complessivo per regione e per livello di assistenza (per le cure palliative domiciliari il codice livello preso in considerazione è il 2H112 corrispondente a "Cure palliative domiciliari", mentre per le cure palliative residenziali il codice livello preso in considerazione è il 2J150 corrispondente a "Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita").

2 L'approccio metodologico e la stima di impatto

Partendo dal settore dell'Hospice si è provveduto ad estrarre dal relativo flusso i dati dei giorni di ricovero (a cui fanno riferimento le tariffe proposte) e ad associarli ai costi complessivi rilevati dai Modelli LA (voce 2J150 Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita). Si riportano di seguito le risultanze delle estrazioni dal flusso Hospice e dal Modello LA con riferimento agli anni 2019 (anno completo prima della pandemia) e 2021 (ultimo anno completo disponibile):

Anno 2019

regione	valore LA (2)150)	gg tot deg
010 - PIEMONTE	23.052.736	48.950
020 - VALLE D'AOSTA	1.002.399	2.054
030 - LOMBARDIA	91.121.031	258.679
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	307.526	5.881
042 - PROV. AUTON. TRENTO	3.221.023	7.618
050 - VENETO	22.217.237	61.923
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	4.623.507	13.110
070 - LIGURIA	9.367.081	23.921
080 - EMILIA ROMAGNA	31.885.525	98.696
090 - TOSCANA	16.967.260	35.751
100 - UMBRIA	4.812.352	7.862
110 - MARCHE	5.817.660	16.864
120 - LAZIO	75.241.271	131.096
130 - ABRUZZO	7.724.714	13.747
140 - MOLISE		3.162
150 - CAMPANIA	21.420.858	6.700
160 - PUGLIA	18.348.624	65.453
170 - BASILICATA	4.383.655	10.161
180 - CALABRIA	5.337.225	12.536
190 - SICILIA	30.433.684	35.802
200 - SARDEGNA	7.050.658	20.973
Totale	384.336.026	660.939

Anno 2021

regione	gg ricovero	valore LA (2)150)
010 - PIEMONTE	47.264	22.074.652,1
020 - VALLE D'AOSTA	1.984	398.540,9
030 - LOMBARDIA	158.405	91.512.667,0
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	7.397	2.553.904,0
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.982	3.403.174,2
050 - VENETO	58.434	21.217.214,7
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	9.310	3.548.110,0
070 - LIGURIA	18.763	6.214.048,0
080 - EMILIA ROMAGNA	94.106	34.193.482,3
090 - TOSCANA	29.417	20.358.312,0
100 - UMBRIA	7.002	5.499.579,0
110 - MARCHE	13.389	7.610.448,9
120 - LAZIO	127.554	43.411.845,4
130 - ABRUZZO	10.076	8.253.762,3
140 - MOLISE	3.518	-
150 - CAMPANIA	24.789	18.268.829,6
160 - PUGLIA	56.688	18.314.606,2
170 - BASILICATA	11.690	4.800.491,3
180 - CALABRIA	9.729	
190 - SICILIA	30.977	40.156.128,0
200 - SARDEGNA	12.807	7.184.953,7
Totale	741.281	358.974.750

Il confronto tra i dati rilevati nel 2019 e nel 2021 appare utile soprattutto per apprezzare la qualità del dato riferito in particolare all'anno 2021 che sarà utilizzato come riferimento per l'analisi di impatto. Si è provveduto a verificare se, a variazioni intervenute sui dati di produzione, corrispondano coerenti variazioni in termini di costo. I prospetti di seguito esposti rappresentano le risultanze di tale confronto:

andamento ricoveri 2021 vs 2019

regione	gg ricovero 2019	gg ricovero 2021	delta 2021 vs 2019	delta % 2021 vs 2019
010 - PIEMONTE	48.950	47.264	- 1.686	-4%
020 - VALLE D'AOSTA	2.054	1.984	- 70	-4%
030 - LOMBARDIA	258.679	158.405	- 100.274	-63%
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	5.881	7.397	1.516	20%
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.618	7.982	364	5%
050 - VENETO	61.923	58.434	- 3.489	-6%
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	13.110	9.310	- 3.800	-41%
070 - LIGURIA	23.921	18.763	- 5.158	-27%
080 - EMILIA ROMAGNA	98.696	94.106	- 4.590	-5%
090 - TOSCANA	35.751	29.417	- 6.334	-22%
100 - UMBRIA	7.862	7.002	- 860	-12%
110 - MARCHE	16.864	13.389	- 3.475	-26%
120 - LAZIO	131.096	127.554	- 3.542	-3%
130 - ABRUZZO	13.747	10.076	- 3.671	-36%
140 - MOLISE	3.162	3.518	356	10%
150 - CAMPANIA	6.700	24.789	18.089	73%
160 - PUGLIA	65.453	56.688	- 8.765	-15%
170 - BASILICATA	10.161	11.690	1.529	13%
180 - CALABRIA	12.536	9.729	- 2.807	-29%
190 - SICILIA	35.802	30.977	- 4.825	-16%
200 - SARDEGNA	20.973	12.807	- 8.166	-64%
Totale	680.939	741.291	- 139.658	

andamento LA 2021 vs 2019

regione	valore LA (2/150) 2019	valore LA (2/150) 2021	delta 2021 vs 2019	delta % 2021 vs 2019
010 - PIEMONTE	23.052.736	22.074.652,1	- 978.084	-4%
020 - VALLE D'AOSTA	1.002.399	398.540,9	- 603.858	-152%
030 - LOMBARDIA	91.121.031	91.512.667,0	391.636	0%
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	307.526	2.553.904,0	2.246.378	88%
042 - PROV. AUTON. TRENTO	3.221.023	3.403.174,2	182.151	5%
050 - VENETO	22.217.237	21.217.214,7	- 1.000.022	-5%
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	4.623.507	3.548.110,0	- 1.075.397	-30%
070 - LIGURIA	9.367.081	6.214.048,0	- 3.153.033	-51%
080 - EMILIA ROMAGNA	31.885.525	34.193.482,3	2.307.957	7%
090 - TOSCANA	16.967.260	20.358.312,0	3.391.052	17%
100 - UMBRIA	4.812.352	5.499.579,0	687.227	12%
110 - MARCHE	5.817.660	7.610.448,9	1.792.789	24%
120 - LAZIO	75.241.271	43.411.845,4	- 31.829.426	-73%
130 - ABRUZZO	7.724.714	8.253.762,3	529.048	6%
140 - MOLISE		-	-	
150 - CAMPANIA	21.420.858	18.268.829,6	- 3.152.028	-17%
160 - PUGLIA	18.348.624	18.314.606,2	- 34.018	0%
170 - BASILICATA	4.383.655	4.800.491,3	416.836	9%
180 - CALABRIA	5.337.225		- 5.337.225	
190 - SICILIA	30.433.684	40.156.128,0	9.722.444	24%
200 - SARDEGNA	7.050.658	7.184.953,7	134.296	2%
Totale	384.336.026	358.974.750	- 25.361.277	

Si nota come non sempre ad un calo di produzione dal 2019 al 2021 faccia riferimento una coerente riduzione dei costi, e viceversa. Nella tabella successiva sono messe a confronto in maniera più diretta tali variazioni:

Tabella di sintesi

regione	gg ricovero 2019	gg ricovero 2021	delta 2021 vs 2019	delta % 2021 vs 2019	valore LA (2019)	valore LA (2021)	delta 2021 vs 2019	delta % 2021 vs 2019
010 - PIEMONTE	48.950	47.264	1.686	-4%	23.052.736	22.074.652,1	978.084	-4%
020 - VALLE D'AOSTA	2.054	1.984	70	-4%	1.002.399	398.540,9	603.858	-152%
030 - LOMBARDIA	258.679	158.405	100.274	-63%	91.121.031	91.512.667,0	391.636	0%
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	5.881	7.397	1.516	20%	307.526	2.553.904,0	2.246.378	88%
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.618	7.982	364	5%	3.221.023	3.403.174,2	182.151	5%
050 - VENETO	61.923	58.434	3.489	-6%	22.217.237	21.217.214,7	1.000.022	-5%
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	13.110	9.310	3.800	-41%	4.623.507	3.548.110,0	1.075.397	-30%
070 - LIGURIA	23.921	18.763	5.158	-27%	9.367.081	6.214.048,0	3.153.033	-51%
080 - EMILIA ROMAGNA	98.696	94.106	4.590	-5%	31.885.525	34.193.482,3	2.307.957	7%
090 - TOSCANA	35.751	29.417	6.334	-22%	16.967.260	20.358.312,0	3.391.052	17%
100 - UMBRIA	7.862	7.002	860	-12%	4.812.352	5.499.579,0	687.227	12%
110 - MARCHE	16.864	13.389	3.475	-26%	5.817.660	7.610.448,9	1.792.789	24%
120 - LAZIO	131.096	127.554	3.542	-3%	75.241.271	43.411.845,4	31.829.426	-73%
130 - ABRUZZO	13.747	10.076	3.671	-36%	7.724.714	8.253.762,3	529.048	6%
140 - MOLISE	3.162	3.518	356	10%				
150 - CAMPANIA	6.700	24.789	18.089	73%	21.420.858	18.268.829,6	3.152.028	-17%
160 - PUGLIA	65.453	56.688	8.765	-15%	18.348.624	18.314.606,2	34.018	-0,2%
170 - BASILICATA	10.161	11.690	1.529	13%	4.383.655	4.800.491,3	416.836	9%
180 - calabria	12536,32	9.729	2.807	-29%	5.337.225		5.337.225	
190 - SICILIA	35.802	30.977	4.825	-16%	30.433.684	40.156.128,0	9.722.444	24%
200 - SARDEGNA	20.973	12.807	8.166	-64%	7.050.658	7.184.953,7	134.296	2%
Totale	880.839	741.261	139.578		384.336.026	358.974.750	25.361.277	

Dal prospetto sopra riportato risultano di facile lettura le situazioni meritevoli di attenzione; sono evidenziati in giallo i casi in cui a fronte di un calo (in taluni casi anche evidente) della produzione si rileva una invarianza o addirittura un aumento dei costi.

Ciò rappresenta una evidente criticità, ancor più confermata da una analisi dei dati (di produzione e di costo) riferiti al periodo 2017-2021 di seguito proposta:

	2017	2018	2019	2020	2021
gg deg hospice					
	780.723	820.548	879.077	795.144	746.416
andamento % anno su anno		5%	7%	-10%	-6%
costi LA					
	345.920.000	363.987.109	384.336.026	344.861.931	358.974.750
andamento % anno su anno		5%	6%	-10%	+4%

Si nota come dal 2017 al 2020 ad ogni variazione intervenuta sui dati di produzione è sempre corrisposta una analoga variazione dei corrispondenti costi registrati nel Modello LA, tranne per quanto concerne l'anno 2021 (rispetto al dato del 2020), anno nel quale a fronte di una riduzione della produzione del 6% si registra un incremento di costi del 4%.

Per approfondire il quadro relativo all'anno 2021 si è ritenuto quindi opportuno operare, in primo luogo, una ricognizione in merito alla correttezza dei dati di produzione che popolano il flusso Hospice (anno 2021): le regioni interpellate hanno confermato i dati presenti nel flusso. Diversamente, una ricognizione effettuata sulle valorizzazioni dei Modelli LA ha fatto emergere talune criticità proprio in corrispondenza di alcune regioni tra quelle evidenziate nel prospetto precedente, confermando quindi la necessità di procedere ad un "aggiustamento" dei dati presenti in detto Modello per effettuare una valorizzazione degli impatti attesi riferiti alle nuove tariffe proposte, armonizzando il dato di produzione con quello di costo.

Di seguito si descrive la procedura seguita per procedere al citato "aggiustamento" dei dati presenti nel Modello LA del 2021 per eliminare i valori non ritenuti coerenti. La valorizzazione dei costi riportati per l'anno 2021 viene resa coerente con la modifica intervenuta sui dati di produzione nel periodo 2019-2021. Per maggiore chiarezza, a fronte della riduzione, nel 2021, della produzione registrata in Lombardia in misura pari al 63%, si opera una medesima riduzione dei costi nell'anno 2021, pertanto il valore assoluto di 91.512.667 euro viene sostituito con 56.038.892 euro.

Si procede analogamente in corrispondenza delle altre regioni evidenziate con i risultati riportati nel prospetto seguente, precisando, tuttavia, che non si tiene conto di variazioni per quanto rilevanti registrate in piccole regioni come la Valle d'Aosta. Con particolare riferimento al dato del Lazio, si osserva che la decisa riduzione dei costi nell'anno 2021, non accompagnata da una coerente riduzione della produzione, è spiegabile in quanto il dato riferito all'anno 2019 è evidentemente sovrastimato (la produzione del 2019 del Lazio risulta essere la metà della Lombardia, ma la spesa è pari all'82% del valore lombardo); in tal caso si è quindi confermato il dato riportato dal Lazio nel 2021 perché più attendibile.

regione	gg ricovero	LA (2 150) adjusted
010 - PIEMONTE	47.264	22.074.652,1
020 - VALLE D'AOSTA	1.984	398.540,9
030 - LOMBARDIA	158.405	56.038.892,8
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	7.397	2.553.904,0
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.982	3.403.174,2
050 - VENETO	58.434	21.217.214,7
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	9.310	3.548.110,0
070 - LIGURIA	18.763	6.214.048,0
080 - EMILIA ROMAGNA	94.106	32.603.152,7
090 - TOSCANA	29.417	16.751.474,7
100 - UMBRIA	7.002	4.898.046,8
110 - MARCHE	13.389	6.042.288,1
120 - LAZIO	127.554	43.411.845,4
130 - ABRUZZO	10.076	6.049.544,9
140 - MOLISE	3.518	-
150 - CAMPANIA	24.789	18.268.829,6
160 - PUGLIA	56.688	18.314.606,2
170 - BASILICATA	11.690	4.800.491,3
180 - CALABRIA	9.729	-
190 - SICILIA	30.977	34.744.239,2
200 - SARDEGNA	12.807	4.387.436,3
Totale	741.281	305.728.492

Il quadro sopra rappresentato contiene, a fronte della produzione registrata nel 2021 nel flusso Hospice, i dati di costo del Modello LA 2021 modificati, laddove necessario, come in precedenza descritto. Il prospetto non riporta i dati riferiti alle regioni Molise e Calabria in quanto non disponibili nel flusso.

Con riferimento alla Campania si deve osservare, dalla tabella di confronto sopra proposta, che, a fronte di una produzione nell'anno 2021 piuttosto modesta - la metà del Piemonte e meno della metà della Puglia - rileva costi analoghi alle regioni citate.

Con riferimento alla Sicilia si rileva un dato di produzione nel 2021 significativamente inferiore rispetto a quello del 2019, registrando comunque costi crescenti.

Per entrambe queste regioni, atteso il dato di costo poco affidabile, si è ritenuto opportuno espungerlo dalla rilevazione effettuata.

Di conseguenza si riporta di seguito il prospetto della produzione Hospice 2021 rapportato ai dati di costo registrati e oggetto di aggiustamento:

regione	gg ricovero	LA (2 150) adjusted
010 - PIEMONTE	47.264	22.074.652,1
020 - VALLE D'AOSTA	1.984	398.540,9
030 - LOMBARDIA	158.405	56.038.892,8
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	7.397	2.553.904,0
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.982	3.403.174,2
050 - VENETO	58.434	21.217.214,7
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	9.310	3.548.110,0
070 - LIGURIA	18.763	6.214.048,0
080 - EMILIA ROMAGNA	94.106	32.603.152,7
090 - TOSCANA	29.417	16.751.474,7
100 - UMBRIA	7.002	4.898.046,8
110 - MARCHE	13.389	6.042.288,1
120 - LAZIO	127.554	43.411.845,4
130 - ABRUZZO	10.076	6.049.544,9
140 - MOLISE	3.518	-
150 - CAMPANIA	24.789	
160 - PUGLIA	56.688	18.314.606,2
170 - BASILICATA	11.690	4.800.491,3
180 - CALABRIA	9.729	-
190 - SICILIA	30.977	
200 - SARDEGNA	12.807	4.387.436,3
Totale	741.281	252.707.423

Avendo, con il medesimo procedimento, ottenuto un dato complessivo riferito all'anno 2021 più affidabile, si è potuto operare il confronto con l'impatto atteso derivante dalle tariffe proposte con il presente provvedimento (moltiplicando i dati di attività per singola regione per la tariffa contenuta nel Decreto Ministeriale proposto - 299,6 euro -).

Nella tabella seguente è riportato l'impatto atteso, pari a complessivi 201,1 milioni di euro, affiancato al dato di costo già registrato.

Occorre specificare che in tale previsione non sono considerate le prestazioni erogate dagli hospice pediatrici e in day hospital in quanto modalità assistenziali presenti solo in minima parte nelle regioni e, sostanzialmente, tra di loro compensabili.

Da tutto quanto sopra può affermarsi che le tariffe proposte per le prestazioni di cure palliative residenziali non determinano ulteriori oneri rispetto ai costi già sostenuti a legislazione vigente nella somma delle predette regioni.

Stima impatto cure palliative in hospice e confronto con valore LA - Anno 2021			
regione	gg ricovero	gg di ricovero x tar Mds	LA (2)150) adjusted
010 - PIEMONTE	47.264	14.160.294	22.074.652,1
020 - VALLE D'AOSTA	1.984	594.406	398.540,9
030 - LOMBARDIA	158.405	47.458.138	56.038.892,8
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	7.397	2.216.141	2.553.904,0
042 - PROV. AUTON. TRENTO	7.982	2.391.407	3.403.174,2
050 - VENETO	58.434	17.506.826	21.217.214,7
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	9.310	2.789.276	3.548.110,0
070 - LIGURIA	18.763	5.621.395	6.214.048,0
080 - EMILIA ROMAGNA	94.106	28.194.158	32.603.152,7
090 - TOSCANA	29.417	8.813.333	16.751.474,7
100 - UMBRIA	7.002	2.097.799	4.898.046,8
110 - MARCHE	13.389	4.011.344	6.042.288,1
120 - LAZIO	127.554	38.215.178	43.411.845,4
130 - ABRUZZO	10.076	3.018.770	6.049.544,9
140 - MOLISE	3.518		-
150 - CAMPANIA	24.789		
160 - PUGLIA	56.688	16.983.725	18.314.606,2
170 - BASILICATA	11.690	3.502.324	4.800.491,3
180 - CALABRIA	9.729		-
190 - SICILIA	30.977		
200 - SARDEGNA	12.807	3.836.977	4.387.436,3
Totale	741.261	201.411.483	252.707.423

Con riferimento alle prestazioni domiciliari di base e specialistiche si è, come detto in precedenza, osservato il flusso SIAD prendendo a riferimento i dati dell'anno 2021. Sono state riportate le giornate di cura, per singola regione, suddivise per cure palliative base (CIA <=0,5) e per cure specialistiche (CIA >0,5), queste ultime suddivise per cure inferiori ai 7 gg e uguali o superiori a 7 giorni, come da schema di decreto. Si riporta di seguito il quadro ottenuto:

regione	GDC CIA <=0,5	GDC CIA>0,5 - <7gg	GDC CIA>0,5 - =>7gg	Totale gg di cura (base + spec)
PIEMONTE	85.789	38.444	3.350	127.583
VALLE D'AOSTA				-
LOMBARDIA	176.937	156.014	11.948	344.899
PROV. AUTON. BOLZANO	2.824	1.523	15	4.362
PROV. AUTON. TRENTO				-
VENETO	481.377	100.771	7.352	589.500
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.173	26	3	3.202
LIGURIA	75.194	11.436	742	87.372
EMILIA ROMAGNA	287.557	44.760	3.143	335.460
TOSCANA	124.407	29.516	2.483	156.406
UMBRIA	22.165	4.803	292	27.260
MARCHE	35.973	13.211	452	49.636
LAZIO	34.104	11.216	358	45.678
ABRUZZO	40.031	10.538	177	50.746
MOLISE	1.496	8		1.504
CAMPANIA	968.535	152.329	2.496	1.123.360
PUGLIA	255.112	55.085	1.470	311.667
BASILICATA	7.585	5.575	70	13.230
CALABRIA				-
SICILIA	73.657	130.485	2.698	206.840
SARDEGNA	39.785	9.856	438	50.079
Totale complessivo	2.715.701	775.596	37.487	3.528.784

Si ricorda che il flusso SIAD legge le prestazioni di assistenza domiciliare, quindi non esclusivamente connesse alle cure palliative.

In ogni caso, si propone, con la tabella sotto riportata, la valorizzazione delle giornate di cura in argomento con le tariffe che lo schema di decreto ministeriale propone:

regione	GDC (CIA <=0,5) * tariffa	GDC (CIA>0,5 - <7gg) * tariffa	GDC (CIA>0,5 - =>7gg) * tariffa	totale complessivo
PIEMONTE	5.010.078 €	6.787.288 €	394.295 €	12.191.661 €
VALLE D'AOSTA	- €	- €	- €	- €
LOMBARDIA	10.333.121 €	27.544.272 €	1.406.280 €	39.283.672 €
PROV. AUTON. BOLZANO	164.922 €	268.886 €	1.766 €	435.573 €
PROV. AUTON. TRENTO	- €	- €	- €	- €
VENETO	28.112.417 €	17.791.120 €	865.330 €	46.768.867 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	185.303 €	4.590 €	353 €	190.247 €
LIGURIA	4.391.330 €	2.019.026 €	87.333 €	6.497.689 €
EMILIA ROMAGNA	16.793.329 €	7.902.378 €	369.931 €	25.065.638 €
TOSCANA	7.265.369 €	5.211.050 €	292.249 €	12.768.668 €
UMBRIA	1.294.436 €	847.970 €	34.368 €	2.176.774 €
MARCHE	2.100.823 €	2.332.402 €	53.200 €	4.486.426 €
LAZIO	1.991.674 €	1.980.185 €	42.137 €	4.013.995 €
ABRUZZO	2.337.810 €	1.860.484 €	20.833 €	4.219.127 €
MOLISE	87.366 €	1.412 €	- €	88.779 €
CAMPANIA	56.562.444 €	26.893.685 €	293.779 €	83.749.908 €
PUGLIA	14.898.541 €	9.725.257 €	173.019 €	24.796.817 €
BASILICATA	442.964 €	984.266 €	8.239 €	1.435.469 €
CALABRIA	- €	- €	- €	- €
SICILIA	4.301.569 €	23.037.127 €	317.555 €	27.656.250 €
SARDEGNA	2.323.444 €	1.740.077 €	51.553 €	4.115.073 €
Totale complessivo	158.596.938,40 €	136.931.473,80 €	4.412.219,90 €	299.940.632,10 €

Si rappresenta che la valorizzazione di tutte le prestazioni erogate in ambito domiciliare (tra le quali vi sono quelle di cure palliative) conduce ad una valorizzazione prudenziale, atteso che la stessa viene confrontata con i costi rilevati nel Modello LA per le sole prestazioni di cure palliative.

Osservando i numeri complessivi (totale Italia) riportati nella tabella in alto è atteso un costo di circa 300 milioni di euro. Considerato, come si accennava, che nel Modello LA del medesimo anno 2021 (voce 2H112 - Cure palliative domiciliari) risulta valorizzato un costo complessivo di 317,7 milioni di euro è possibile affermare che **anche per tale tipologia di prestazioni le tariffe proposte con il presente provvedimento determinano una invarianza di oneri rispetto a quanto sostenuto a legislazione vigente, pur con le difficoltà esistenti in tale ambito di operare una analisi più puntuale, considerato che i modelli organizzativi di cure palliative domiciliari e i relativi sistemi di tariffazione risultano molto disomogenei a livello regionale osservando differenti cluster.**

Occorre peraltro tener conto anche del fatto che nello schema di decreto si prevede l'applicazione di tariffe ridotte del 25% in caso di erogazione da parte di soggetti privati accreditati; per tale ragione, il reale livello di tariffe da introdurre appare, nel confronto con il regime attuale praticato in diverse regioni, sostanzialmente in linea, quindi tale da confermare una ipotesi di oneri invariati rispetto agli oneri sostenuti a legislazione vigente.

3 Conclusioni

Sulla base di quanto sopra riportato è possibile affermare che, dall'applicazione delle tariffe proposte con il presente decreto ministeriale, si determinerebbero costi inferiori rispetto a quelli registrati nel 2021 pari a 17,7 milioni con riferimento alle prestazioni di cure palliative domiciliari e pari a 51,3 milioni di euro con riferimento alle cure palliative residenziali - Hospice. Si richiama, inoltre, la previsione nel decreto dell'applicazione di tariffe ridotte (indicativamente) del 25% in caso di erogazione da parte di soggetti privati accreditati; per tale ragione, il livello di risparmio potrebbe essere anche superiore a quanto sopra indicato. Tuttavia, tenuto conto della già descritta forte eterogeneità circa i modelli organizzativi adottati dalle singole regioni e dei relativi sistemi di tariffazione, nonché delle difficoltà affrontate per operare una analisi puntuale sugli impatti di spesa, si ritiene di poter prudenzialmente affermare che il provvedimento ministeriale non determina ulteriori oneri rispetto ai costi già sostenuti a legislazione vigente.