



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative

Art. 35, commi 2 bis e 2-ter del d.l., n. 73/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 106/2021

Sommario

1. Scopo e legislazione statale e regionale	2
2. Metodo del Gruppo di lavoro e fonti informative	6
Gli studi di Agenas.....	7
Altri riferimenti di letteratura	8
I Flussi informativi	8
Il Questionario LEA.....	10
Relazioni al Parlamento	12
Gli indicatori Agenas	14
La Rilevazione nazionale su Attuazione e Programmi in materia di Rete cure palliative	22
3. Risultati della rilevazione	24
Risultati– Profilo Regioni/PA	24
Risultati – Profilo Aziende Territoriali	27
4. Conclusioni	110
5. Bibliografia	112
Allegati:	112
Autori	113

1. Scopo e legislazione statale e regionale

La presente istruttoria è stata predisposta in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73 *“Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”*, come modificato dalla Legge di conversione del 23 luglio 2021, n. 106.

Il citato comma prevede che *“In coerenza con quanto previsto dagli articoli 23, 31 e 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, il Ministero della salute, previa istruttoria dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) da concludere entro il 30 dicembre 2021, effettua una ricognizione delle attività svolte dalle singole Regioni e Province Autonome ed elabora un programma triennale per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza di cui ai citati articoli 23, 31 e 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 in tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna Regione e Provincia Autonoma i relativi obiettivi”*.

L'attività in oggetto, pertanto, ha una finalità più circoscritta e specifica rispetto a quella di monitoraggio prevista dall'art. 9 della Legge n. 38/2010 ed effettuata dalla Sezione O del Comitato tecnico sanitario del Ministero della salute istituito con il D.P.R. n. 44 del 28 marzo 2013¹.

La presente istruttoria, infatti, ha l'obiettivo di supportare il Ministero della Salute e le singole Regioni e Province Autonome nell'individuazione dei campi prioritari di intervento per uno sviluppo omogeneo della Rete di cure palliative e della Rete di cure palliative pediatriche sul tutto il territorio nazionale, al fine di disciplinare ed inserire tali interventi nei Programmi triennali previsti dallo stesso articolo 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73.

Il nostro Paese, con la Legge 15 marzo 2010, n. 38, ha adottato un quadro organico di principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia. Si tratta di una legge quadro, tra le prime adottate in Europa, che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle organizzazioni non profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione.

¹ Il citato art. 9 della Legge n. 38/2010, infatti, richiede di valutare l'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, il livello di attuazione delle linee guida di cui all'art.3 comma 2, lo stato di realizzazione e sviluppo delle reti assistenziali previste dall'Intesa della Conferenza Stato Regioni n.152/CSR del 25 luglio 2014 con specifica attenzione al superamento delle disomogeneità territoriali e all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica ed adolescenziale monitorando in particolare: a) i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppiacei; b) lo sviluppo delle due reti, con particolare riferimento alla verifica del rispetto degli indicatori e dei criteri nazionali previsti dalla normativa vigente; c) lo stato di avanzamento delle due reti, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte; d) le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, anche attraverso l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività delle strutture delle due reti; e) le attività di formazione a livello nazionale e regionale; f) le campagne di informazione a livello nazionale e regionale; g) le attività di ricerca; h) gli aspetti economici relativi alla realizzazione delle due reti.

La legge costituisce il punto di arrivo di un lungo percorso normativo, iniziato con la Legge n. 39/1999 di avvio del programma nazionale per le cure palliative domiciliari e di realizzazione degli hospice e proseguito con una serie di Intese e Accordi in Conferenza Stato-Regioni che hanno reso l'ambito delle Cure Palliative uno dei più definiti e condivisi tra tutti gli ambiti dell'assistenza territoriale a livello nazionale.

La Legge n. 38/2010 ha introdotto profonde innovazioni, prima tra tutte la differenziazione tra la rete assistenziale di cure palliative e di terapia del dolore. La stessa Legge, inoltre, ha previsto l'istituzione di reti di cure palliative specificatamente dedicate all'assistenza pediatrica.

Le indicazioni di livello nazionale² definiscono la Rete di Cure Palliative e la Rete di Cure Palliative Pediatriche come *“una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti”*.

I requisiti specifici sono stati individuati nell'Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) e forniscono indicazioni in merito alle dimensioni strutturali e di processo che devono caratterizzare le strutture che compongono le reti regionali e locali di cure palliative. Queste, infatti, devono essere in grado di soddisfare contemporaneamente numerosi requisiti, tra i quali, aver:

1. individuato le strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete regionale e della Rete locale di Cure Palliative;
2. attivato e rese operative le équipe multiprofessionali dedicate;
3. istituito le Unità di Cure Palliative domiciliari (UCP);
4. omogeneizzato i percorsi di cure domiciliari;
5. individuato le idonee modalità a garanzia della continuità delle cure, anche ad integrazione ospedale-territorio;
6. attivato gli Hospice, anche pediatrici, in coerenza con il fabbisogno espresso dal territorio di riferimento;
7. individuato idonee modalità di sostegno al malato e alla sua famiglia (programmi supporto al lutto, etc.);
8. previsto programmi di formazione e supporto psicologico alle équipe operanti in ambito di Cure Palliative;
9. individuato programmi di valutazione della qualità delle cure.

Il coordinamento degli interventi è uno degli elementi cardine per il funzionamento delle reti, tant'è che già l'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) *“Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”* prevedeva l'individuazione di una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete

² Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25/09/2012 (Rep. Atti 151/CSR);

a livello regionale e l'individuazione di una struttura di coordinamento a livello locale e aziendale capace di coordinare tutti gli interventi nei setting assistenziali previsti dai LEA.

Il DPCM del 12/01/2017 prevede, infatti, che gli interventi in ambito palliativo possono essere erogati in ospedale (sia sotto forma di consulenze ai reparti di ricovero, sia in ambulatorio), al domicilio o in hospice.

Nello specifico l'erogazione delle cure palliative, come tutte le prestazioni sociosanitarie disciplinate al Capo IV del DPCM LEA, deve avvenire per percorsi assistenziali integrati (processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, anche con l'apporto delle autonomie locali³) e richiede l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a seguito della valutazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona da prendere in carico.

Questi principi generali hanno una specifica rilevanza per le cure palliative. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA escono dall'orizzonte temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

Come detto, il DPCM LEA prevede l'erogazione delle cure palliative in diversi setting assistenziali, tra i quali:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale; ai sensi del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rientrano tra i LEA le visite multidisciplinari per le cure palliative, inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo per la sua rivalutazione⁴;
- le cure palliative domiciliari; il DPCM LEA dedica grande attenzione a questo setting assistenziale, specificando che *“sono da privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio”*⁵. Il DPCM chiarisce, inoltre, che le Cure palliative domiciliari sono erogate dalle Unità di Cure Palliative domiciliari-UCP (UCP-DOM) e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. Sono, infatti, le UCP-DOM che erogano sia le Cure Palliative di base sia le Cure Palliative specialistiche, garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'équipe curante di riferimento⁶;
- l'assistenza residenziale territoriale presso i Centri residenziali di Cure palliative denominati Hospice⁷;
- l'ospedale, dove le Cure Palliative sono citate espressamente per la prima volta; il DPCM LEA prevede, infatti, che durante le attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni

³ Art. 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

⁴ Art. 15 e allegato 4 del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

⁵ Art. 21, comma 4, del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

⁶ Art. 23 del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

⁷ Art. 31 del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico "includere la terapia del dolore e le cure palliative"⁸.

Un forte impulso è stato dato all'accreditamento sia delle strutture sanitarie sia delle reti di cure palliative attraverso l'Intesa Stato-Regioni del 19/02/2015 (Rep. Atti n. 32/CSR) e Accordo Stato-Regioni del 27/07/2020 (Rep. Atti n. 118/CSR). Quest'ultimo, in particolare, definisce gli elementi caratterizzanti la rete regionale e locale di cure palliative e contestualmente impegna le Regioni ad avviare le procedure per l'accreditamento "entro 12 mesi" dalla sua approvazione. Si introduce così, con l'accreditamento delle Reti, la prospettiva della caratterizzazione e standardizzazione dei percorsi di cura e di assistenza per il governo clinico delle cronicità complesse e avanzate, in grado di superare la frammentazione delle risposte verso la multidimensionalità dei bisogni che sono, così, ricondotti a unitarietà.

L'attività effettuata in ambito di cure palliative viene valutata sulla base degli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali secondo quanto previsto dal DM Salute del 22/02/2007 n. 43⁹.

Infine, si ritiene utile ricordare che il DM Salute del 6 giugno 2012 istituisce il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice. Tale flusso rientra tra quelli che compongono il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS) e fornisce informazioni in merito alle prestazioni erogate nel campo delle cure palliative nei presidi ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati. Esso non traccia gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" alla persona.

La Raccolta normativa del Ministero della Salute dedicata a "10 anni dalla Legge 15 marzo 2010, n.38, e provvedimenti attuativi" [1] riporta integralmente tutti gli atti qui brevemente richiamati.

Alle disposizioni nazionali hanno fatto seguito numerose ed articolate regolamentazioni regionali che sono riportate nell'ALLEGATO 1.

⁸ Art. 38, comma 2, del DPCM del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);

⁹ DM Salute del 22 febbraio 2007, n. 43 Regolamento recante: «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311». (GU Serie Generale n.81 del 06-04-2007).

2. Metodo del Gruppo di lavoro e fonti informative

Per dare avvio ai lavori previsti dall'art. 35, commi 2 bis e 2-ter del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, si è costituito un gruppo di lavoro (GdL) congiunto Agenas e Ministero della Salute (MdS) composto dai seguenti rappresentanti ed esperti:

Agenas:

Fortino Antonio, Tamburo De Bella Manuela, Randazzo Mariapia, Guerrieri Antonietta, Catania Danilo, Borghini Alice, Baglio Giovanni, Marvulli Mariagrazia, Iodice Maddalena, Furfaro Simone, Perrini Maria Rosaria, Ursillo Paolo.

Ministero della salute:

Bellentani Maria Donata, Boldrini Rosaria, Garassino Stefania, Blaco Roberto, Scaccabarozzi Gianlorenzo (esperto designato), Santori Elisabetta, Nobile Lucia.

Gli obiettivi del gruppo di lavoro riguardano:

- ricognizione da parte del Ministero della Salute, e previa istruttoria di Agenas da concludere entro il 30 dicembre 2021, delle attività svolte dalle singole Regioni/PA, per l'elaborazione di un programma triennale per l'attuazione della legge n.38/2010, fissando per ciascuna Regione e PA i relativi obiettivi (co. 2 bis);
- entro il 20 giugno 2022, previa istruttoria dell'Agenas, definizione delle tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale e in hospice (co. 2 ter).

La prima riunione di insediamento del GdL si è tenuta il 20 settembre 2021 ed è stata condivisa la metodologia da adottare per lo svolgimento delle attività, mediante la costituzione di tre sottogruppi ristretti a composizione mista:

1. Sottogruppo per le attività previste dal comma 2-bis, volte alla ricognizione delle attività svolte dalle Regioni e PA per l'attuazione della legge n. 38/2010;
2. Sottogruppo per le attività previste dal comma 2-ter, volte alla definizione delle tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare e residenziale in hospice;
3. Sottogruppo per le attività volte alla elaborazione di un programma triennale per l'attuazione della legge n.38/2010.

I sottogruppi hanno proseguito le attività in parallelo e in maniera integrata e i lavori svolti sono stati condivisi nell'ambito delle tre successive riunioni plenarie tenutesi il 12/10, il 25/10 e il 6/12.

Per effettuare la ricognizione delle attività svolte dalle Regione e PA in tema di reti di cure palliative il sottogruppo di cui al punto 1 ha svolto le attività di seguito descritte, che costituiscono la base documentale della presente istruttoria:

- raccolta degli studi presenti sul tema e sviluppati in Agenas;
- sintesi dei lavori svolti dal Ministero della salute, attraverso l'organismo preposto allo sviluppo e al monitoraggio delle reti di cure palliative e di terapia del dolore previsto dall'art. 9 della legge n. 38/2010, poi confluito nella Sezione O del Comitato Tecnico Sanitario (rapporti al Parlamento sullo stato di attuazione della L. 38/2010 e audizioni dei referenti regionali nel 2017 e nel 2019);
- analisi dei dati disponibili da flussi informativi relativi alla dimensione ospedaliera delle cure palliative, all'hospice e all'assistenza domiciliare fornita ai pazienti oncologici;
- analisi dei risultati del Questionario LEA;
- realizzazione di una Rilevazione nazionale su Attuazione e Programmi in materia di Rete cure palliative.

Gli studi di Agenas

Con i quaderni di Monitor *“Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Le cure palliative domiciliari in Italia”* nel 2010 l'Agenas ha approfondito il tema delle cure palliative [2].

Agenas ha condotto un primo Progetto di Ricerca autofinanziato (attuativo di linee programmatiche di Agenas anni 2010– 2011 e prorogato per l'anno 2012), denominato *“Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare cure domiciliari di buona qualità”*, con il quale si è dato avvio all'*Osservatorio sulle buone pratiche nelle cure palliative domiciliari*, con particolare ma non esclusivo riferimento ai malati oncologici, con il quale si è inteso documentare le esperienze “di eccellenza” nell'ambito delle cure palliative domiciliari. Con l'avvio di un Osservatorio CP ha creato un'indagine di tipo qualitativo, svolgendo attività di monitoraggio delle Unità di Cure Palliative domiciliari (UCP domiciliari) sull'intero territorio nazionale.

Nel 2012 Agenas ha condotto il progetto di ricerca corrente denominato *“Teseo-Arianna. Studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di Cure Palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza a favore di persone con patologie evolutive con limitata aspettativa di vita”* [3] fortemente improntato all'attuazione dei principi stabiliti dalla legge n. 38 del 2010. Il progetto si collocava nell'ambito dell'Osservatorio delle Buone Pratiche nelle Cure Palliative, con l'obiettivo di valutare l'impatto dell'applicazione di un modello integrato di cura che vedeva coinvolti, nell'ambito delle Reti locali di Cure Palliative, UCP domiciliari e Medici di Medicina Generale (MMG) secondo una progettualità condivisa con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Il Progetto Teseo/Arianna ha sperimentato un modello di cura centrato *sull'attività di un MMG con speciale interesse in Cure Palliative a supporto delle aggregazioni territoriali di Medici di Medicina Generale*, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle Cure Palliative domiciliari identificando precocemente i malati con patologie croniche in fase evolutiva, oncologiche e non.

I risultati emersi dalla ricerca hanno dimostrato la sussistenza di performance organizzative eterogenee: accanto a UCP domiciliari che collaboravano in modo efficiente e appropriato con i referenti della Medicina Generale, si rilevavano contesti entro cui il rapporto tra le due componenti MMG ed UCP incontrano difficoltà nella trasmissione delle informazioni e nella condivisione dei piani di cura.

Altri riferimenti di letteratura

Interessanti approfondimenti sul tema dell'organizzazione delle cure palliative nel nostro Paese si possono reperire nei documenti citati in Bibliografia: documento di Consenso (2015), in cui sono riportate anche le Raccomandazioni per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative [3]. Obiettivo del Documento di Consenso è fornire raccomandazioni che caratterizzino e definiscano gli elementi qualificanti di un modello per la gestione da parte delle Reti Locali di Cure Palliative dei percorsi di cura e assistenza delle persone in condizioni di cronicità complesse e avanzate, secondo i principi della clinical governance. Dalle Raccomandazioni del Documento di Consenso è nato il progetto DEMETRA: uno studio osservazionale longitudinale multicentrico, svolto negli anni 2016-2018, in collaborazione con il Centro OMS Eco di Barcellona, i cui risultati sono stati presentati nell'evento del 12 novembre 2019 al Ministero della Salute alla presenza del sig. Ministro Roberto Speranza. Lo studio DEMETRA ha creato i presupposti per intraprendere il percorso di istituzione della nuova Scuola di specializzazione in Medicina e cure palliative, poi approvato con l'art. 5-bis della legge 77/2021.

E' stata effettuata inoltre una survey per la rilevazione quali-quantitativa dei professionisti operanti nelle reti di cure palliative (2021) [4]. Tale indagine è stata promossa dalla Sezione O del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute e realizzata grazie alla collaborazione dell'Università Cattolica -ALTEMS e Società Italiana di Cure Palliative -SICP. Lo scopo di questa indagine è stato quello di censire l'attuale numero di Medici e Infermieri (full time equivalent-FTE) presenti sul territorio italiano e impiegati nelle strutture pubbliche e private accreditate (ospedali, hospice) e territoriali (Unità di cure palliative domiciliari UCP-Dom).

I Flussi informativi

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 l'analisi dei dati raccolti nell'ambito del

Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in particolare con il flusso Hospice, con il flusso SIAD (Sistema informativo sull'assistenza domiciliare) e con i Modelli STS11 e STS24 di cui al DM 23.12.1996 e s.m.i.

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.

Poiché i modelli STS11 e STS24 non consentono di distinguere gli hospice pediatrici, questi sono stati individuati in modo indiretto attraverso l'analisi dei dati del flusso analitico, considerando come pediatrici quelli aventi un'attività prevalentemente erogata a soggetti di età 0-17 anni.

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.i.

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 sancita dalla Conferenza Stato- Regioni il 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).

Ad oggi tutte le Regioni, ad eccezione della Regione Sardegna, alimentano il sistema 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 dell’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Ad oggi tutte le Regioni alimentano il sistema Hospice.

Il Questionario LEA

L’Adempimento AO – *Cure Palliative e Terapia del dolore* viene valutato dal Comitato LEA, sulla base della documentazione inviata dalle Regioni e degli esiti del calcolo degli indicatori di seguito descritti (*Questionario LEA 2019*). Per la valutazione dell’anno 2019, in via preliminare è stato verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

L’Adempimento è composto da due sezioni:

1. *AO.1 - Aspetti qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali*
2. *AO.2 - Consumo territoriale di farmaci oppioidi registrato tramite flusso art. 50 D.L. 30.09.2003 n. 269, convertito con modificazioni nella Legge 24.11.2003 n. 326.*

La Regione per ottenere la valutazione di adempienza deve raggiungere il punteggio di 3,5 punti totali su 6 punti.

1. *AO.1 - Aspetti qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali*

Il punto AO.1.1, attraverso la domanda “Sono stati formalmente definiti i requisiti minimi delle strutture della Rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore?”, valuta la formale approvazione dei requisiti minimi di tutte le strutture della Rete di cure palliative e della Rete di Terapia del dolore ai sensi dell’Intesa

della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012: Rete locale CP, Ospedale, Hospice, UCP domiciliari, Rete TdD, Centro ospedaliero di TdD, Centro ambulatoriale di TdD.

L'approvazione dei requisiti di tutte le strutture comporta l'attribuzione di 1 punto. In caso di adempimento parziale (solo alcune strutture) sarà attribuito un punteggio di 0,5.

Il punto AO.1.2 si compone di 6 indicatori (4 ai fini valutativi e 2 ai fini informativi), calcolati sulla base delle informazioni ricavate dai flussi STS 24, SDO, SIAD e Hospice. Il punteggio massimo per la corretta compilazione del punto AO.1.2 è di 4 punti. Il punteggio minimo è di 2 punti. Se il totale risulta <2, il punteggio assegnato per la sezione AO.1.2 è pari a 0.

Indicatore n. 1: *Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).*

Un valore $\geq 45\%$ comporta l'attribuzione di 1 punto; un valore $\geq 35\%$ comporta l'attribuzione di un punteggio di 0,5.

Indicatore n. 2: *Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore.*

La presenza di almeno 1 p.l. hospice (rilevati da anagrafica NSIS) ogni 56 deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) comporta l'attribuzione di 1 punto.

Indicatore n. 3: *Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).*

Se il rapporto percentuale tra il valore rilevato nell'anno di riferimento e il valore rilevato nell'anno precedente è $\geq 5\%$, viene attribuito 1 punto; un valore del rapporto $\geq 2,5\%$, comporta l'attribuzione di un punteggio di 0,5.

Indicatore n. 4: *Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.*

Se il valore rilevato è $< 25\%$ viene attribuito 1 punto; se il valore rilevato è $< 35\%$ viene attribuito un punteggio di 0,5.

A solo titolo informativo vengono calcolati i seguenti indicatori:

Indicatore 5: *Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica.*

Il numeratore è estratto dal flusso SDO considerando solo la diagnosi principale (ICD 9CM 140-208). Il denominatore riporta la media dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).

Indicatore 6: *Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT).*

2. AO.2 - Consumo territoriale di farmaci oppioidi registrato tramite flusso art. 50 D.L. 30.09.2003 n. 269, convertito con modificazioni nella Legge 24.11.2003 n. 326

Il calcolo di tale indicatore è effettuato dal Ministero della salute secondo la seguente formula:

Consumo di farmaci in DDD della popolazione residente per fascia d'età/sexo * 1000

popolazione residente per fascia d'età/sexo

Un valore in aumento rispetto all'anno precedente comporta l'attribuzione di 1 punto.

Relazioni al Parlamento

Le relazioni al Parlamento sono rese pubbliche sul sito del Ministero della Salute.

Box 1: Esito Adempimento LEA anni 2018 – 2019

Regione	Esito Valutazione LEA 2018	Esito Valutazione LEA 2019
Abruzzo*	Adempiente	Inadempiente
Basilicata	Adempiente	Adempiente
Calabria*	Adempiente con impegno	Inadempiente
Campania*	Adempiente con impegno	Inadempiente
Emilia Romagna	Adempiente	Adempiente
Lazio*	Adempiente	Adempiente
Liguria	Adempiente	Adempiente
Lombardia	Adempiente	Adempiente
Marche	Adempiente con impegno	Adempiente con impegno
Molise*	Adempiente	Adempiente
Piemonte	Adempiente con impegno	Adempiente con Impegno
Puglia*	Adempiente	Adempiente
Sicilia*	Adempiente con impegno	Inadempiente
Toscana	Adempiente con Impegno	Adempiente con Impegno
Umbria	Adempiente con Impegno	Adempiente con Impegno
Veneto	Adempiente	Adempiente

Fonte: Verballi Comitato LEA 8 e 12 ottobre 2021 (per anno 2019) e Riepilogo Adempimenti LEA 2018 disponibile sul sito Ministero della salute

**Valutazione in corso*

Nella tabella vengono riportati gli esiti della valutazione dell'Adempimento AO per gli anni 2018 e 2019, effettuata sulla base della metodologia descritta nel paragrafo precedente.

Si rileva che per l'anno 2018 risultano 9 Regioni "adempienti" e 7 Regioni "adempienti con impegno" mentre per il 2019 risultano 8 Regioni "adempienti", 4 Regioni "adempienti con impegno" e 4 Regioni "inadempienti". Si precisa che per le Regioni non in Piano di Rientro la valutazione dell'anno 2019 si è conclusa mentre per le Regioni in Piano di Rientro la valutazione è ancora in corso.

Sulla base dei dati desumibili dai flussi informativi correnti sono stati costruiti specifici indicatori (ALLEGATO 2) relativi alla dimensione ospedaliera delle cure palliative, all’hospice e all’assistenza domiciliare fornita ai pazienti oncologici; per i dati di mortalità per tumore maligno si è fatto riferimento ai dati delle cause di

- **Il codice di disciplina per le Cure Palliative (cod. 99): stato dell’arte**

Con il DM 21 novembre 2018, pubblicato in gazzetta ufficiale il 14/02/2019, è stato aggiornato l’elenco dei codici delle discipline ospedaliere con l’introduzione del codice 99 “Cure palliative” e il codice 96 “Terapia del dolore” da utilizzare in conformità con le indicazioni dell’accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 relativo ai criteri di accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.¹⁰. Nell’allegato al Decreto ministeriale sono specificati i criteri di assegnazione dei codici: nel caso dei codici 96 e 99 la loro attribuzione nella scheda di dimissione ospedaliera è in relazione al ricovero in regime diurno.

La tabella 1 illustra la presenza del codice ‘99’ nelle SDO 2019. In sette ospedali, per un totale di 666 pazienti, è stata applicata la codifica “Cure palliative”. Nel 60% dei casi le cure palliative sono state erogate in regime di ricovero diurno, mentre in quattro pazienti su dieci l’assistenza è avvenuta in regime ordinario e, dunque, non in conformità a quanto indicato dal DM 21/11/2018.

Tabella 1 – Codice disciplina ospedaliera ‘99’ per regime di ricovero

COD_STRUTTURA	DES_STRUTTURA	Regime di ricovero		Totale	
		Diurno	Ordinario	N	%
05091202	OSPEDALE POLICLINICO	212	0	212	31,83
19030100	P.O. S. GIOVANNI DI DIO	0	168	168	25,23
19034800	P.O. A. Rizza	0	94	94	14,11
19030900	P.O. VITTORIO EMANUELE (ex AO)	77	0	77	11,56
12090100	AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	61	5	66	9,91
19030800	P.O.MADDALENA RAIMONDI	47	0	47	7,06
12090801	IFO - ISTITUTO REGINA ELENA	2	0	2	0,30
Totale		399 (59,99%)	267 (40,01%)	666	100,00

Inoltre, negli ospedali che hanno adottato la codifica ‘99’, il codice diagnosi V667, che indica l’erogazione delle cure palliative, è stato utilizzato in meno della metà dei casi (47,89% - vedi tabella 2).

¹⁰ L’introduzione, a partire dal 2019, dei codici 99 e 96 nel sistema dei flussi sanitari rappresenta il punto di arrivo di un percorso di formalizzazione del tema della terapia del dolore e delle cure palliative che ha avuto avvio nel 2016 con la formulazione, da parte della cabina di regia, di un documento tecnico per l’istituzione di un codice di disciplina per la terapia del dolore in strutture ospedaliere: Il dolore cronico e il dolore malattia e la sua codifica nel Servizio sanitario nazionale.

Tabella 2 – Ricoveri con codice disciplina '99' e codice diagnosi 'V667' (Cure palliative)

COD_STRUTTURA	DES_STRUTTURA	Codice di diagnosi "Cure palliative" (V667)		Totale	
		Assente	Presente	N	%
05091202	OSPEDALE POLICLINICO	212	0	212	31,93
19030100	P.O. S. GIOVANNI DI DIO	17	150	167	25,15
19034800	P.O. A. Rizza	0	93	93	14,01
19030900	P.O. VITTORIO EMANUELE (ex AO)	0	75		11,30
12090100	AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	68	0		10,24
19030800	P.O.MADDALENA RAIMONDI	47	0		7,08
12090801	IFO - ISTITUTO REGINA ELENA	2	0		0,30
Totale		346 (52,11%)	318 (47,89%)	664	100,00

Nelle SDO del 2020 l'attribuzione del codice 99 rimane limitato agli stessi ospedali del 2019 con in più l'inserimento del Policlinico universitario "Gemelli". In generale, la codifica delle cure palliative è scarsamente utilizzata nel flusso SDO se si considera che a livello ospedaliero il numero di malati oncologici, nel 2019, si è attestato sui 900mila pazienti e il numero dei deceduti, con diagnosi oncologica¹¹, ha superato i 48mila casi: di questi, 27mila decessi con la patologia di tumore maligno (abbreviato in TM) in diagnosi principale.

- **Mortalità per tumore maligno ospedaliera ed extraospedaliera**

La rappresentazione geografica della mortalità ospedaliera per tumore maligno, cartogramma 1.A, mette in luce la presenza di cluster territoriali che corrono lungo la direttrice Nord-Sud. In generale, le ASL del Mezzogiorno si caratterizzano per bassi valori di mortalità ospedaliera, mentre le aziende del Nord, in particolare del versante orientale, registrano livelli elevati di mortalità ospedaliera per TM; analoga suddivisione si riscontra anche nelle Regioni insulari: con le aziende siciliane connotate da basse percentuali di mortalità ospedaliera e le ASL sarde posizionate all'estremo opposto. Più nel dettaglio, valori elevati di mortalità per TM sono localizzati soprattutto ad Est del Paese, in particolare nella fascia di aziende sanitarie che a partire da quella di Teramo, risalendo la costa adriatica, arriva all'ASL della Bassa friulana-isontina, propagandosi anche internamente nella gran parte dei territori delle ASL del Veneto e dell'Emilia-Romagna.

¹¹ Nel presente studio i malati oncologici sono stati individuati dalla presenza, nel campo della diagnosi principale o in quelli delle diagnosi secondarie, di almeno un codice ICD 9 relativo a patologie di tumore maligno (140.xx – 208.xx).

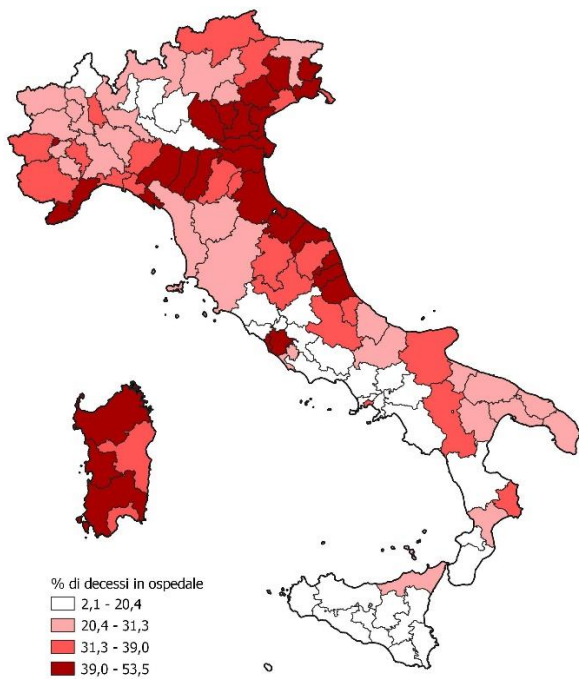
All'opposto, le aziende del Centro-Sud della costa tirrenica registrano valori bassi di mortalità ospedaliera ad eccezione delle ASL delle città metropolitane di Roma e di Napoli (in particolare, l'ASL Napoli centro) in cui l'indicatore si fa d'intensità più marcata.

La rappresentazione geografica della mortalità in area pronto soccorso (abbreviato in PS) ricalca quella della mortalità ospedaliera, cartogramma 1.B, se pur con valori più mitigati. Da questa concordanza nelle distribuzioni di frequenza si discostano soprattutto alcune ASL della Toscana e dell'Emilia-Romagna (in particolare le ASL dell'entroterra) in cui: nel caso toscano, l'incidenza relativa della mortalità in PS è superiore a quella ospedaliera; mentre per le ASL dell'Emilia-Romagna si registra un andamento opposto con basse percentuali di mortalità in PS ed alti valori di mortalità ospedaliera.

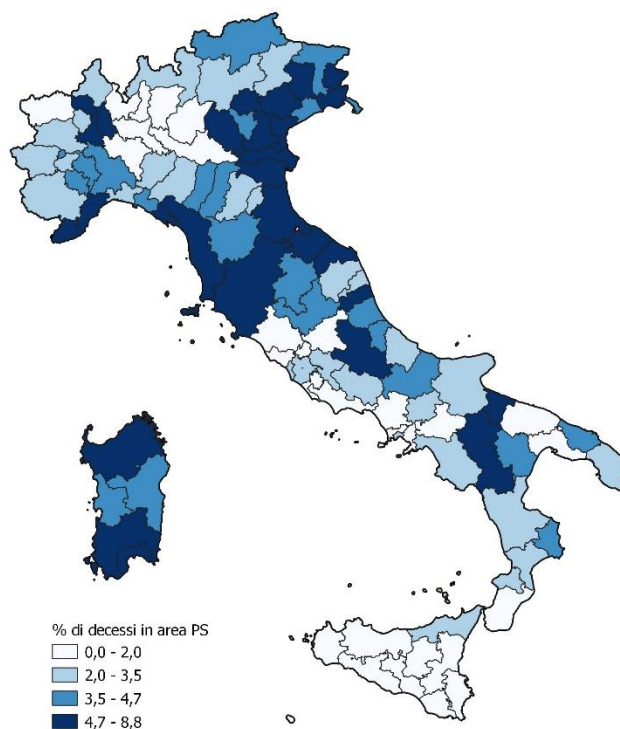
La mortalità extraospedaliera per TM mette in luce come con il contrarsi del periodo del decesso, passando da una morte sopraggiunta entro 30 giorni dall'uscita dall'ospedale (cartogramma 1.C) all'evento luttuoso entro le 24 ore (cartogramma 1.D), emerga in modo evidente la presenza di un gradiente territoriale Nord-Sud, con le ASL meridionali caratterizzate da alti livelli di mortalità extraospedaliera e quelle settentrionali con basse percentuali di mortalità extraospedaliera: in particolare, si denota un cluster geografico di ASL con valori minimi dell'indicatore che corre lungo tutto l'arco alpino.

Cartogramma 1 – Indicatori di mortalità ospedaliera ed extraospedaliera (2019)

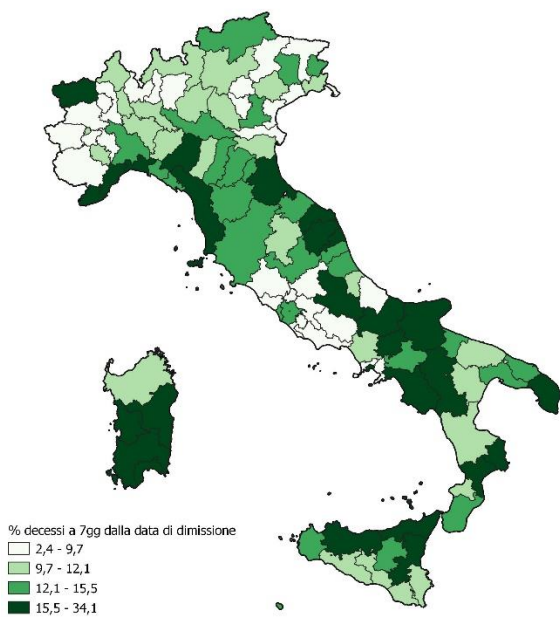
A. Decessi in ospedale per TM sul totale dei deceduti per TM (valori %)



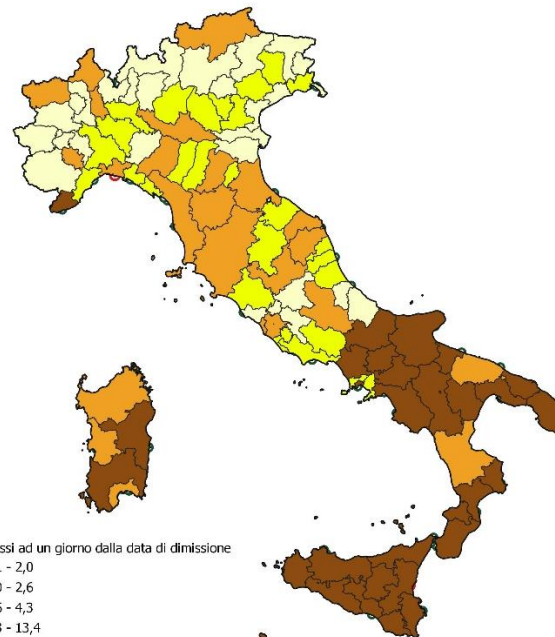
B. Decessi in area PS* per TM sul totale dei deceduti per TM (valori %)



C. Decessi per TM entro 7gg dalla dimissione sul totale dei deceduti per TM (valori %)



D. Decessi per TM entro le 24h dalla dimissione sul totale dei deceduti per TM (Valori %)



- **Mortalità in hospice**

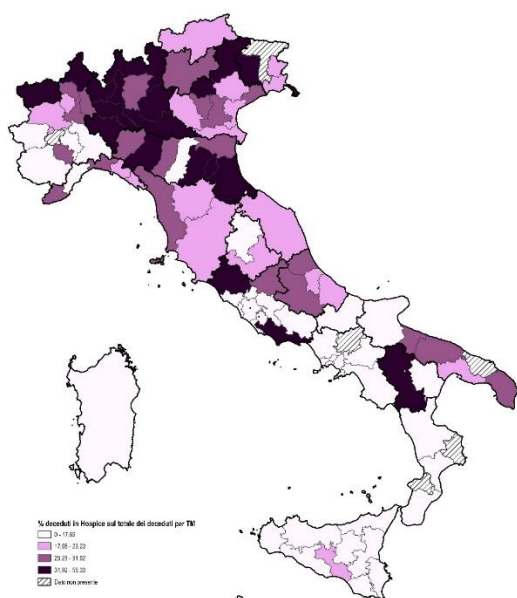
La mortalità negli hospice (cartogramma 2.A) è correlata con la dotazione territoriale di queste strutture (cartogramma 2.B). Laddove è robusta e capillare la presenza di hospice, la percentuale di decessi in strutture dedicate al fine vita è tra le più elevate: come nel caso della Regione Lombardia in cui si registrano alte percentuali di decessi in hospice a fronte di una dotazione significativa degli stessi. All'opposto, le Regioni con una limitata dotazione di hospice sono connotate da bassi livelli mortalità: a riguardo, la maggior parte delle ASL siciliane evidenziano livelli di dotazione di posti letto sotto soglia, rappresentando un freno nella crescita dei livelli di mortalità in hospice. A puntellare tale considerazione vi è il dato in controtendenza dell'ASL di Ragusa la cui percentuale di decessi in hospice risulta essere tra le più elevate dell'Isola per via di una rete di hospice caratterizzata da una buona capacità ricettiva.

In generale, le differenze Nord-Sud, evidenziata per la mortalità ospedaliera ed extraospedaliera, sembra permanere anche per la mortalità in hospice con alti valori dell'indicatore nelle ASL del Nord e bassi valori in quelle del Sud e Isole maggiori. Da questo schema, tuttavia, fuoriescono alcune realtà che contribuiscono ad offrire un quadro del fenomeno più contrastante: le ASL della Regione Puglia e dell'ASL di Potenza, infatti, mostrano una dotazione di posti letto sopra soglia e livelli di mortalità in hospice simili a quelli fatti registrare nei contesti del Nord Italia; mentre, all'opposto, le ASL della Toscana e delle province piemontesi di Cuneo e Torino in cui la dotazione di posti letto risulta essere sottosoglia e, conseguentemente, le percentuali di decessi in hospice sono tra le più basse del Centro-Nord.

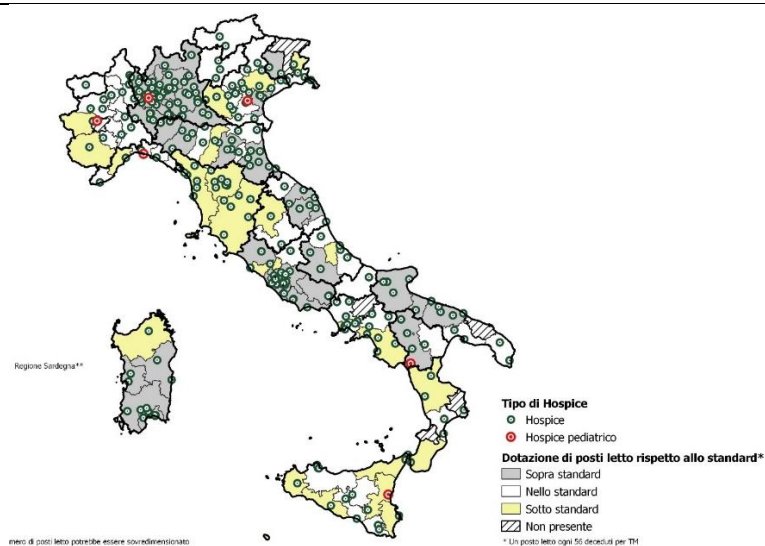
In sintesi, la lettura congiunta degli indicatori di mortalità extraospedaliera e di quella in hospice mette in luce una minore propensione delle ASL meridionali ad "istituzionalizzare" il fine vita che, al netto di fattori socio-culturali legati all'evento luttuoso, è strettamente legata ad una bassa e, in alcuni casi, insufficiente dotazione di hospice.

Cartogramma 2 – Hospice (2019)

A. Decessi in hospice sul totale dei deceduti per TM (valori %)



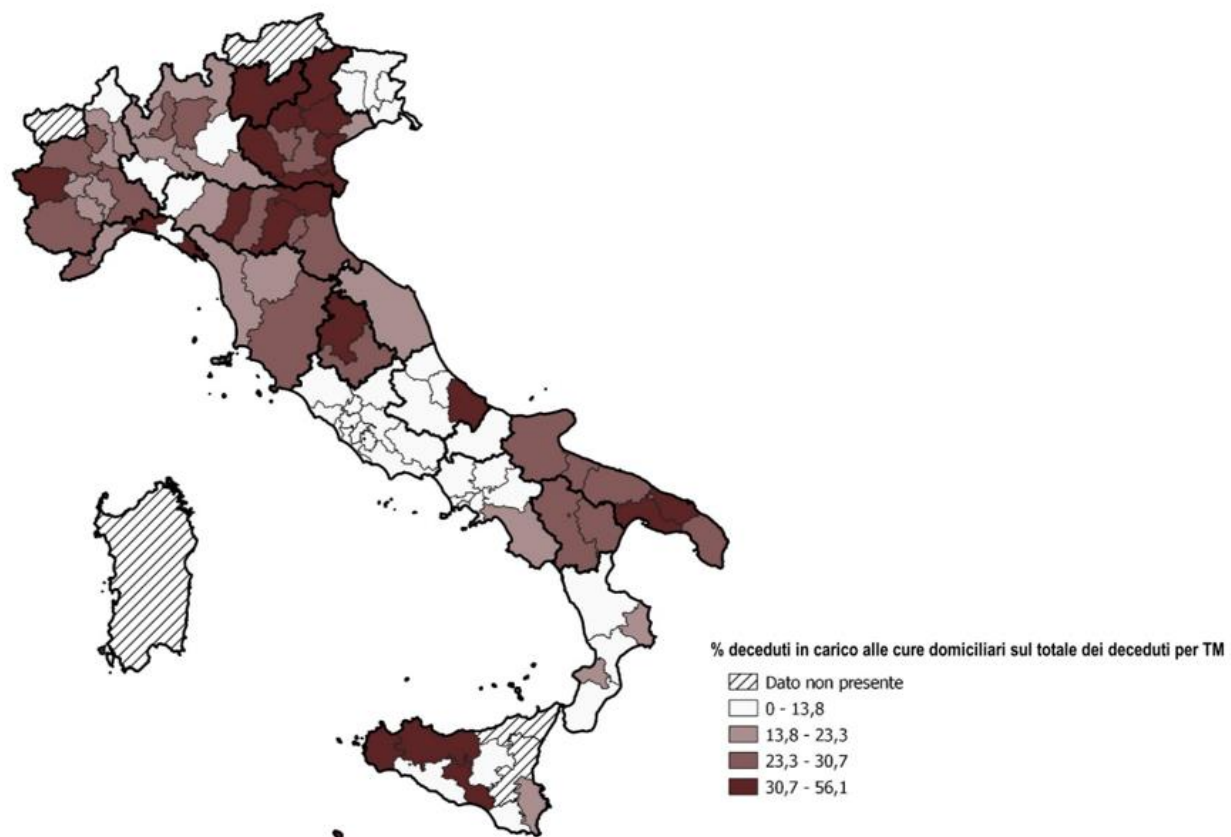
B. Dotazione di posti letto e tipologia di Hospice



• Mortalità in assistenza domiciliare

La rappresentazione geografica dei deceduti in carico alle cure domiciliari (cartogramma 3) fa emergere una maggiore uniformità territoriale, con livelli alti dell'indicatore diffusi tanto nel Nord quanto nel Sud del Paese. In questo caso, non sembra sussistere una caratterizzazione macro-territoriale del fenomeno, con una sostanziale uniformità tra aziende del Nord e aziende Sud, semmai gli elementi di discontinuità paiono connotare particolari contesti regionali. A riguardo, sia le ASL della Regione Lazio che quelle del Friuli-Venezia Giulia sono accomunate da livelli bassi di decessi in carico alle cure domiciliari. A tal riguardo è opportuno precisare che parte della variabilità regionale o interregionale può ricondursi tanto ai diversi modelli organizzativi che regolano l'assistenza domiciliare quanto alla completezza e qualità dei dati conferiti attraverso il flusso SIAD.

Cartogramma 3 – Deceduti in carico alle cure domiciliari (valori % - 2019)



Box 2 - Descrizione indicatori da Agenas

Attività ospedaliera	
% decessi in ospedale per TM	Rapporto percentuale tra il numero di decessi in ospedale per tumore maligno (diagnosi principale e diagnosi secondarie: 140.xx-208xx: SDO 2018-2019) e i cittadini residenti deceduti per tumore maligno (ISTAT 2018)
% decessi in area PS	Rapporto percentuale tra il numero di decessi per tumore maligno in area pronto soccorso (pazienti arrivati morti o deceduti in PS + pazienti deceduti entro 24h dal trasferimento in reparto, con diagnosi principale e secondarie 140.xx-208xx: EMUR e SDO 2018-2019) e i cittadini residenti deceduti per tumore maligno (ISTAT 2018).
% decessi a 7gg dalla dt dimissione	Rapporto percentuale tra il numero di decessi per tumore maligno (diagnosi principale e diagnosi secondarie: 140.xx-208xx: SDO 2018-2019) entro 7 giorni dalla data di dimissione (Anagrafica Tributaria 2018-2019) e cittadini residenti deceduti per tumore maligno (ISTAT 2018).
% decessi a 24h dalla dt dimissione	Rapporto percentuale tra il numero di decessi per tumore maligno (diagnosi principale e diagnosi secondarie: 140.xx-208xx: SDO 2018-2019) entro 24h dalla data di dimissione (Anagrafica Tributaria 2018-2019) e cittadini residenti deceduti per tumore maligno (ISTAT 2018).
Attività Hospice	
Tasso utilizzo	Rapporto tra il numero di giornate di assistenza e il numero di giornate teoriche di assistenza dato dal numero di posti letto moltiplicato per 365 (STS11 e STS24: 2018-2019).
Indice di rotazione	Rapporto tra il numero di utenti e numero di posti letto (STS11 e STS24: 2018-2019).
Degenza media	Rapporto tra il numero di giornate di assistenza e il numero di utenti (STS11 e STS24: 2018-2019).
Dotazione di posti letto rispetto allo standard [cartogramma]	Differenza tra il numero di posti letto disponibili e il numero di posti letto teorici calcolati sulla base di un posto letto ogni 56 deceduti per tumore maligno. Le classi dell'indicatore sono: Nello standard: • Per strutture con posti letto superiori a 30 --- differenza percentuale compresa tra +/-10% • Per strutture con posti letto inferiori a 30 --- differenza assoluta di posti letto compresa tra +/-5 posti letto Sopra standard: • Per strutture con posti letto superiori a 30 --- differenza percentuale superiore al 10% • Per strutture con posti letto inferiori a 30 --- differenza assoluta di posti letto superiore a 5 posti letto Sotto standard: • Per strutture con posti letto superiori a 30 --- differenza percentuale inferiore al -10% • Per strutture con posti letto inferiori a 30 --- differenza assoluta di posti letto inferiore a -5 posti letto
Attività Domiciliare	
% morti in carico alle cure domiciliari	Rapporto tra il numero di assistiti oncologici in stato di terminalità deceduto per tumore (SIAD 2018-2019) e cittadini residenti deceduti per tumore maligno (ISTAT 2018).

La Rilevazione nazionale su Attuazione e Programmi in materia di Rete cure palliative

Al fine di realizzare la rilevazione, il sottogruppo ristretto ha progettato due differenti questionari: uno da somministrare alle Regioni/PA per indagare lo stato di attuazione della Rete Regionale di cure palliative e la presenza di programmi futuri, uno da somministrare alle Aziende Territoriali per indagare lo stato di attuazione delle Reti Locali. Per supportare la compilazione dei questionari da parte delle Regioni/PA sono stati elaborati tre file di consultazione, specifici per Regione/PA da allegare agli stessi, riguardanti: l'elenco della normativa regionale di riferimento, il report di analisi degli indicatori e cartografie riferite all'attività ospedaliera, in hospice e domiciliare delle cure palliative per gli anni 2018-2019, l'elenco degli Hospice.

Contestualmente si è provveduto a richiedere alle Regioni/PA la conferma o modifica dei nominativi dei referenti per Le Reti di Cure Palliative forniti dal Ministero della Salute al fine di coinvolgerli in un incontro introduttivo-esplicativo dei questionari. L'incontro si è tenuto in modalità videoconferenza il 29 ottobre 2021 con la partecipazione delle Regioni Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano. A seguito dell'incontro i questionari sono stati con integrati con quanto emerso durante la discussione con le Regioni/PA. Prima dell'avvio ufficiale della Rilevazione, sono stati inviati a tutti i referenti delle Regioni/PA i questionari in versione word unitamente agli allegati da consultare.

La Rilevazione ha preso avvio ufficialmente il 15 novembre ed è terminata il 2 dicembre 2021, ed è stata condotta mediante l'utilizzo due differenti tipologie di questionari (ALLEGATO 3):

- Profilo Regione/PA da compilare a cura dei referenti di Regione /PA;
- Profilo Azienda Territoriale da compilare a cura dei referenti delle Aziende Territoriali e da validare a cura del Referente di Regione/PA di riferimento.

La Rilevazione ha previsto, infatti, un doppio ruolo per i referenti di Regione/PA sia di compilatore dei Questionari Profilo Regione/PA, sia di validatore dei Questionari delle Aziende Territoriali di competenza.

La Rilevazione ha affrontato i principali temi di carattere organizzativo/formale del livello regionale, definendo le specificità a livello di rete locale nei tre setting ospedaliero, residenziale (hospice) e dell'assistenza domiciliare. È stata inoltre prevista una sezione descrittiva inerente piani e programmi regionali in materia per il prossimo triennio.

I questionari sono stati resi disponibili accedendo al punto unico di accesso ai servizi AGENAS <http://servizi.agenas.it/> da parte dei referenti delle Regioni/PA e Aziende Territoriali.

Agenas ha provveduto ad abilitare alla piattaforma online, previa registrazione, sia i compilatori regionali, sia quelli aziendali e ha fornito supporto telefonico e via mail e affiancamento costante agli stessi.

Inoltre, per facilitare la compilazione dei questionari è stata predisposta ed inviata una guida all'accesso e alla compilazione ed è stato organizzato un incontro in videoconferenza il 17 novembre 2021 rivolto sia ai referenti regionali, che aziendali, nel quale è stata mostrata la modalità di compilazione on-line dei questionari, la modalità di validazione dei questionari aziendali e sono stati chiariti dubbi sui contenuti di alcune domande.

I risultati delle elaborazioni dei questionari sono stati condivisi dapprima nell'ambito del GdL Agenas- MdS e successivamente inviati ai referenti di Regione/PA per accogliere eventuali ulteriori modifiche rispetto a quanto risposto nel processo di compilazione online. Inoltre, l'elenco della normativa regionale di riferimento e l'elenco degli Hospice sono stati integrati con quanto rilevato dalle Regioni/PA.

3. Risultati della rilevazione

È stata ottenuta la rispondenza di tutte e 21 le Regioni e PA e di tutte e 99 le aziende territoriali, con una completezza quindi del 100%.

Risultati– Profilo Regioni/PA

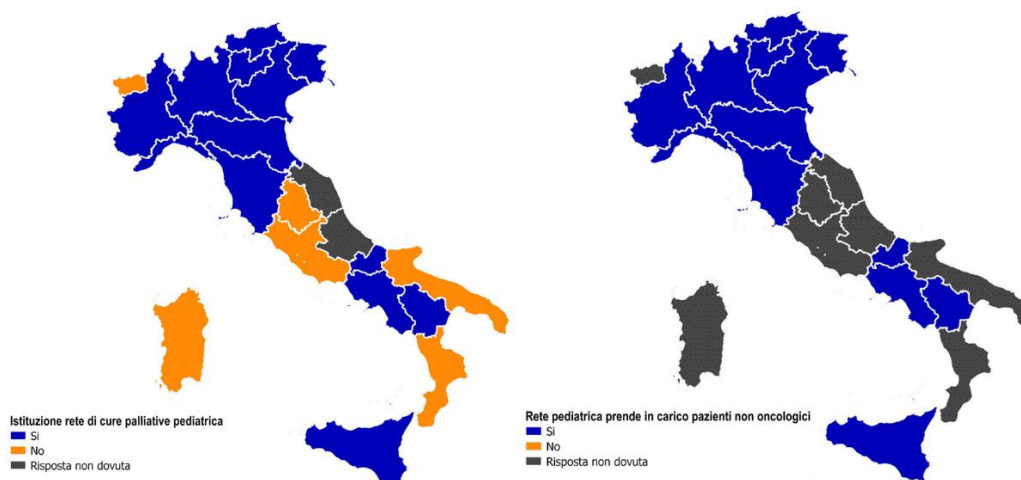
1. Sezione Adempimenti Normativi

A: Cartografia 4



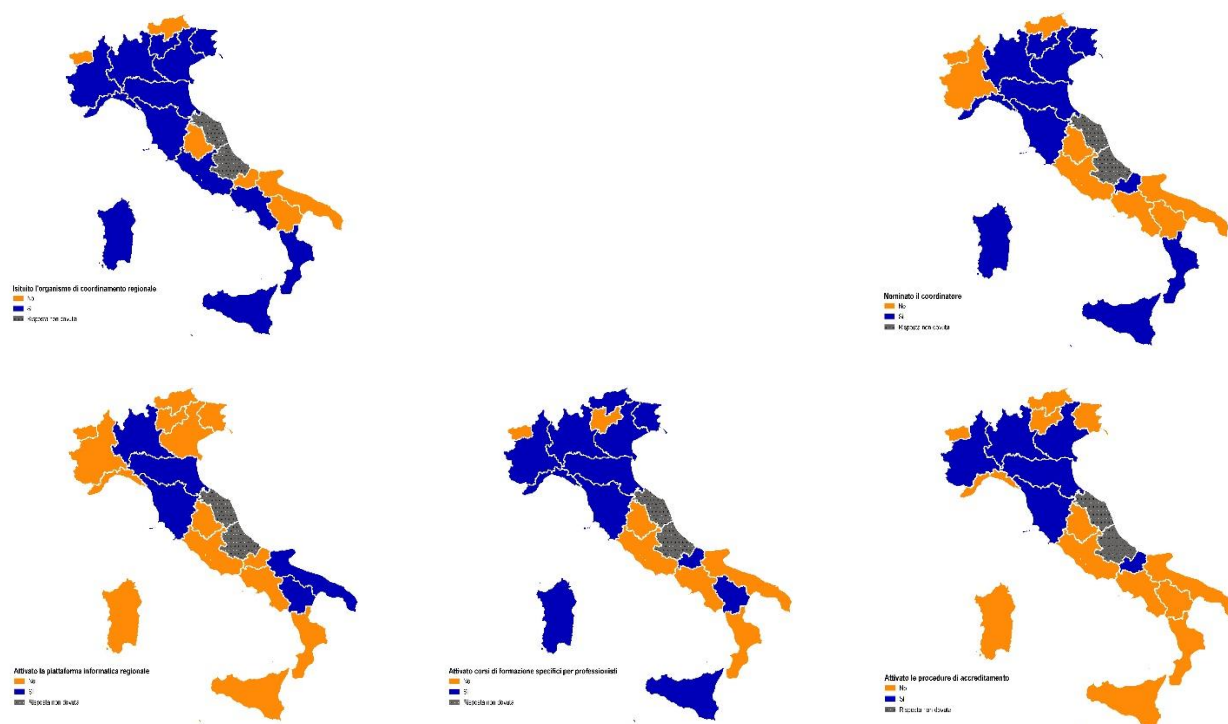
La Cartografia 4 mostra, a sinistra, come 19 Regioni/PA hanno attivato la Rete Regionale di Cure Palliative con atto formale (eccetto Abruzzo e Marche); a destra indica come la Rete in tutte le Regioni/PA in cui è stata attivata, prende in carico anche pazienti non oncologici.

B: Cartografia 5



La cartografia 5 mostra che delle 13 Regioni che hanno formalizzato la Rete di Cure Palliative Pediatriche (a sinistra), tutte prendono in carico anche pazienti non oncologici (a destra).

C: Cartografia 6



La cartografia 6 mostra che delle 19 Regioni/PA che hanno istituito formalmente la rete di cure palliative (adulto), 13 hanno istituito l'organismo di coordinamento regionale, 11 hanno nominato il coordinatore regionale, 5 hanno attivato una piattaforma informatica regionale dedicata, 12 hanno attivato corsi di formazione specifica per professionisti e 6 hanno attivato procedure specifiche di accreditamento ai sensi dell'Accordo del 27 luglio 2020.

2. Sessione sulla rispondenza e aderenza alle analisi ed indicatori forniti da Agenas per Regione/PA

D: Cartografia 7



La Cartografia 7 mostra che le 12 Regioni /PA hanno asserito che gli indicatori forniti da Agenas nell'apposito allegato, sono adeguati a descrivere la risposta al bisogno di CP, 9 hanno risposto di no; nella apposita sezione 4, di seguito riportata, alcune Regioni hanno inserito suggerimenti in merito (v. box)

3. Sezione piani e programmi per il triennio 2022 – 2024

E: Cartografia 8



La Cartografia 8 mostra che in merito alla presenza di programmi per il triennio 2022–2024, 10 Regioni/PA hanno una pianificazione prospettica, 11 no.

Risultati – Profilo Aziende Territoriali

Il 90% delle aziende ha attivato la rete locale delle cure palliative; di esse, il 69% ha attivato la Carta dei servizi via web e il 79% i percorsi di cure dedicate.

Nel setting ospedaliero, si rileva che 34 ASL risultano prive di equipe delle CP, mentre il 42,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e il 19% più di 3.

Nel setting delle cure domiciliari, solo 2 aziende non hanno attivato equipe mentre il 51,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e il 46% più di 3. Nelle UCP i professionisti sono completamente dedicati nel 57% delle aziende, mentre non sono esclusivamente dedicati nel 43%.

Per quanto concerne il coinvolgimento del MMG, nel 94% è informato della presa in carico del paziente, nel 74% è anche coinvolto attivamente nel percorso di cura.

Sono stati censiti e riportati su cartogrammi 307 hospice di cui 7 pediatrici (ALLEGATO 4).

Sono stati censite le strutture ospedaliere con presenza di equipe (ALLEGATO 5) e gli erogatori di cure domiciliari (ALLEGATO 6).

Tab. 3 Attivazione della Rete Locale di cure Palliative	N	%
Si	89	89,90
No	10	10,10
Totale	99	100,00

Tab. 4 Attivazione della Carta dei Servizi via web	N	%
Si	61	68,54
No	28	31,46
Totale	89	100

Tab. 5 Percorsi di cura dedicati alle cure palliative	N	%
Si	70	78,65
No	19	21,35
Totale	89	100

Tab. 6 Numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di cure palliative	N	%
nessuna	34	38,20
1	14	15,73
2	10	11,24
3	14	15,73
maggiori di 3	17	19,10
Totale	89	100

Tab. 7 Numero d'equipe di cure palliative	N	%
---	---	---

domiciliari attive		
nessuna	2	2,25
1	18	20,22
2	15	16,85
3	13	14,61
maggiori di 3	41	46,07
Totale	89	100

Tab. 8 Numero d'equipe di cure palliative domiciliari attive			N	%
nessuna			2	2,25
1			18	20,22
2			15	16,85
3			13	14,61
maggiori di 3			41	46,07
Totale			89	100

Tab. 9 Professionisti UCP domiciliare dedicati esclusivamente ai servizi di cure palliative			N	%
Si			50	57,47
No			37	42,53
Totale			87	100
Valori mancanti			2	

Tab. 10 Assistenza Domiciliare Integrata			N	%
Si			35	72,92
No			13	27,08
Totale			48	100
Valori mancanti			50	

Tab. 11 Ruolo MMG		Si		No		Totale	
		N	%	N	%	n	%
Filtro		66	74,16	23	25,84	89	100,00
Informato del piano di assistenza individuale		84	94,38	5	5,62	89	100,00
Partecipa attivamente alla presa in carico		66	74,16	23	25,84	89	100,00
Nessuno dei precedenti		5	5,62	84	94,38	89	100,00

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



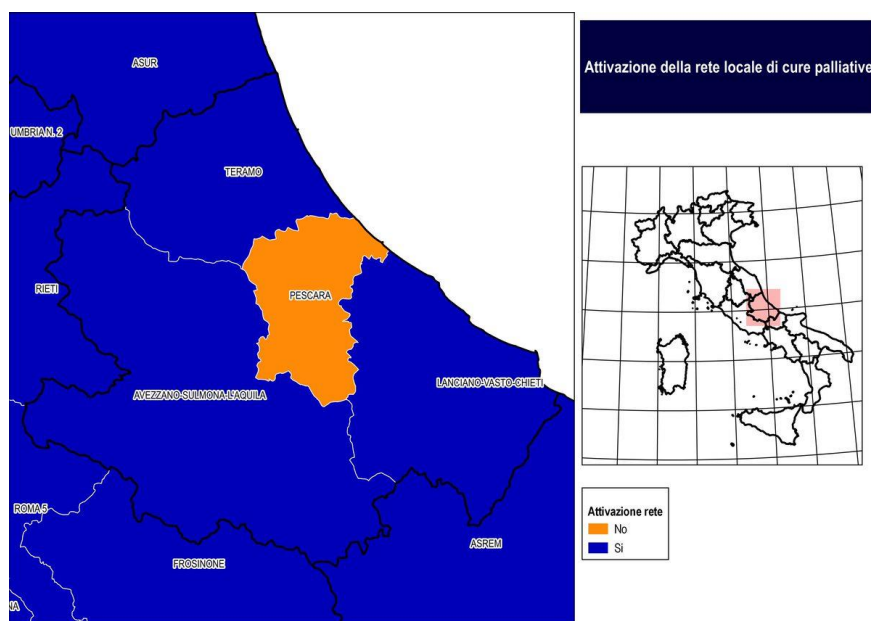
ABRUZZO

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

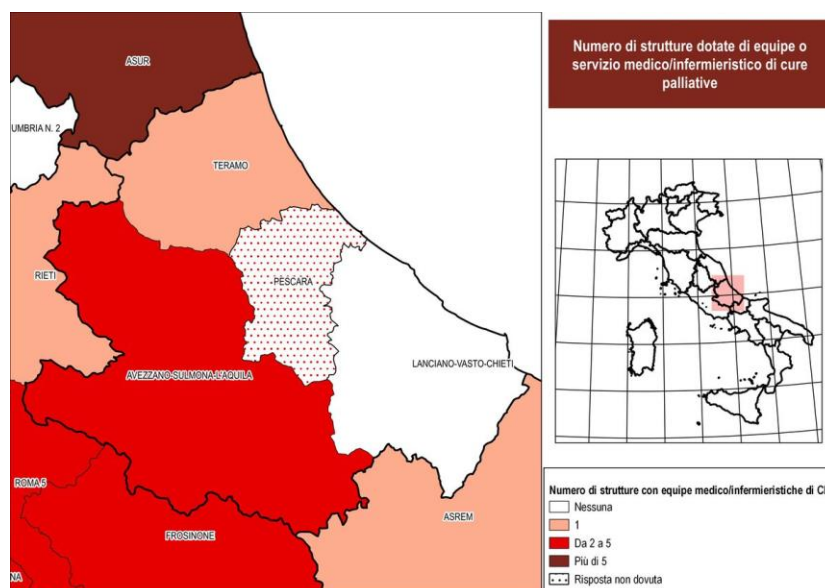
Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	Si	Si	Si	Si	Si
LANCIANO-VASTO-CHIETI	Si	Si	Si	Si	Si
PESCARA	No	NA	NA	NA	NA
TERAMO	Si	Si	Si	Si	Si

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative



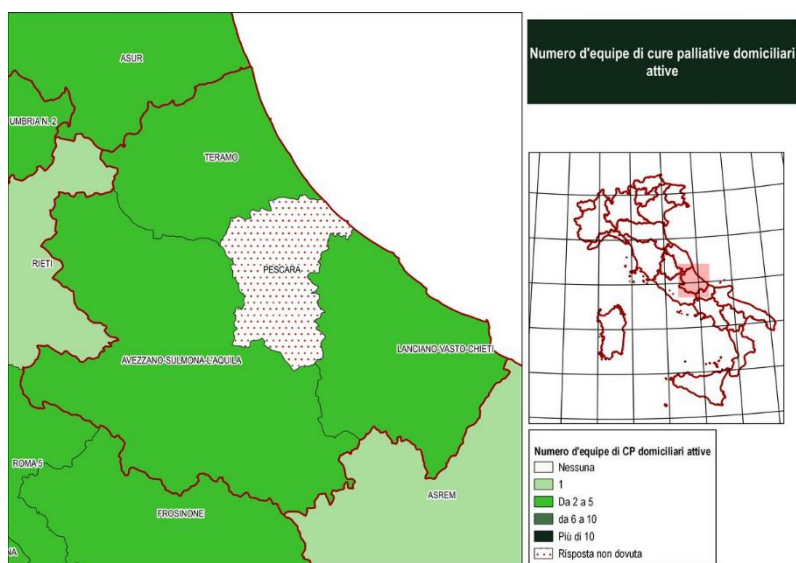
In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OSS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No
LANCIANO-VASTO-CHIETI	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No
PESCARA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TERAMO	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	No

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, l'Abruzzo mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	Si	Si	No	No
LANCIANO-VASTO-CHIETI	Si	Si	No	No
PESCARA	NA	NA	NA	NA
TERAMO	Si	Si	Si	No

Legenda: NA. Not applicable

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

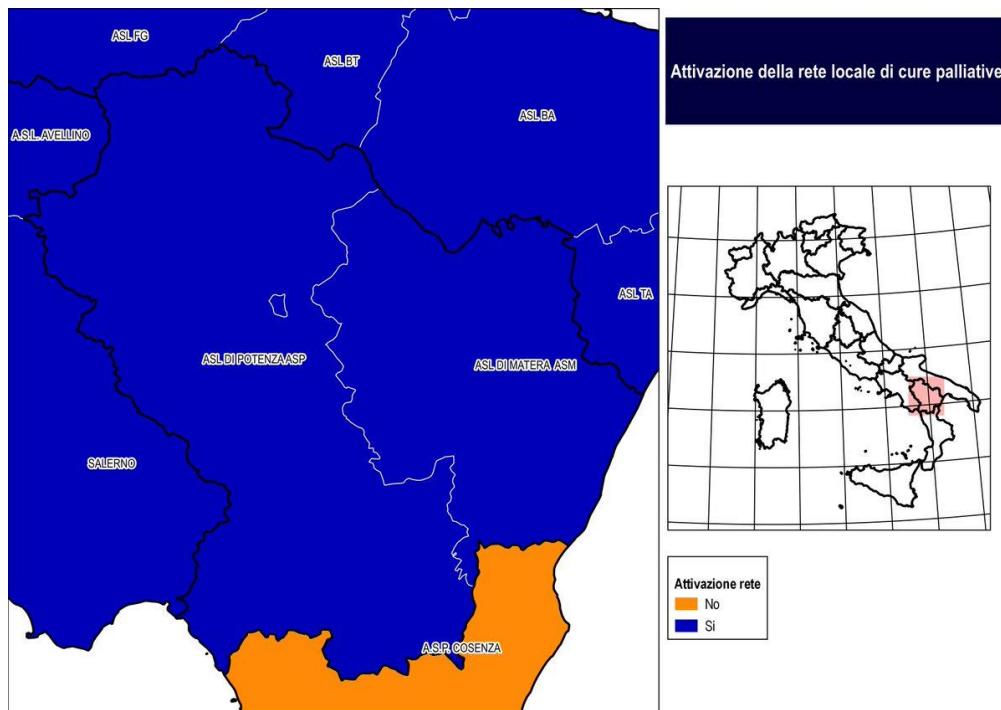


BASILICATA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA ASP	Si	No	Si	No	No
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ASM	Si	No	No	No	No

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

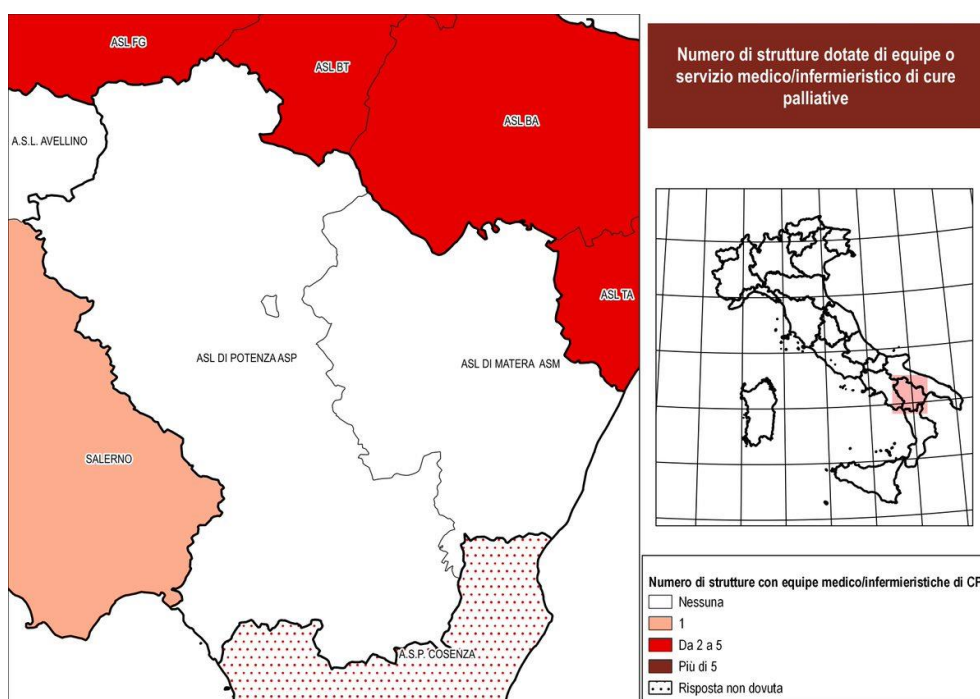
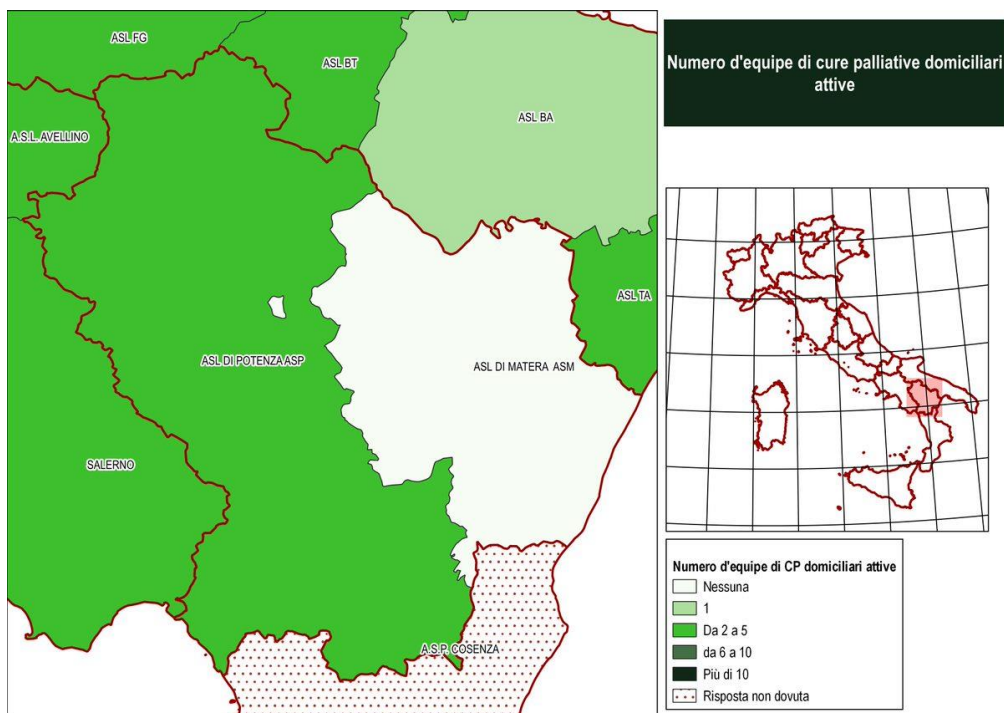


Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	M M G	Fisioterapista	Ass. sociale	O SS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA ASP	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ASM	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 2: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Basilicata mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA ASP	Si	Si	Si	No
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ASM	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



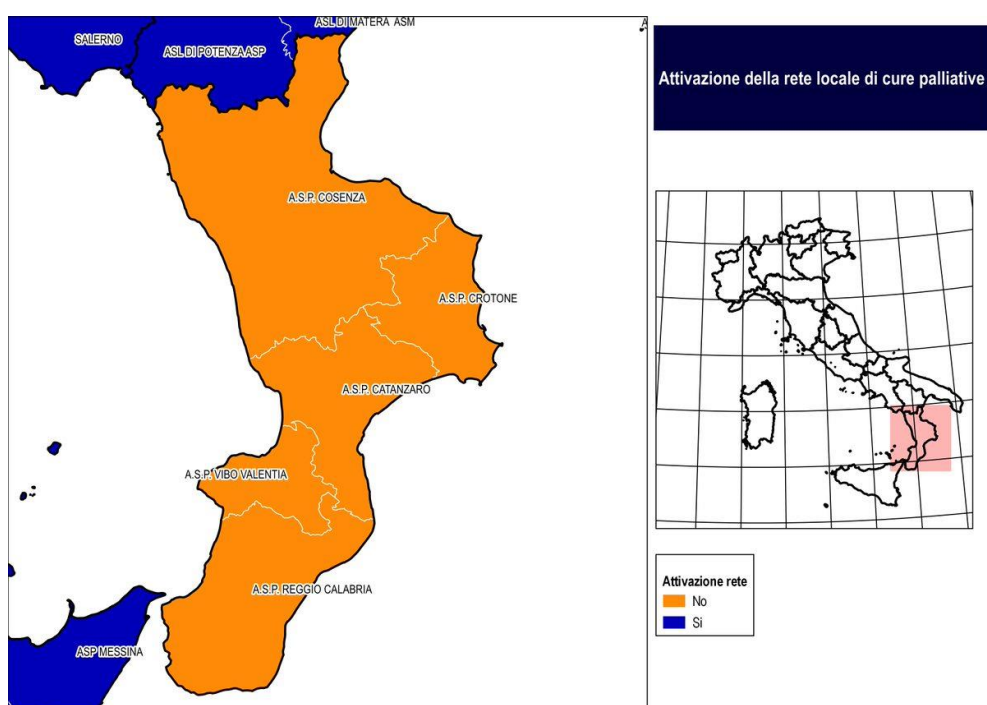
CALABRIA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
A.S.P. COSENZA	No	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CROTONE	No	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CATANZARO	No	NA	NA	NA	NA
A.S.P. VIBO VALENTIA	No	NA	NA	NA	NA
A.S.P. REGGIO CALABRIA	No	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

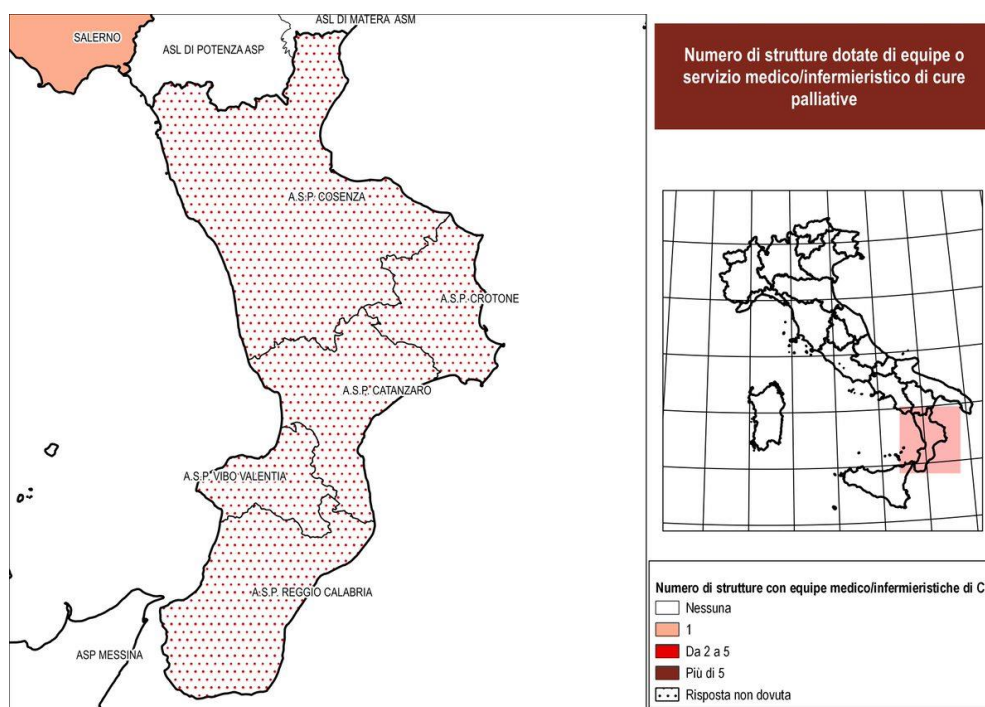


Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
A.S.P. COSENZA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CROTONE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CATANZARO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. VIBO VALENTIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. REGGIO CALABRIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive

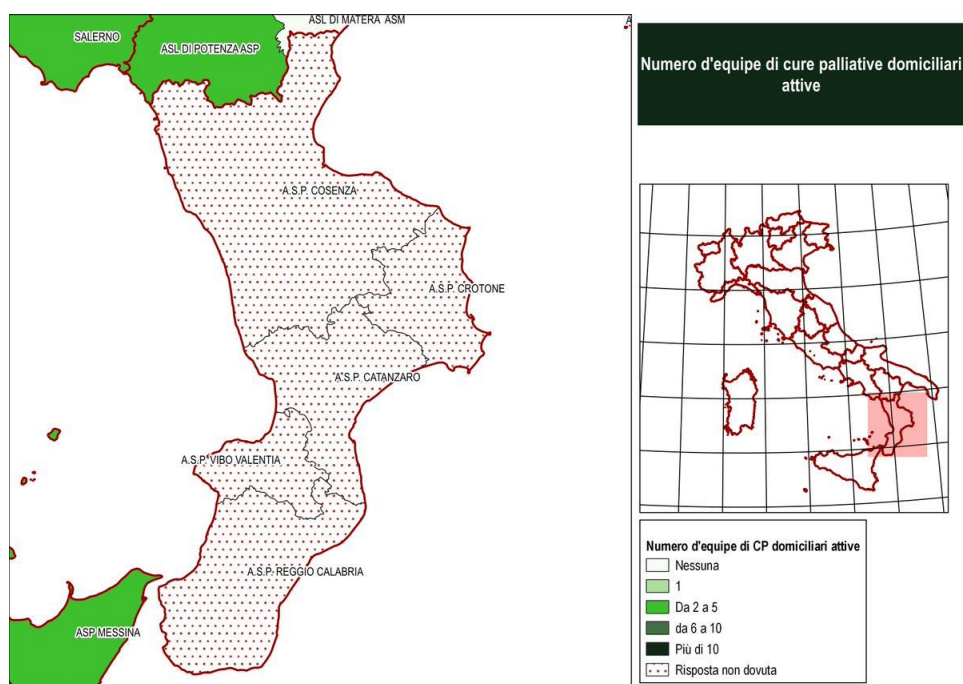


Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
A.S.P. COSENZA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CROTONE	NA	NA	NA	NA
A.S.P. CATANZARO	NA	NA	NA	NA
A.S.P. VIBO VALENTIA	NA	NA	NA	NA
A.S.P. REGGIO CALABRIA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



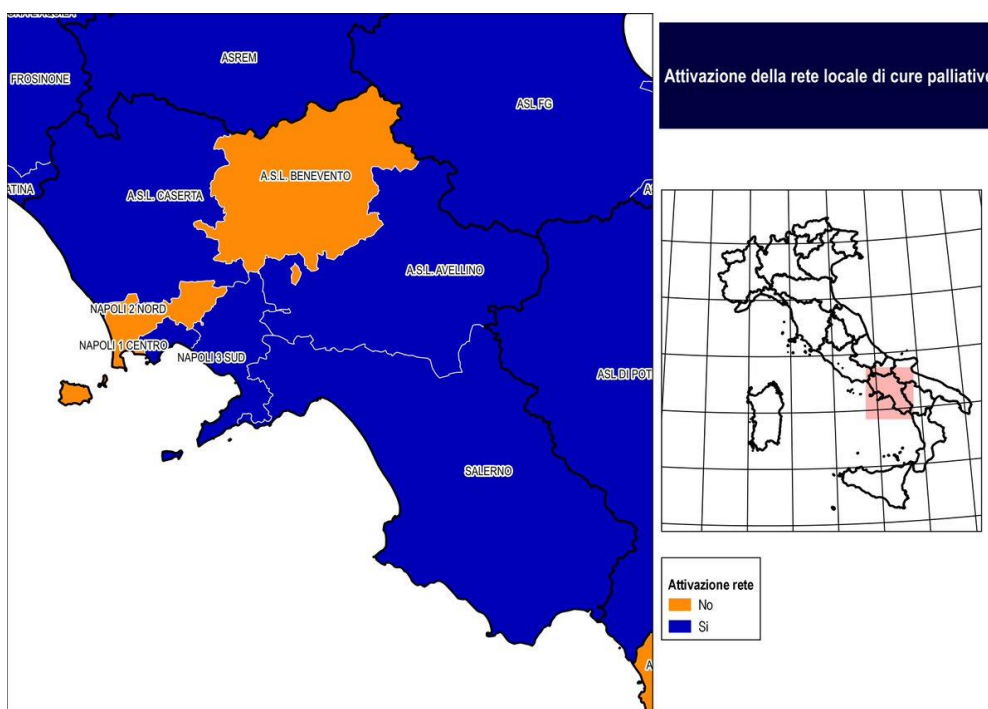
CAMPANIA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

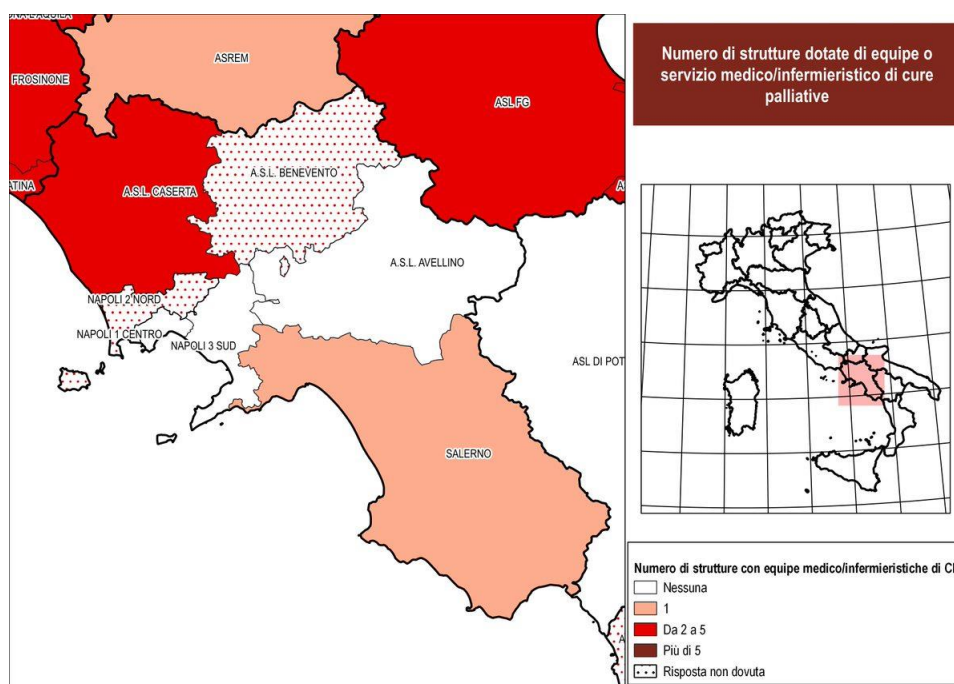
Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
A.S.L. AVELLINO	Si	No	No	No	Si
A.S.L. BENEVENTO	No	NA	NA	NA	NA
A.S.L. CASERTA	Si	Si	No	No	Si
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	Si	Si	Si	Si	Si
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	No	NA	NA	NA	NA
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	Si	Si	Si	Si	Si
A.S.L. SALERNO	Si	Si	Si	Si	No

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative



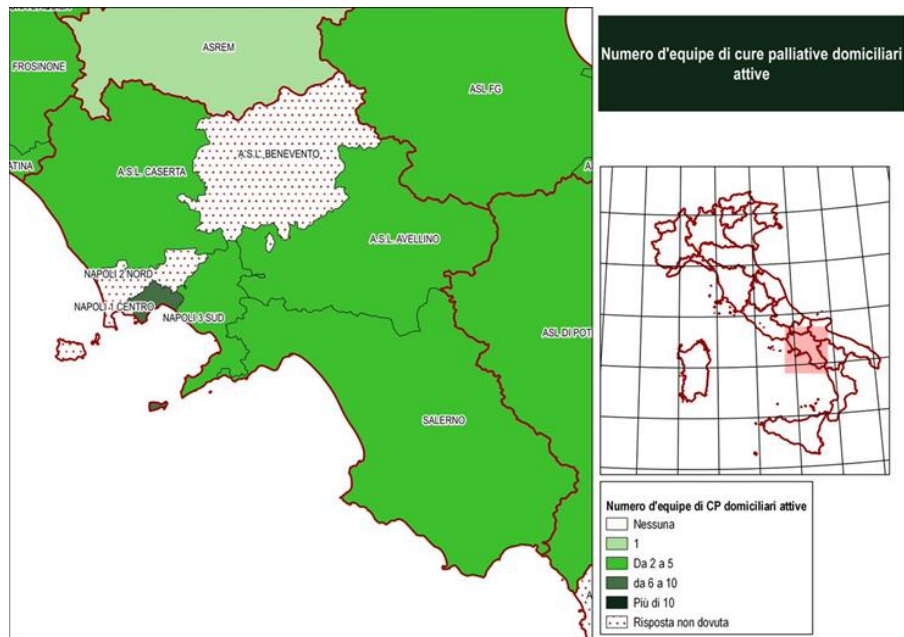
In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione mista (25% pubblico e 75% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
A.S.L. AVELLINO	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
A.S.L. BENEVENTO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.L. CASERTA	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	No
A.S.L. SALERNO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Campania mostra una organizzazione mista (62% pubblico e 38% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
A.S.L. AVELLINO	Si	Si	Si	No
A.S.L. BENEVENTO	NA	NA	NA	NA
A.S.L. CASERTA	Si	Si	Si	No
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	Si	Si	Si	No
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	NA	NA	NA	NA
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	Si	Si	Si	No
A.S.L. SALERNO	Si	Si	Si	No

Legenda: NA. Not applicable

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

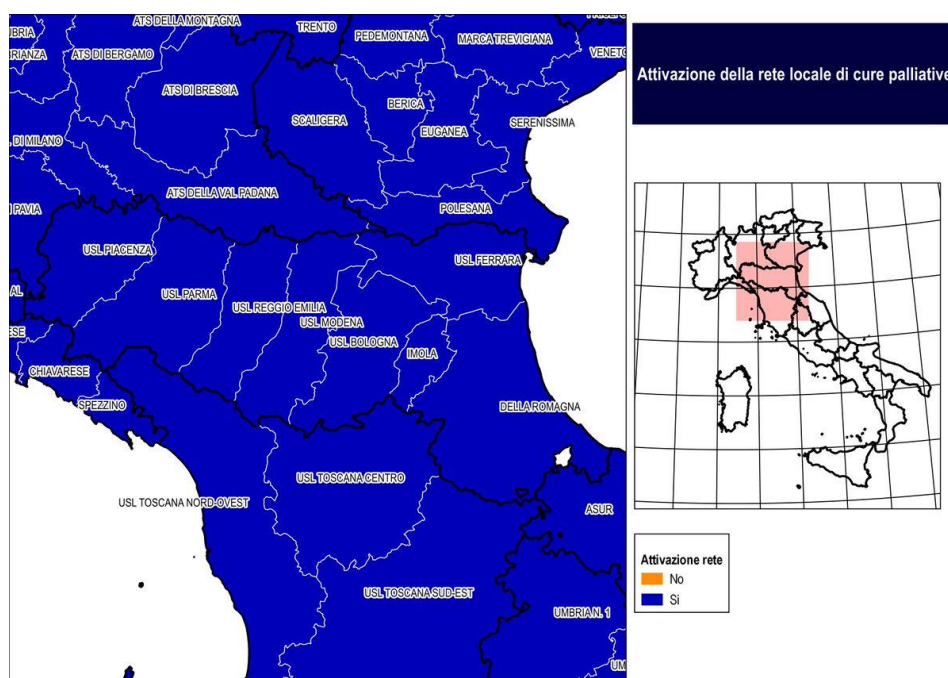


EMILIA ROMAGNA

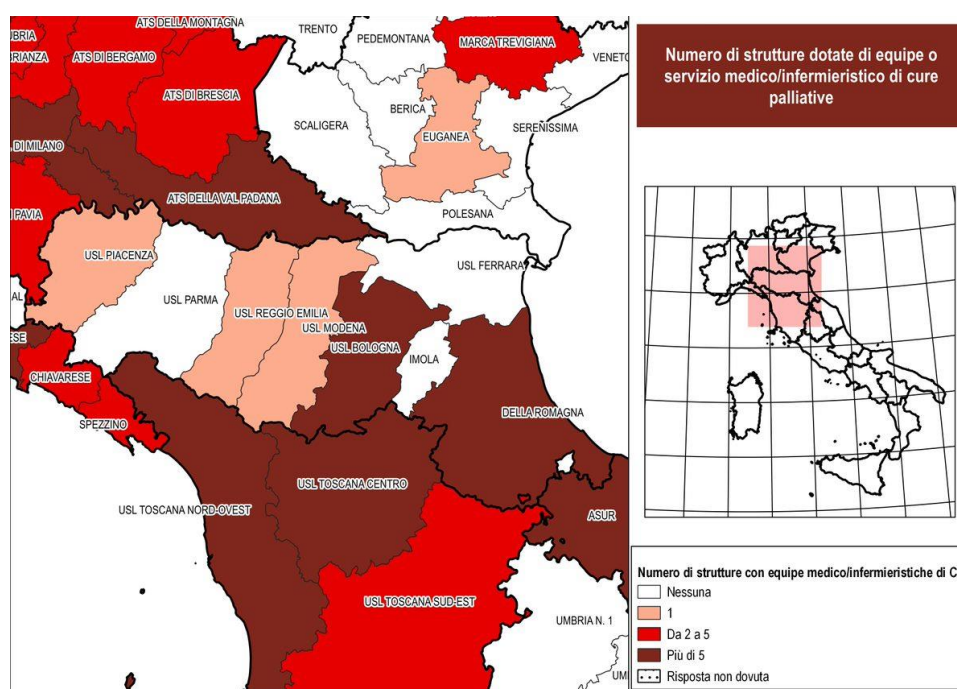
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA USL PIACENZA	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA USL PARMA	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA USL REGGIO EMILIA	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA USL MODENA	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA USL BOLOGNA	Si	Si	No	Si	Si
AZIENDA USL IMOLA	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA USL FERRARA	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative



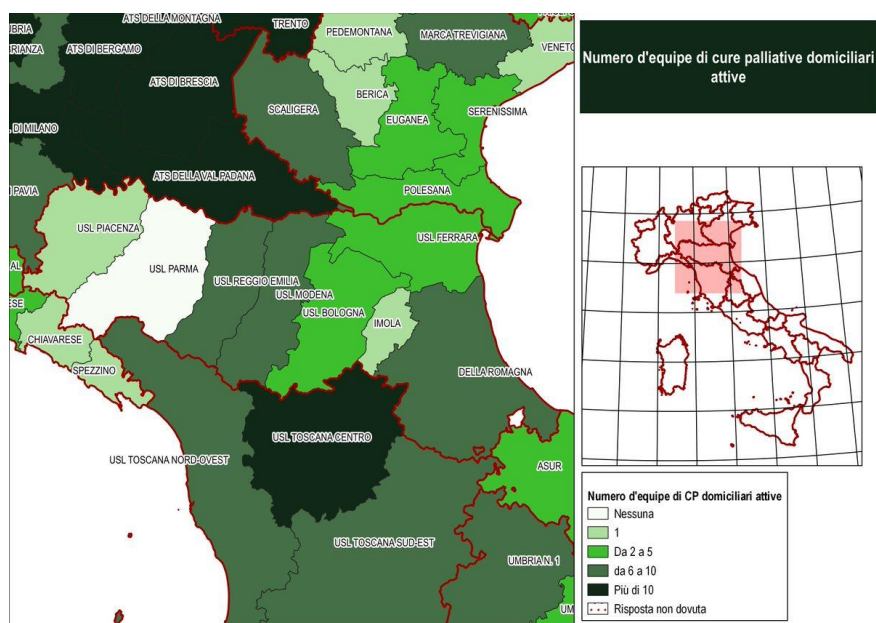
In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione mista (88% pubblico e 12% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA USL PIACENZA	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si
AZIENDA USL PARMA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
AZIENDA USL REGGIO EMILIA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA USL MODENA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si
AZIENDA USL BOLOGNA	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No
AZIENDA USL IMOLA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si
AZIENDA USL FERRARA	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	Si

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Emilia Romagna mostra una organizzazione mista (66% pubblico e 34% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA USL PIACENZA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL PARMA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL REGGIO EMILIA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL MODENA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL BOLOGNA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL IMOLA	No	Si	Si	No
AZIENDA USL FERRARA	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	No	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

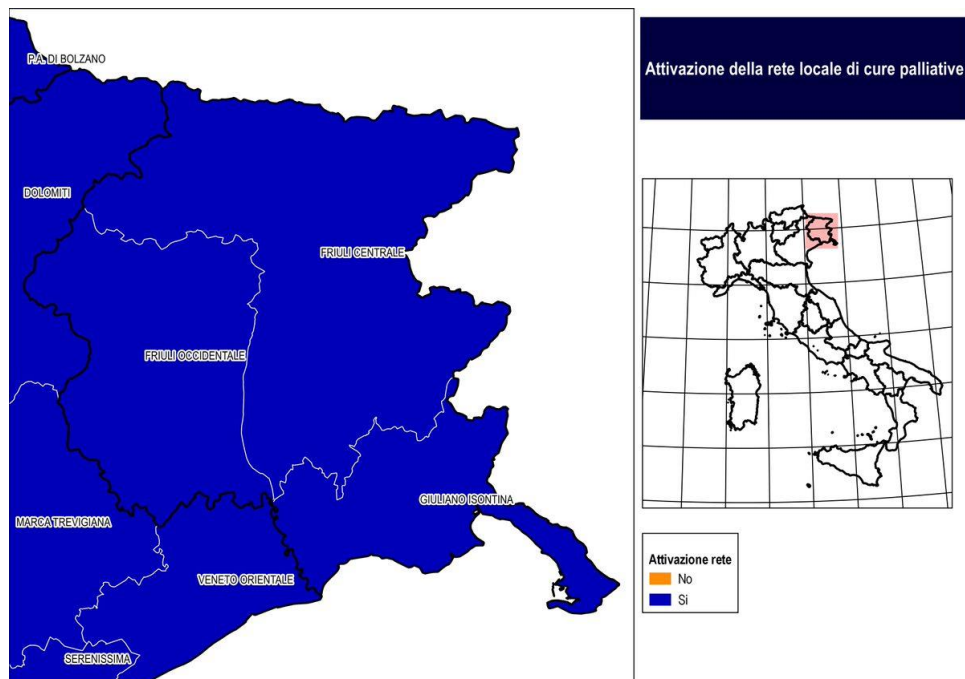


FRIULI VENEZIA GIULIA

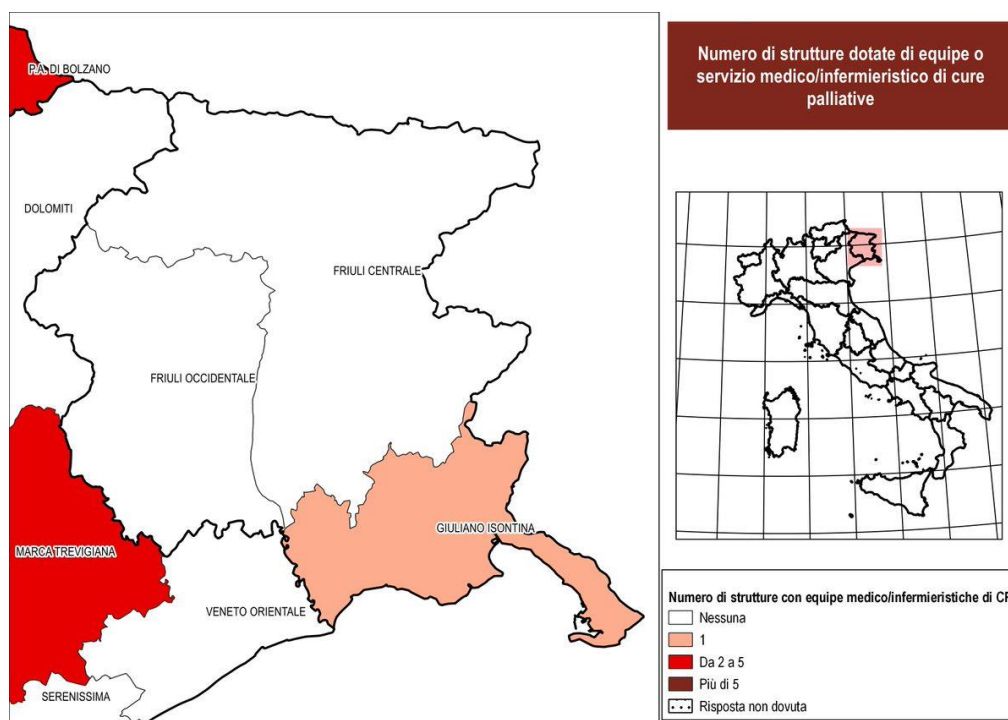
Tabella1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AS FRIULI OCCIDENTALE	Si	No	Si	Si	Si
ASU FRIULI CENTRALE	Si	No	No	Si	Si
ASU GIULIANO ISONTINA	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

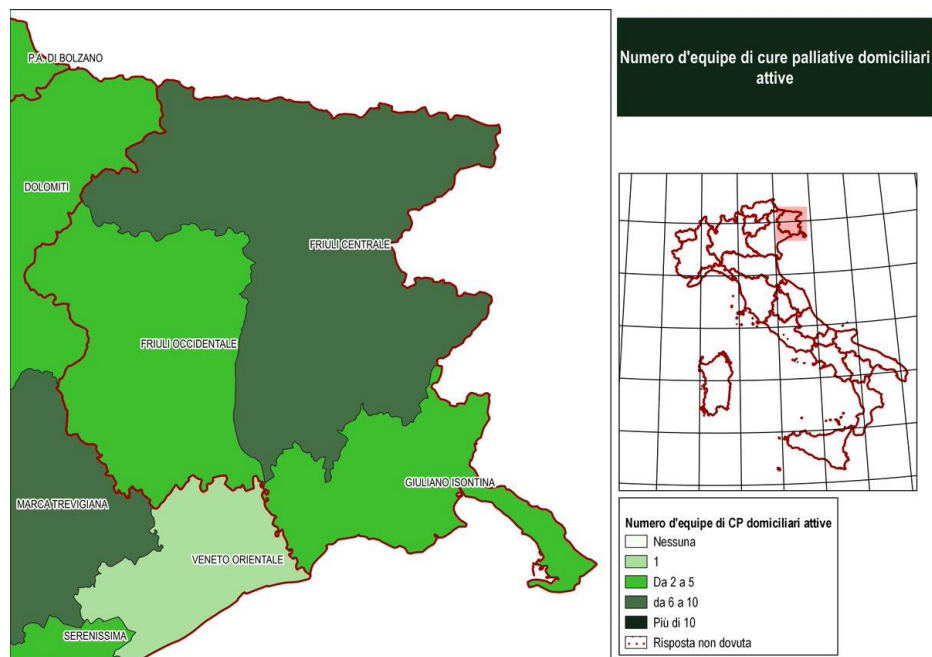


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione mista (5 strutture pubbliche e 2 private accreditate).

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AS FRIULI OCCIDENTALE	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
ASU FRIULI CENTRALE	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
ASU GIULIANO ISONTINA	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il FVG mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AS FRIULI OCCIDENTALE	Si	Si	Si	No
ASU FRIULI CENTRALE	Si	Si	Si	No
ASU GIULIANO ISONTINA	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

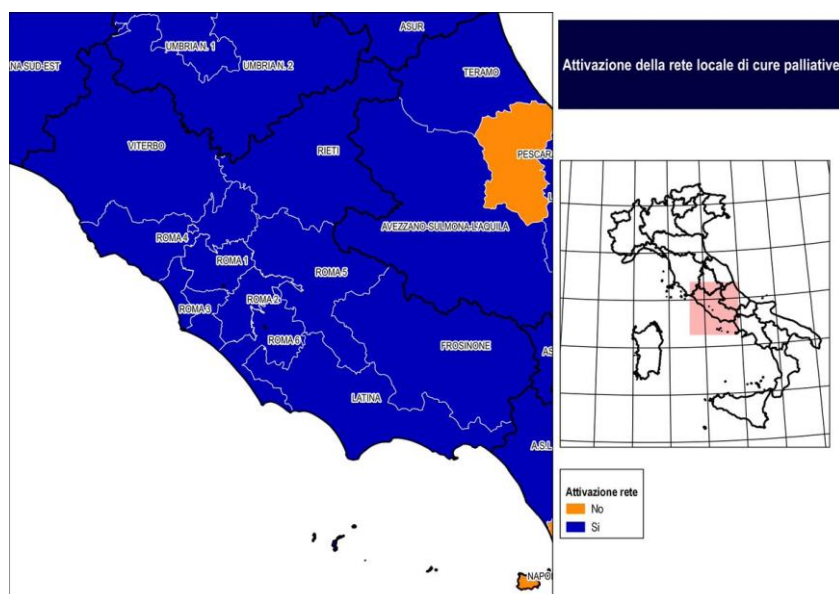


LAZIO

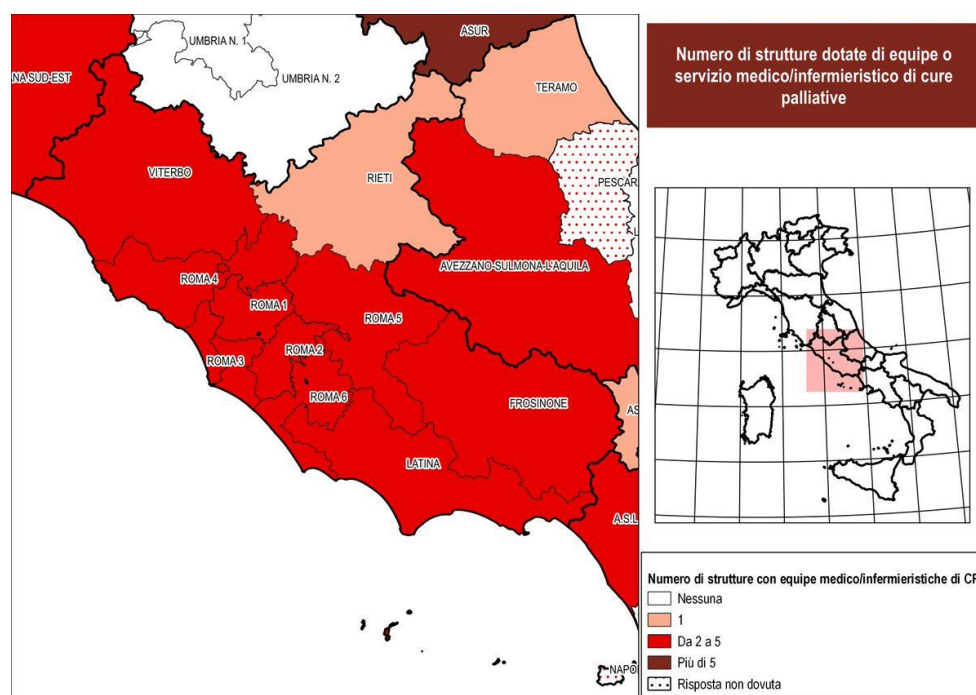
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ROMA 4	Si	No	Si	No	No
ROMA 5	Si	No	No	No	Si
ROMA 6	Si	No	No	No	Si
VITERBO	Si	No	No	No	Si
RIETI	Si	Si	Si	No	No
LATINA	Si	Si	Si	Si	Si
FROSINONE	Si	No	No	No	Si
ROMA 1	Si	No	Si	No	No
ROMA 2	Si	Si	No	Si	No
ROMA 3	Si	Si	No	No	No

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative



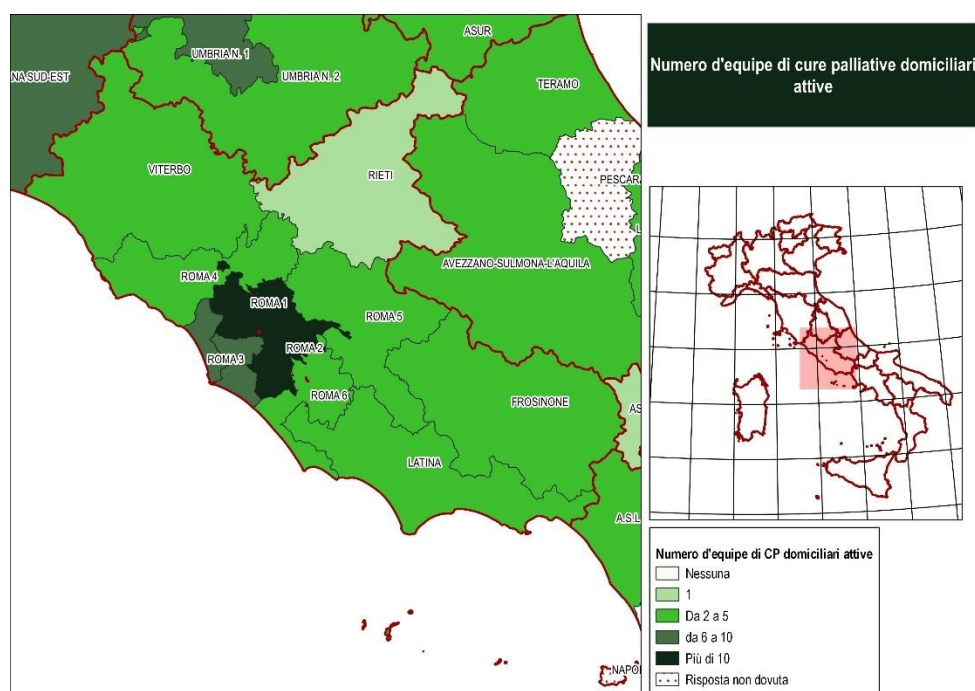
In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione mista (40% pubblico e 60% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione e Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ROMA 4	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No
ROMA 5	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No
ROMA 6	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No
VITERBO	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No
RIETI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No
LATINA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No
FROSINONE	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
ROMA 1	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No
ROMA 2	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No
ROMA 3	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il Lazio mostra una organizzazione mista (10% pubblico e 90% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ROMA 4	Si	Si	No	No
ROMA 5	No	No	No	Si
ROMA 6	Si	Si	Si	No
VITERBO	Si	Si	Si	Si
RIETI	No	Si	No	No
LATINA	Si	Si	Si	No
FROSINONE	No	Si	Si	No
ROMA 1	Si	No	No	No
ROMA 2	No	No	No	Si
ROMA 3	No	Si	No	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

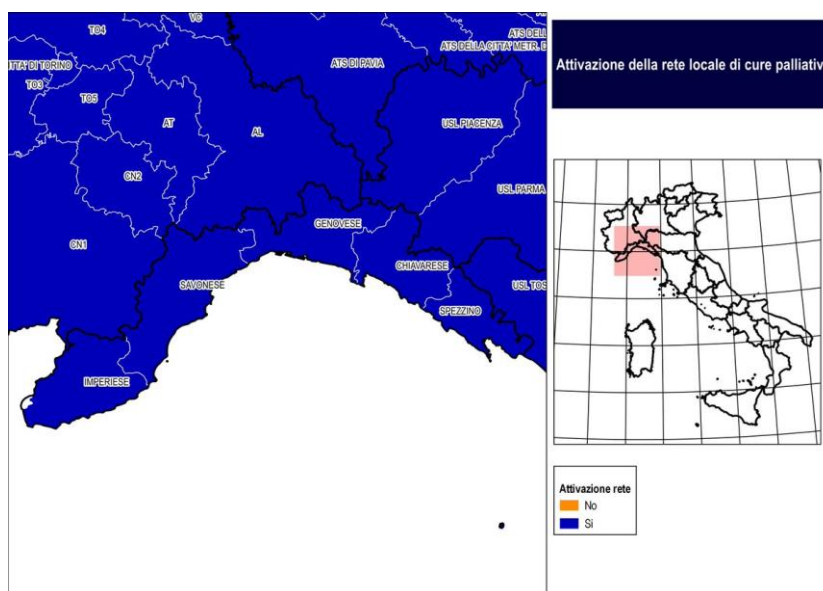


LIGURIA

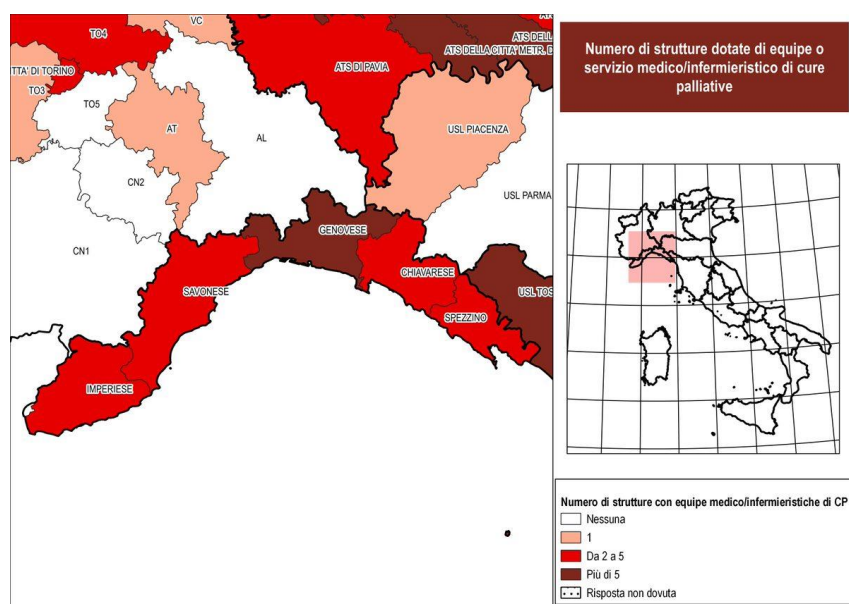
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
IMPERIESE	Si	Si	Si	Si	No
SAVONESE	Si	Si	Si	Si	Si
GENOVESE	Si	Si	Si	Si	Si
CHIAVARESE	Si	Si	No	Si	Si
SPEZZINO	Si	Si	Si	No	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

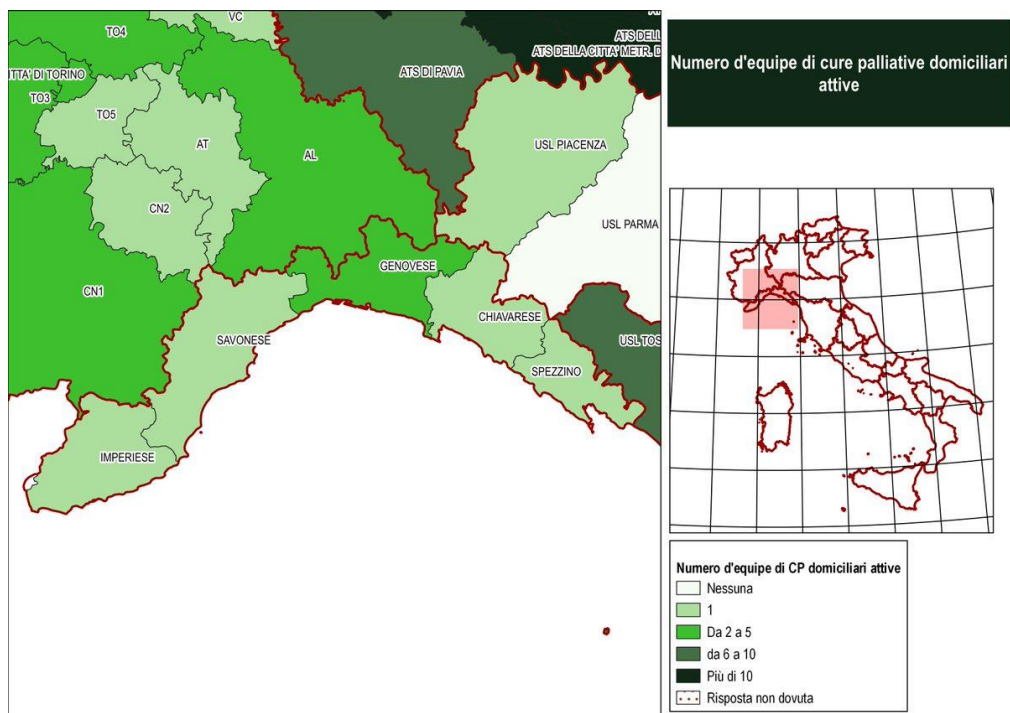


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione mista (92% pubblico e 8% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
IMPERIESE	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
SAVONESE	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No
GENOVES E	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	Si
CHIAVARE SE	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No
SPEZZINO	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Liguria mostra una organizzazione mista (83% pubblico e 17% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
IMPERIESE	No	Si	No	No
SAVONESE	No	Si	No	No
GENOVESE	Si	Si	Si	No
CHIAVARESE	No	Si	No	No
SPEZZINO	Si	Si	No	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

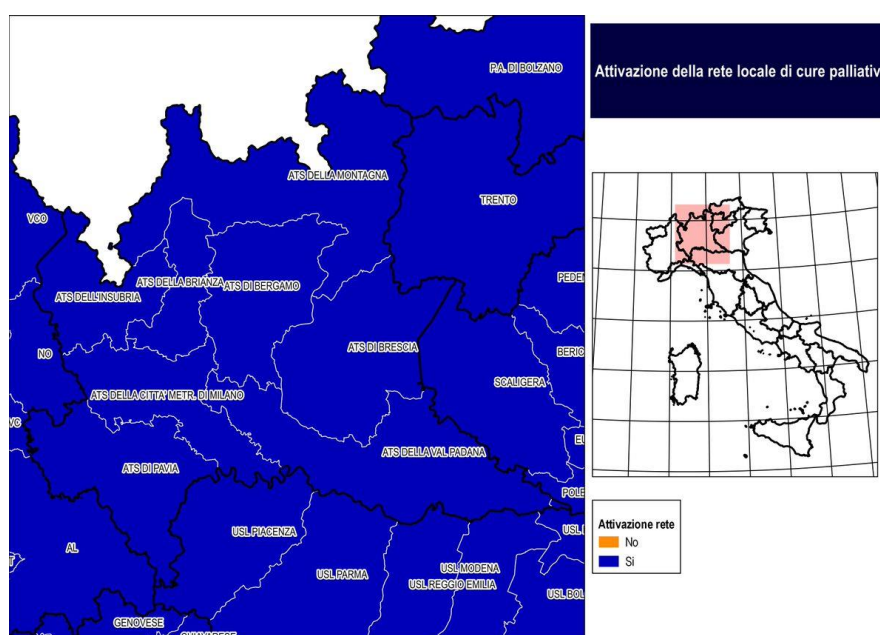


LOMBARDIA

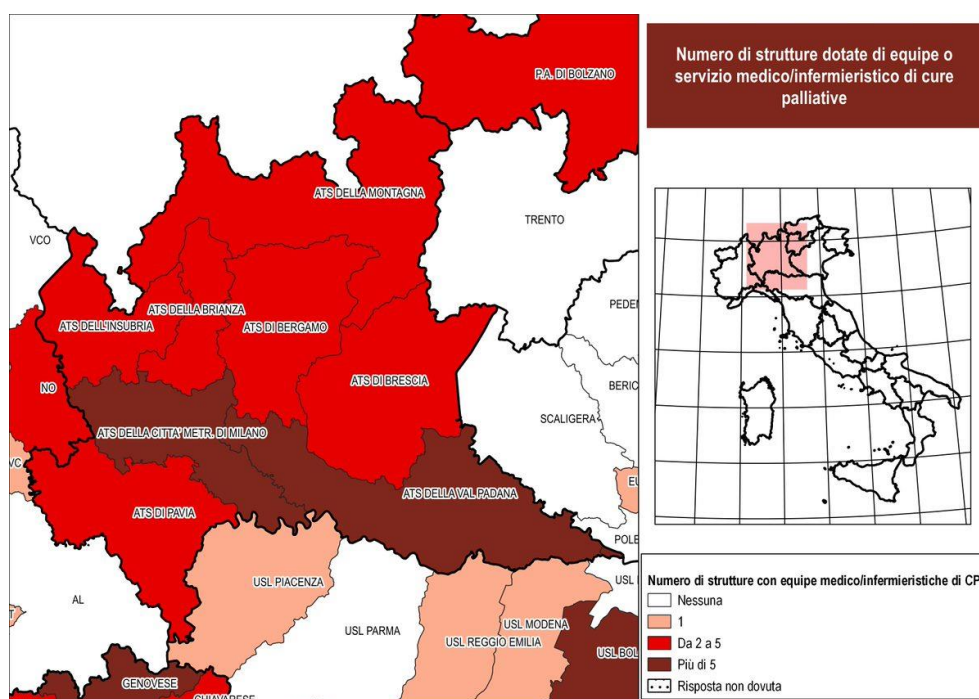
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DELL'INSUBRIA	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DELLA MONTAGNA	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DELLA BRIANZA	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DI BERGAMO	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DI BRESCIA	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DELLA VAL PADANA	Si	Si	Si	Si	Si
ATS DI PAVIA	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

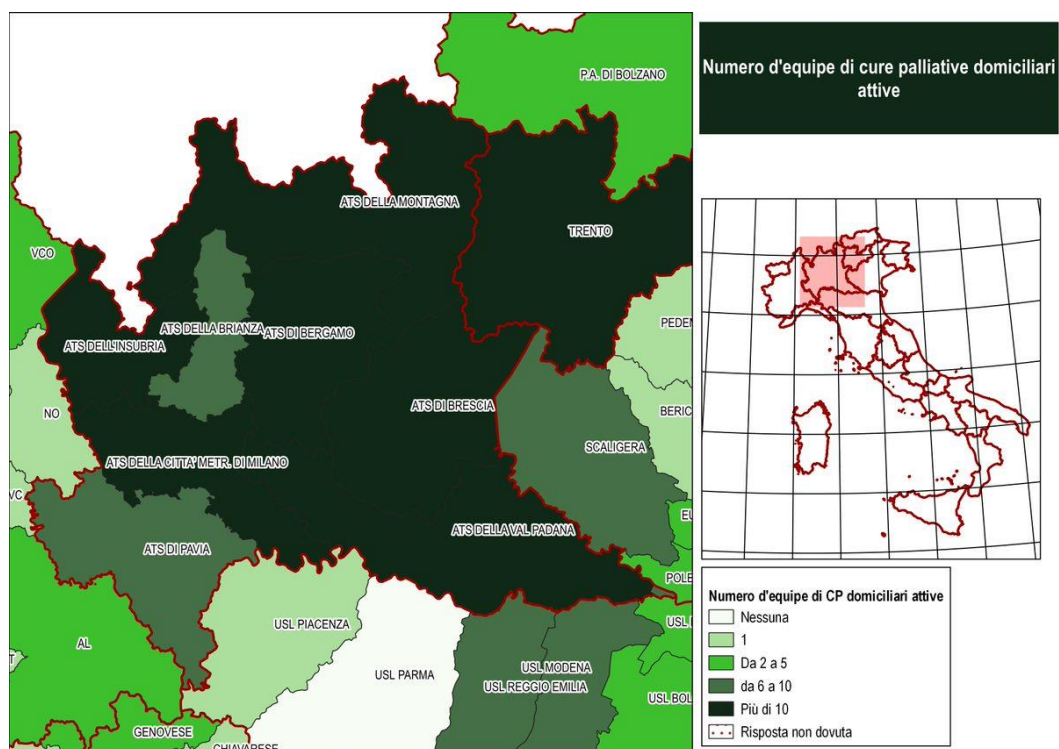


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzativa mista (67% pubblico e 33% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	M M G	Fisioterapista	Ass. sociale	O SS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	Si	No
ATS DELL'INSUBRIA	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No
ATS DELLA MONTAGNA	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	No	No	No
ATS DELLA BRIANZA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si
ATS DI BERGAMO	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No
ATS DI BRESCIA	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No
ATS DELLA VAL PADANA	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
ATS DI PAVIA	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Lombardia mostra una organizzazione mista (18% pubblico e 82% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	No	Si	No	No
ATS DELL'INSUBRIA	No	Si	No	No
ATS DELLA MONTAGNA	No	Si	No	No
ATS DELLA BRIANZA	No	Si	Si	No
ATS DI BERGAMO	No	Si	No	No
ATS DI BRESCIA	No	Si	No	No
ATS DELLA VAL PADANA	No	Si	No	No
ATS DI PAVIA	No	Si	No	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

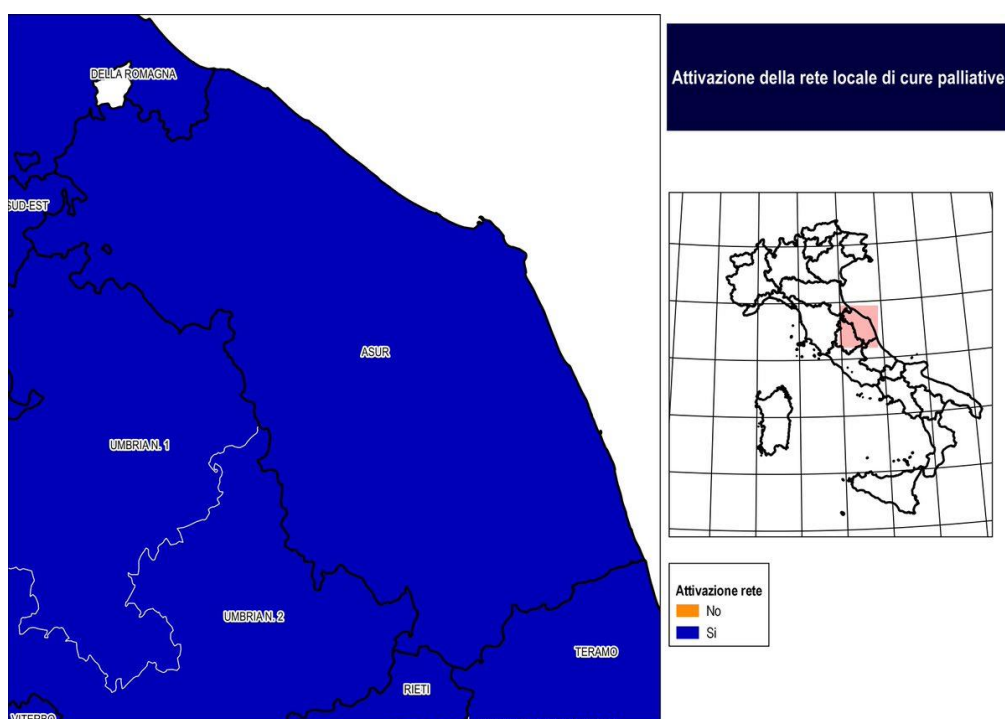


MARCHE

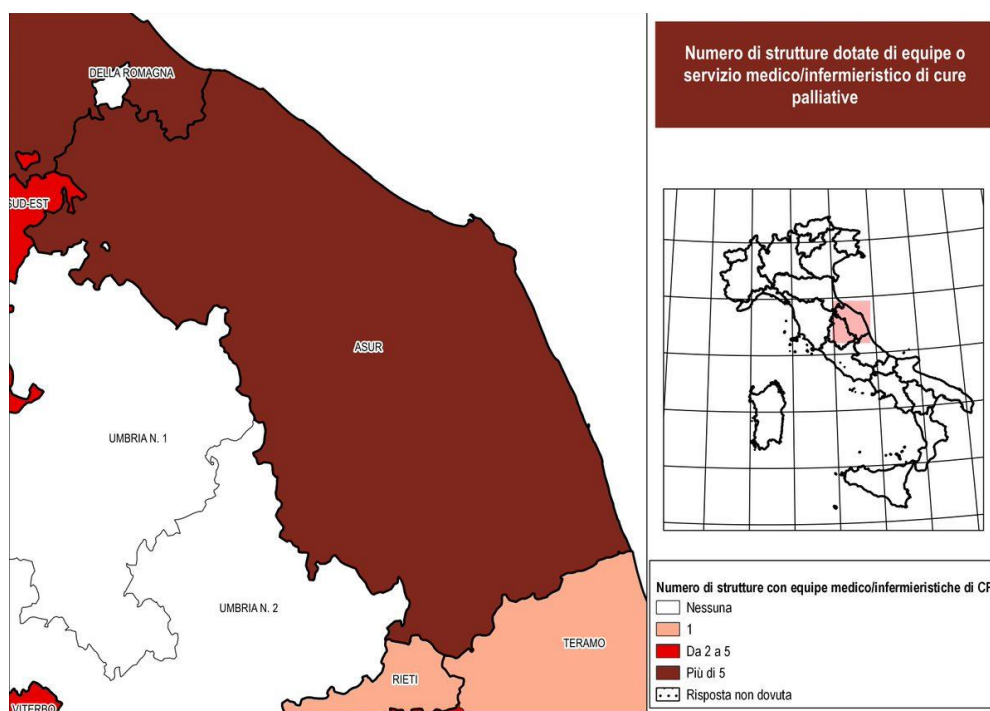
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASUR	Si	Si	No	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

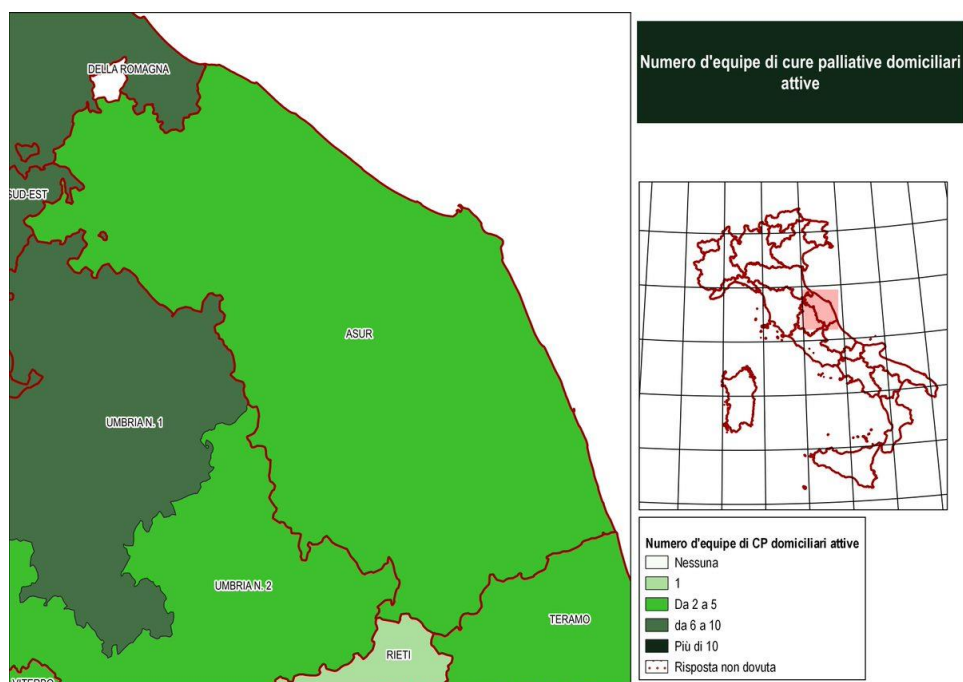


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASUR	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, le Marche mostra una organizzazione mista (33% pubblico e 67% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ASUR	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

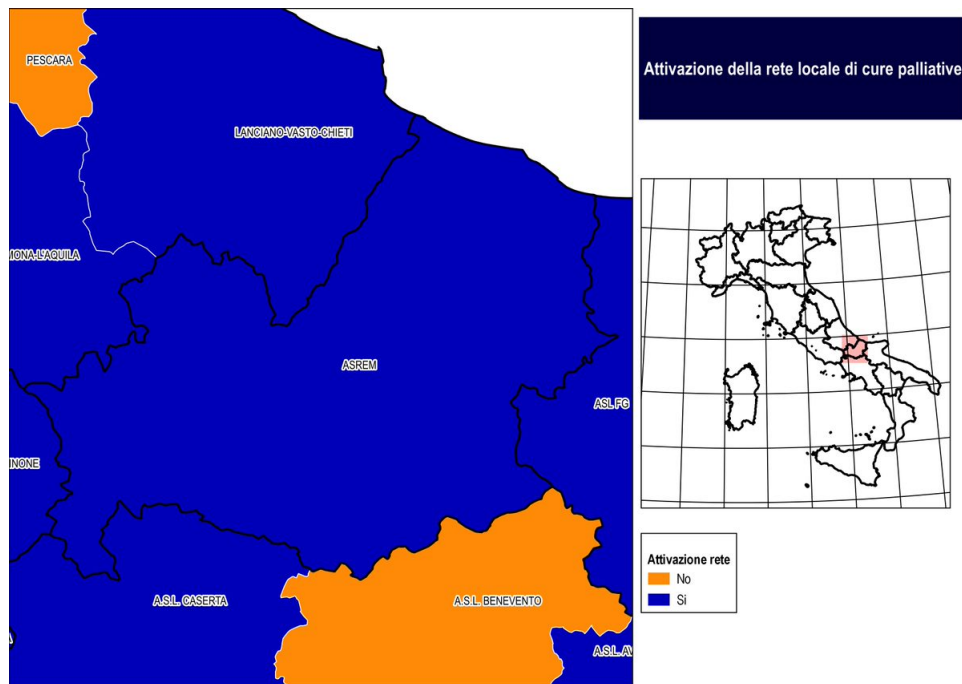


MOLISE

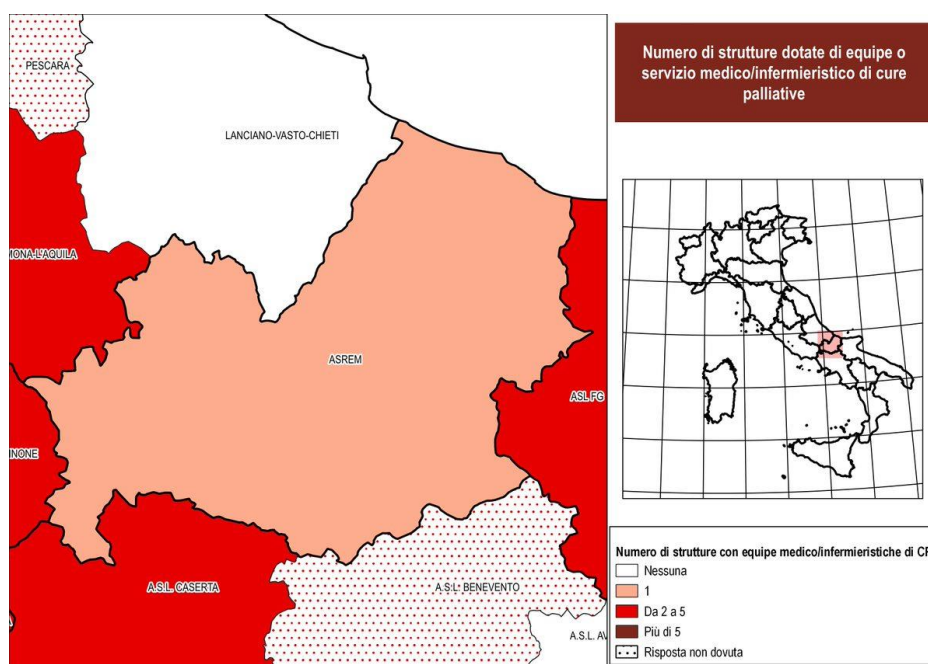
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASREM	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

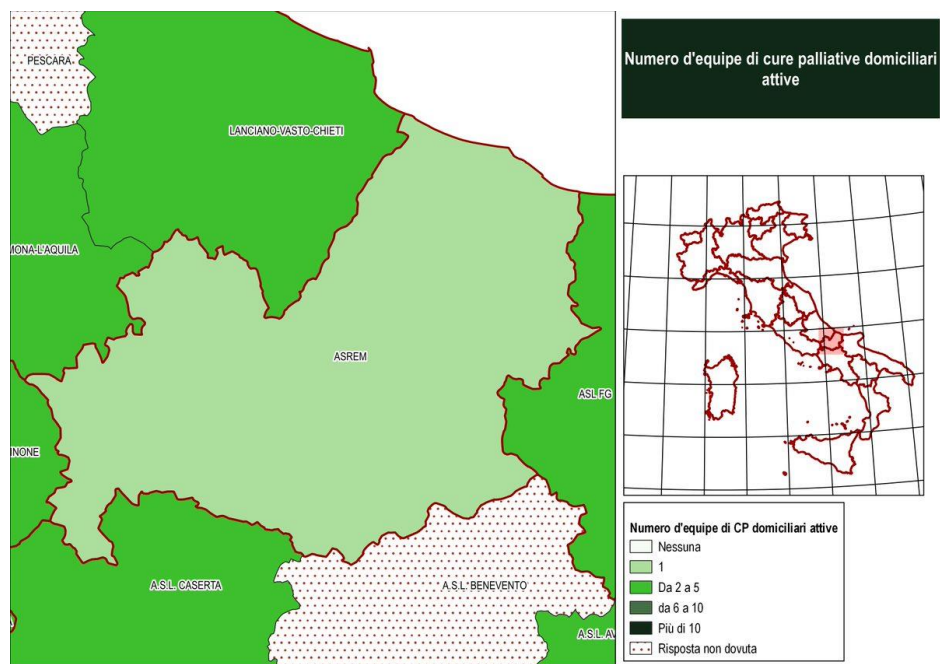


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapia	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASREM	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il Molise mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ASREM	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

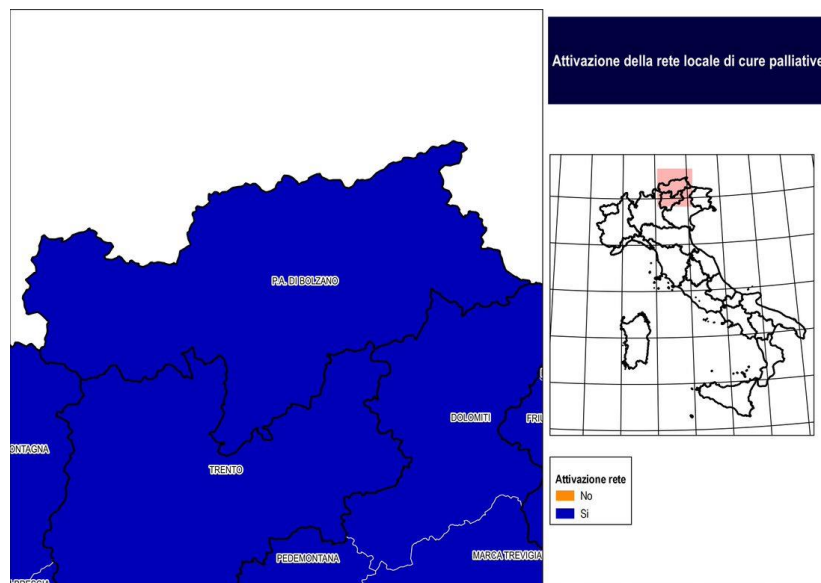


P.A. BOLZANO

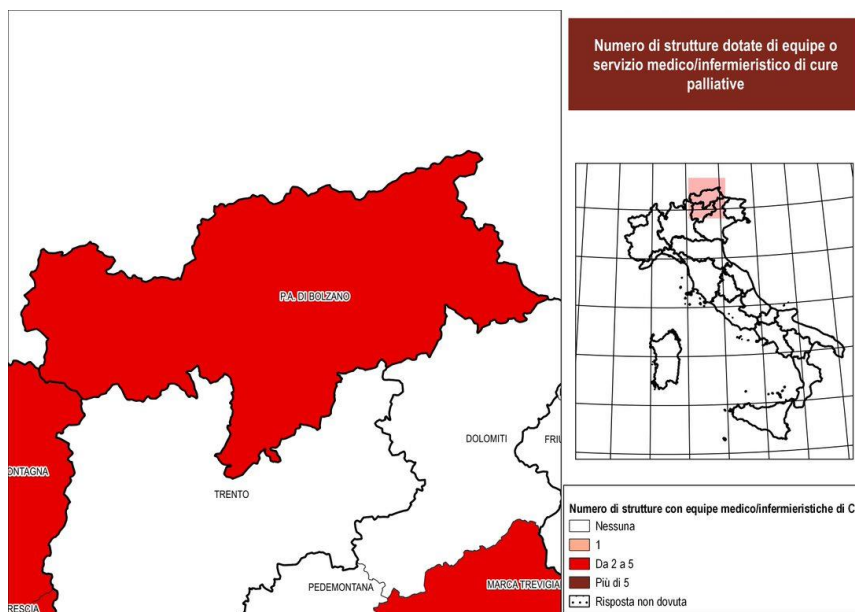
Taellab 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

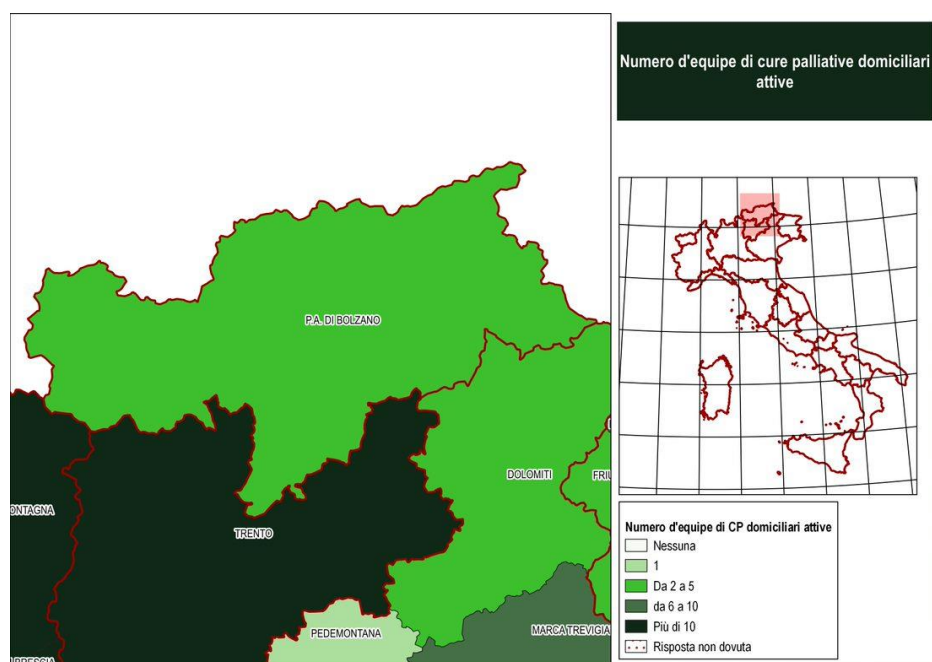


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la P.A. di Bolzano mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OSS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la P.A. di Bolzano mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO	No	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

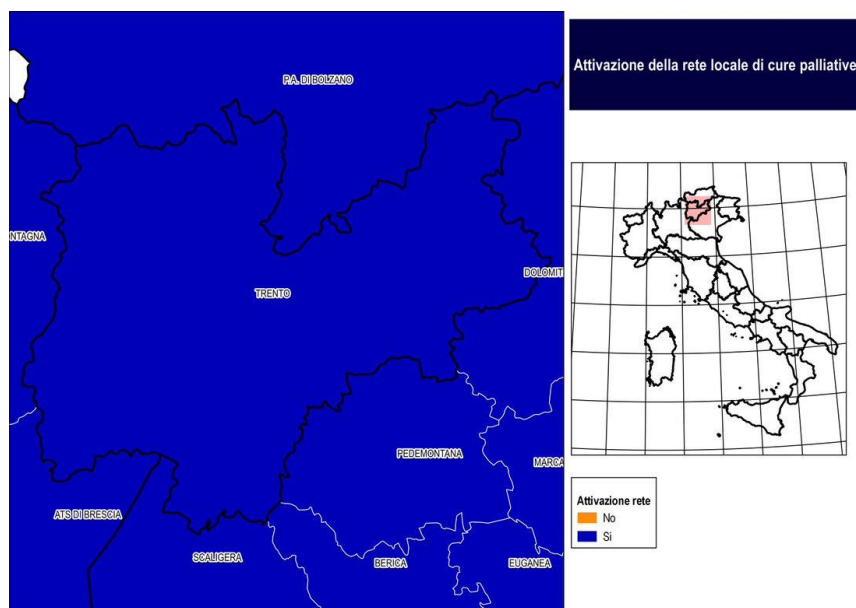


P.A. TRENTO

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
TRENTO	Si	Si	Si	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

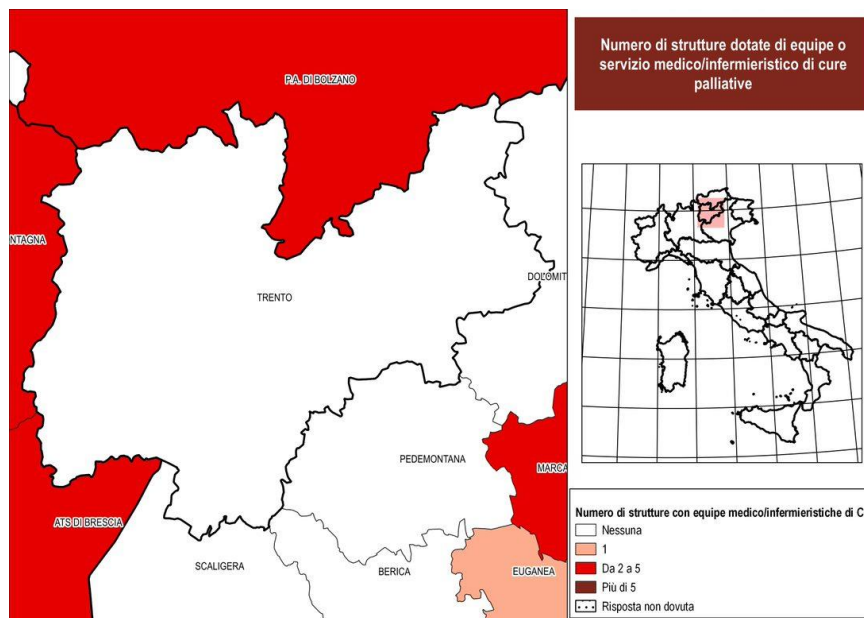
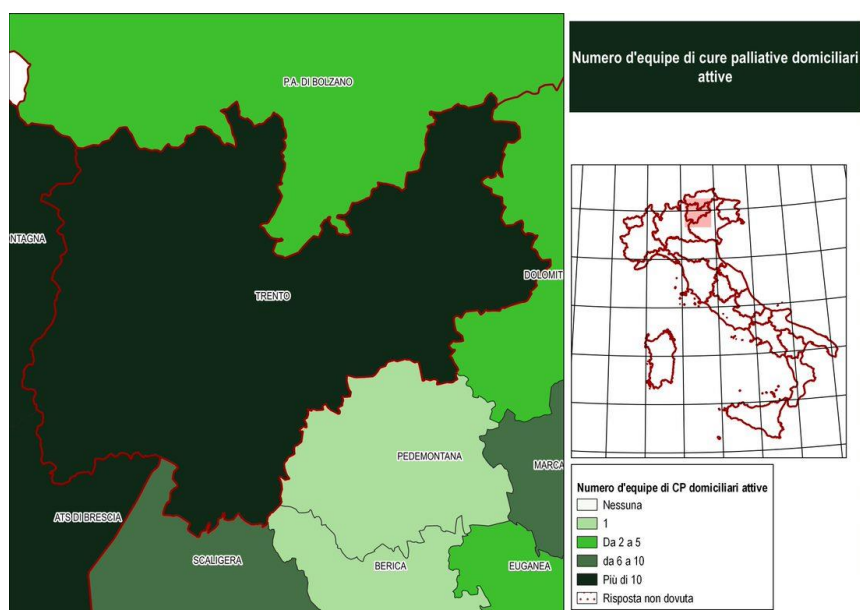


Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OSS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
TRENTO	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la P.A. di Trento mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
TRENTO	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

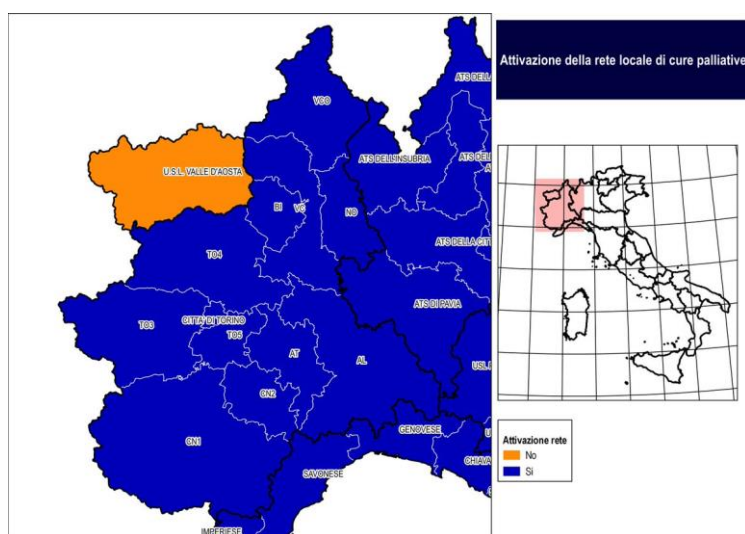


PIEMONTE

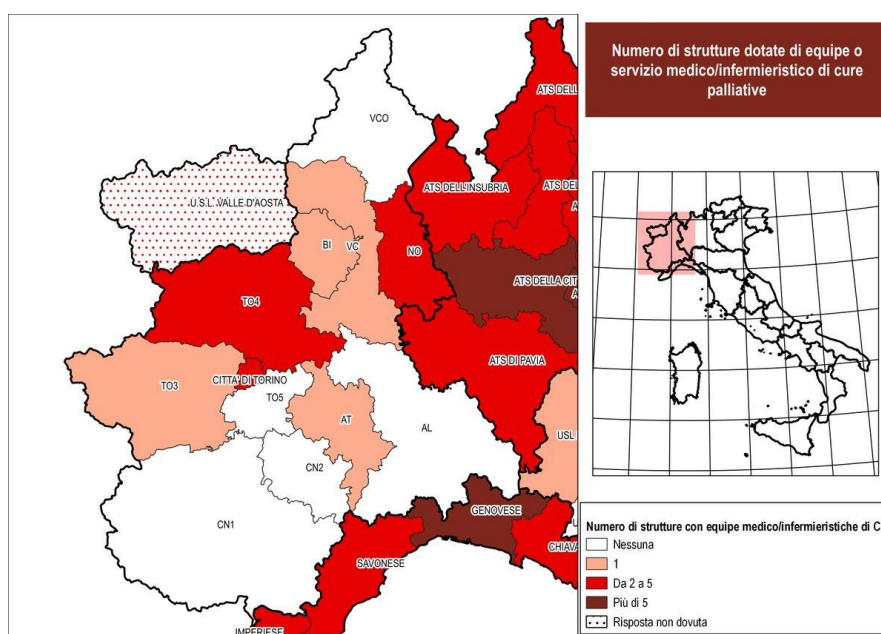
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASL CITTA' DI TORINO	Si	Si	Si	No	Si
TORINO 3	Si	Si	Si	Si	Si
TORINO 4	Si	Si	No	No	Si
TORINO 5	Si	Si	Si	No	No
VERCELLI	Si	Si	Si	Si	Si
BIELLA	Si	Si	Si	Si	Si
NOVARA	Si	Si	Si	No	Si
VERBANO CUSIO OSSOLA	Si	Si	Si	Si	Si
CUNEO 1	Si	Si	Si	Si	Si
CUNEO 2	Si	Si	Si	Si	Si
ASTI	Si	Si	No	No	Si
ALESSANDRIA	Si	Si	Si	No	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

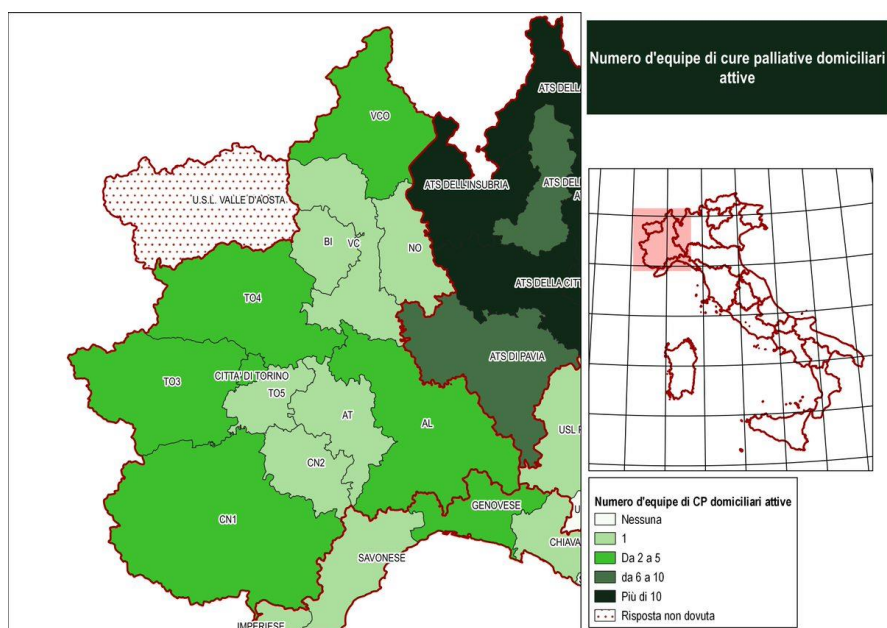


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzativa mista (90% pubblico e 10% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASL CITTA' DI TORINO	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No
TORINO 3	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No
TORINO 4	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No
TORINO 5	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No
VERCELLI	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
BIELLA	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No
NOVARA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si
VERBANO CUSIO OSSOLA	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	Si	No
CUNEO 1	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
CUNEO 2	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No
ASTI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No
ALESSANDRIA	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il Piemonte mostra una organizzazione mista (70% pubblico e 30% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ASL CITTA' DI TORINO	Si	Si	Si	No
TORINO 3	Si	Si	Si	No
TORINO 4	No	Si	Si	No
TORINO 5	Si	Si	Si	No
VERCELLI	Si	Si	Si	No
BIELLA	Si	Si	Si	No
NOVARA	Si	Si	Si	No
VERBANO CUSIO OSSOLA	No	No	Si	No
CUNEO 1	Si	Si	Si	No
CUNEO 2	Si	Si	Si	No
ASTI	Si	Si	Si	No
ALESSANDRIA	Si	Si	No	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



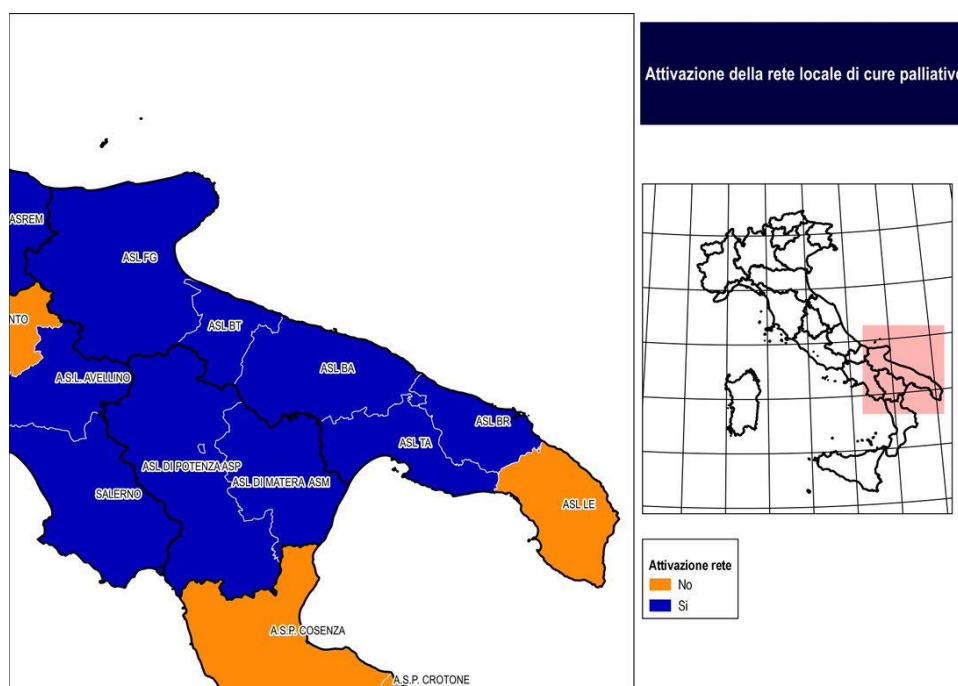
PUGLIA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

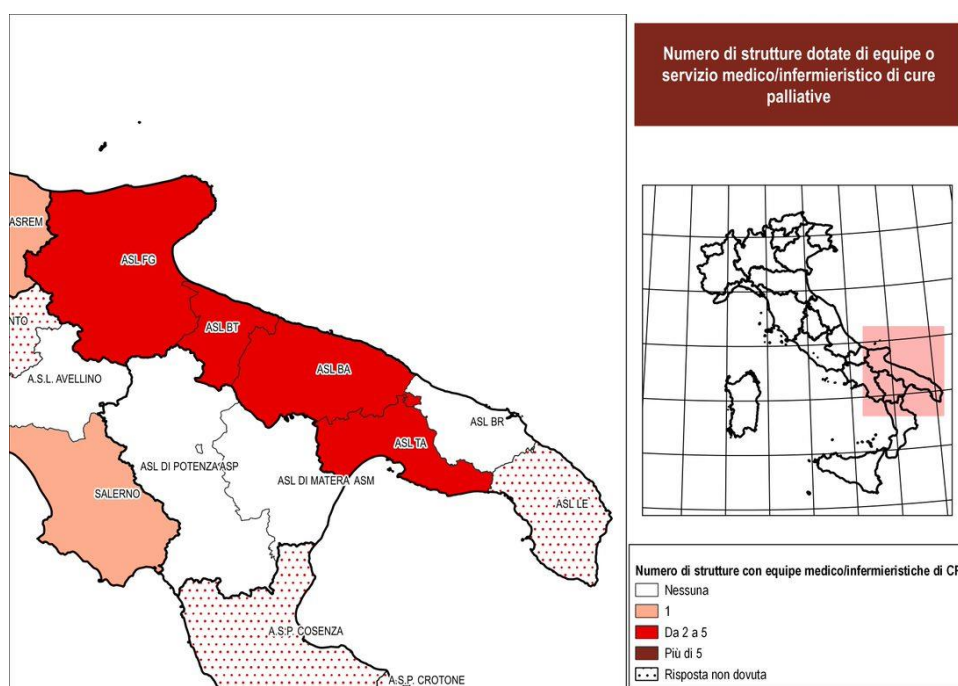
Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASL BRINDISI	Si	Si	No	No	No
ASL TARANTO	Si	Si	Si	Si	Si
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	Si	No	No	No	No
ASL BARI	Si	No	Si	No	No
ASL FOGGIA	Si	No	Si	Si	Si
ASL LECCE	No	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative



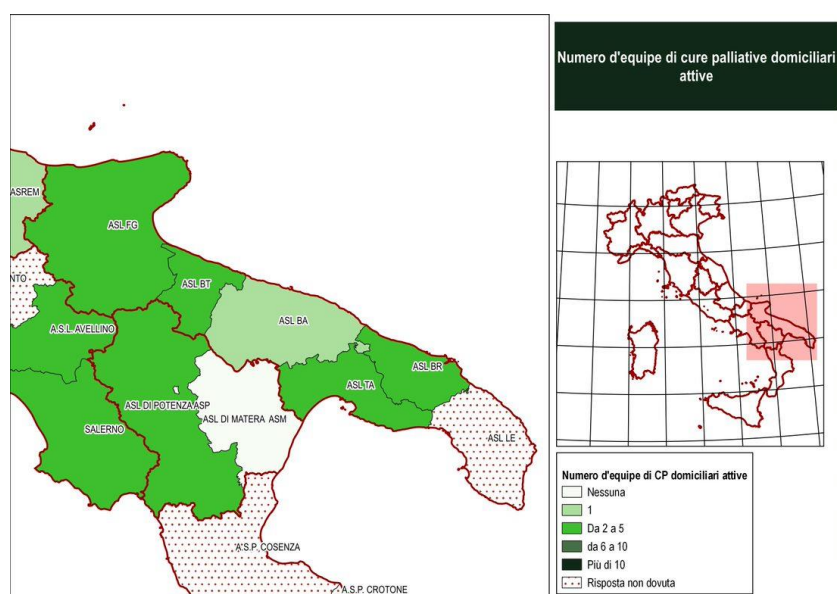
In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzativa mista (66% pubblico e 34% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermieri formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASL BRINDISI	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No
ASL TARANTO	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No
ASL BARI	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No
ASL FOGGIA	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No
ASL LECCE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Puglia mostra una organizzazione mista (22% pubblico e 78% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ASL BRINDISI	Si	Si	Si	No
ASL TARANTO	Si	Si	Si	No
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	Si	Si	Si	No
ASL BARI	Si	Si	No	No
ASL FOGGIA	No	Si	Si	No
ASL LECCE	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



SARDEGNA

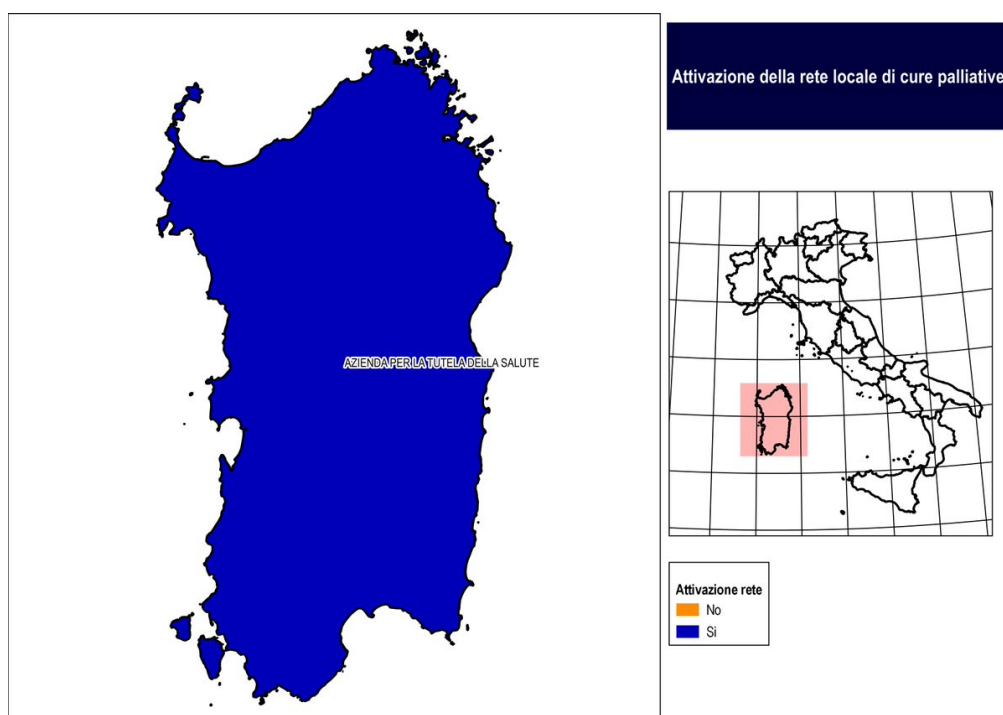
La Regione è stata interessata da un processo di riforma che ha portato alla nascita di una unica Azienda Sanitaria (ATS) nel 2017. Attualmente è in corso una nuova riforma che ripristinerà le otto Azienda Sanitarie Locali più una azienda unica per i servizi amministrativi e trasversali alle otto ASL.

La rilevazione è stata condotta considerando un'unica azienda sanitaria territoriale.

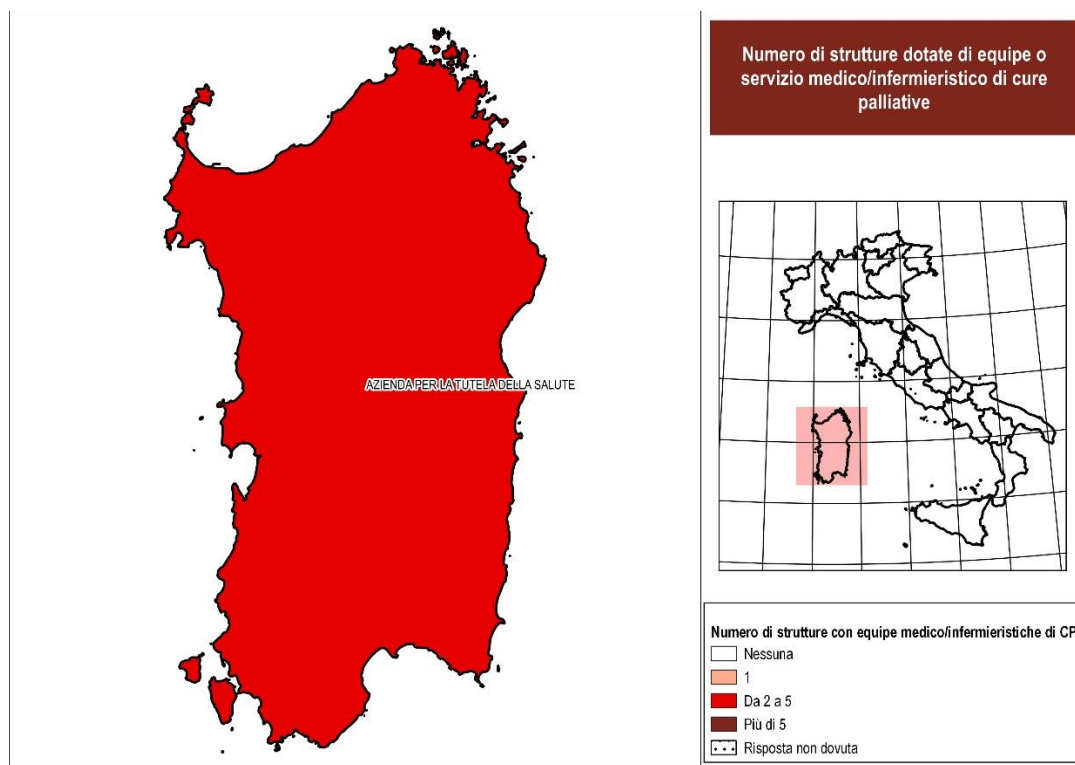
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	Si	Si	No	Si	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

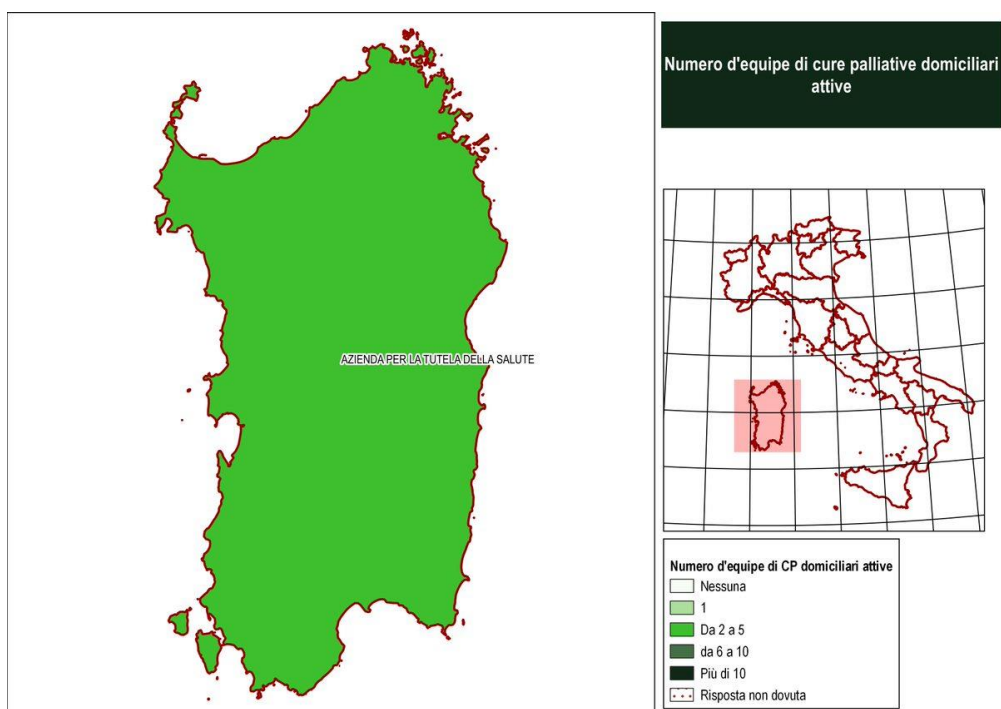


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OSS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il Molise mostra una totalità organizzativa pubblica

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

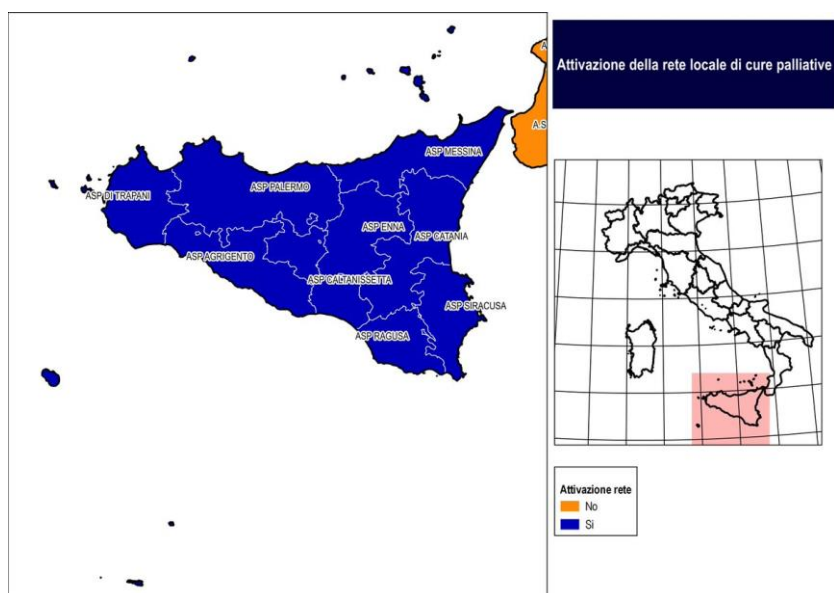


SICILIA

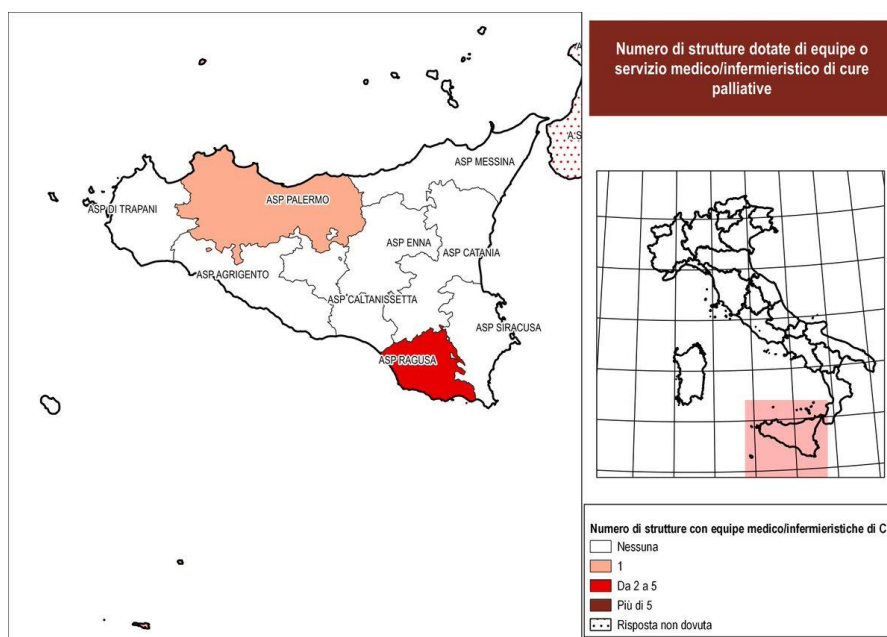
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASP AGRIGENTO	Si	No	No	No	No
ASP CALTANISSETTA	Si	No	No	No	Si
ASP CATANIA	Si	No	No	No	Si
ASP ENNA	Si	Si	Si	No	No
ASP MESSINA	Si	No	No	No	No
ASP PALERMO	Si	No	No	Si	Si
ASP RAGUSA	Si	Si	Si	Si	No
ASP SIRACUSA	Si	No	Si	Si	No
ASP DI TRAPANI	Si	No	No	No	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

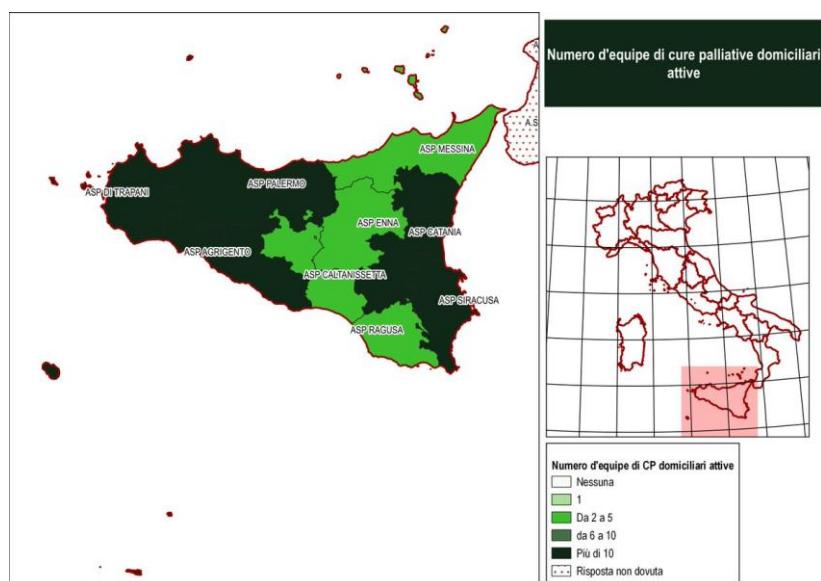


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzativa mista (33% pubblico e 67% privato)

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASP AGRIGENTO	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si
ASP CALTANISSETTA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si
ASP CATANIA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No
ASP ENNA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
ASP MESSINA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No
ASP PALERMO	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	Si	No
ASP RAGUSA	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si
ASP SIRACUSA	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si
ASP DI TRAPANI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Sicilia mostra una organizzazione mista (4% pubblico e 96% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
ASP AGRIGENTO	Si	Si	Si	No
ASP CALTANISSETTA	Si	Si	No	No
ASP CATANIA	Si	Si	Si	No
ASP ENNA	Si	Si	Si	Si
ASP MESSINA	Si	Si	Si	No
ASP PALERMO	Si	Si	Si	No
ASP RAGUSA	Si	Si	Si	No
ASP SIRACUSA	Si	Si	Si	No
ASP DI TRAPANI	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

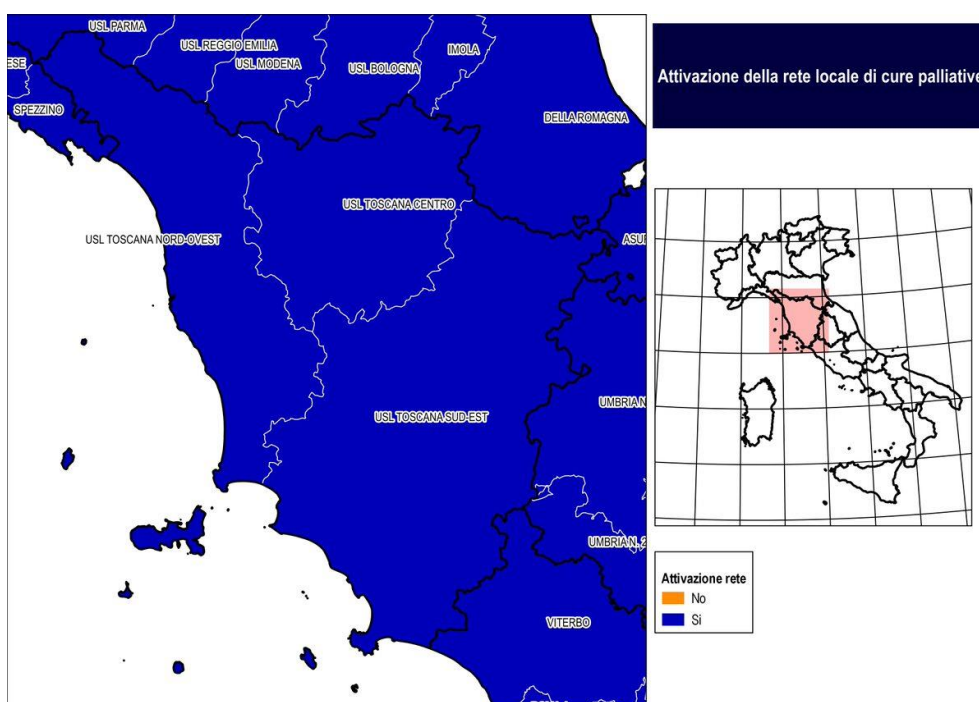


TOSCANA

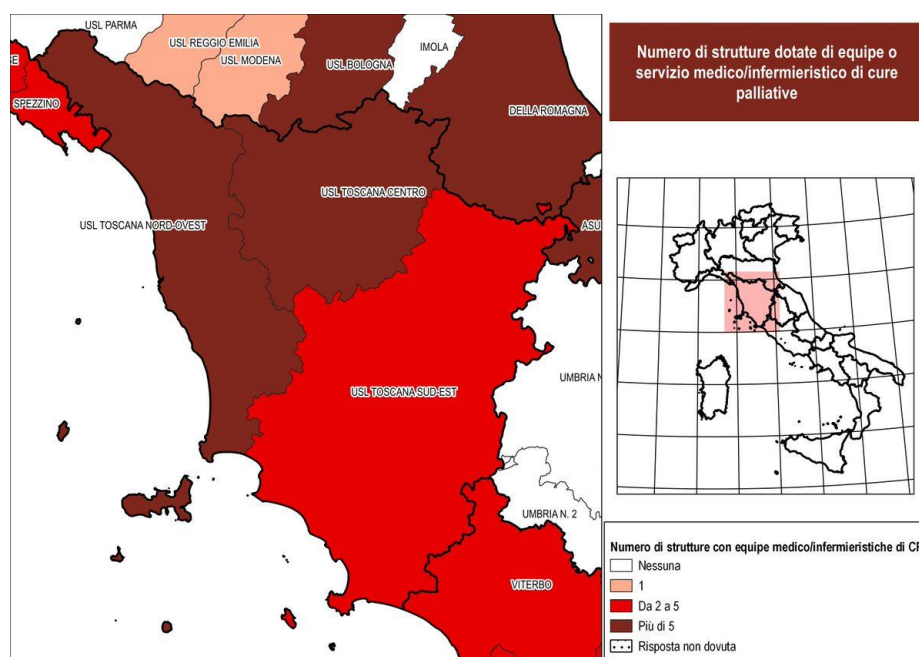
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	No	Si	Si
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	Si	Si	No	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

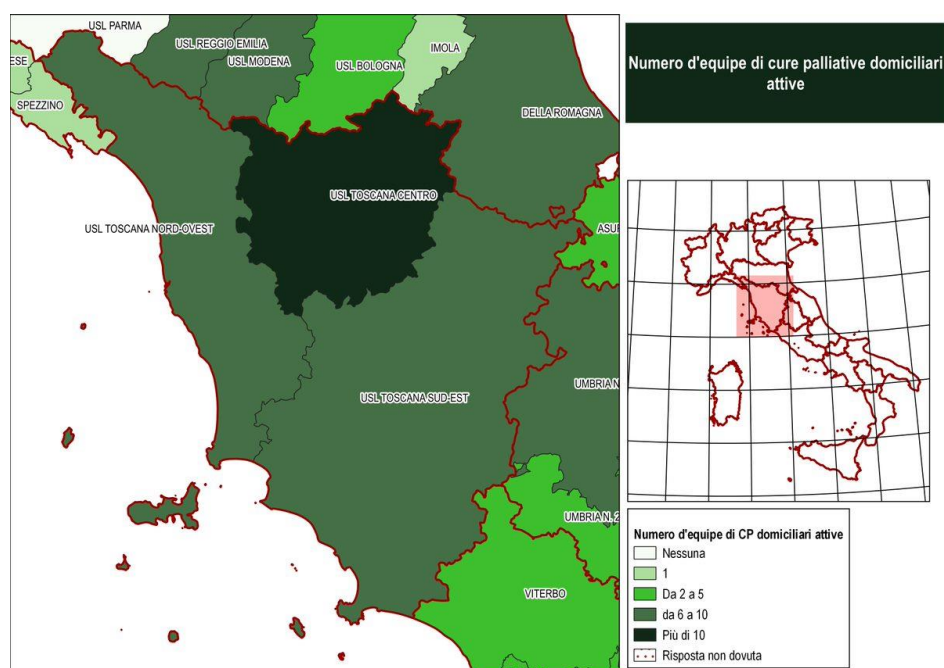


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, la Toscana mostra una organizzazione mista (37% pubblico e 63% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

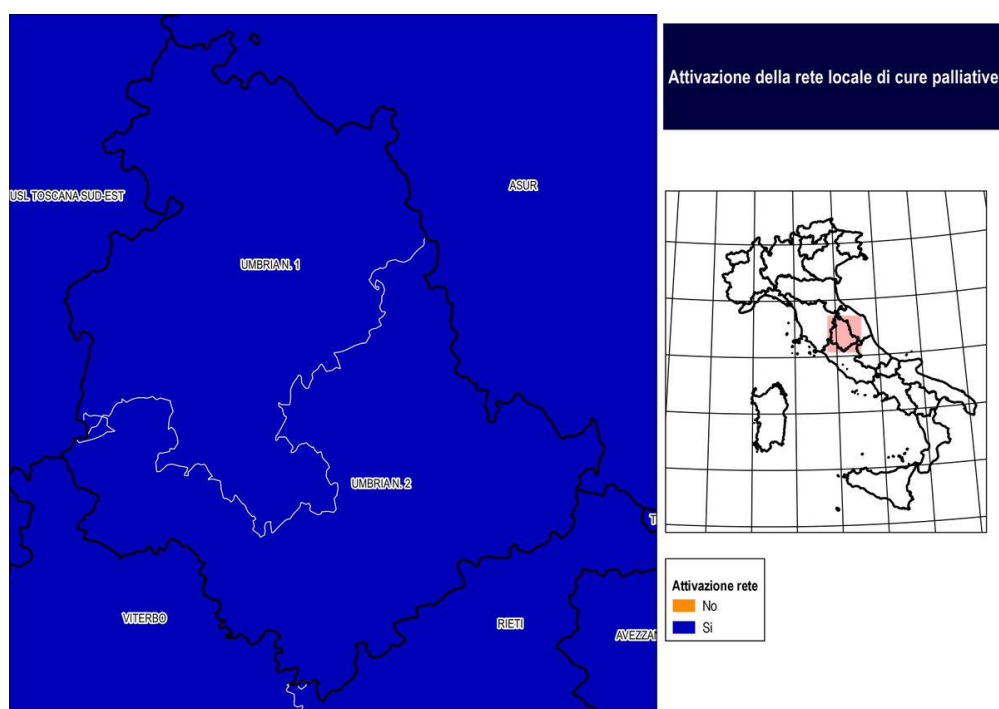


UMBRIA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	No	Si	Si
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	Si	Si	No	Si

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

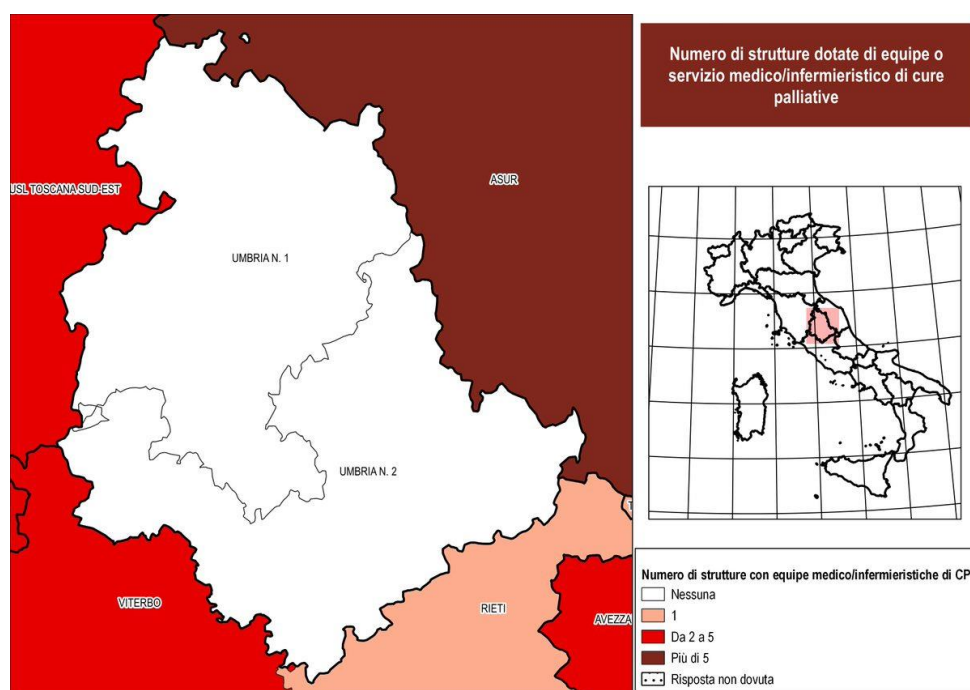
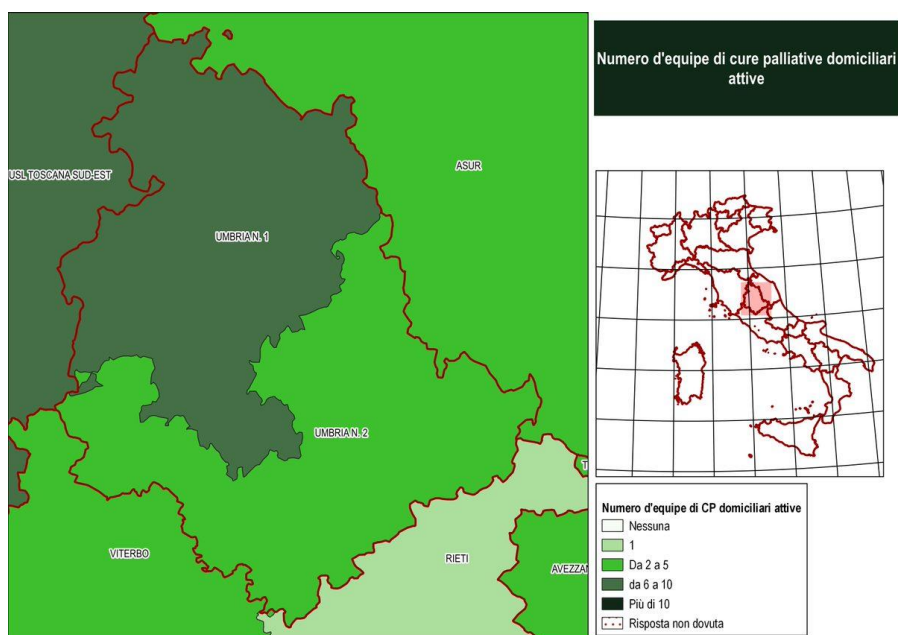


Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il'Umbria mostra una organizzazione mista (66% pubblico e 34% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST	Si	Si	Si	No
AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST	Si	Si	Si	No

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale



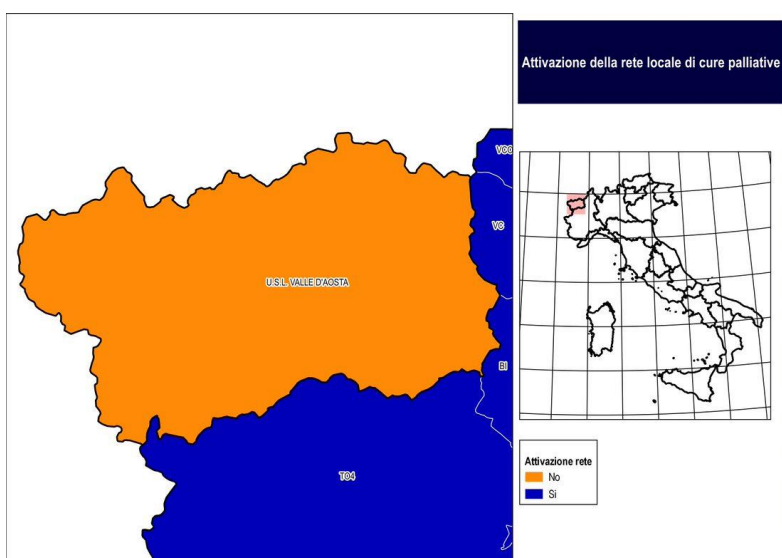
VALLE D'AOSTA

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA U.S.L. VALLE D'AOSTA	No	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

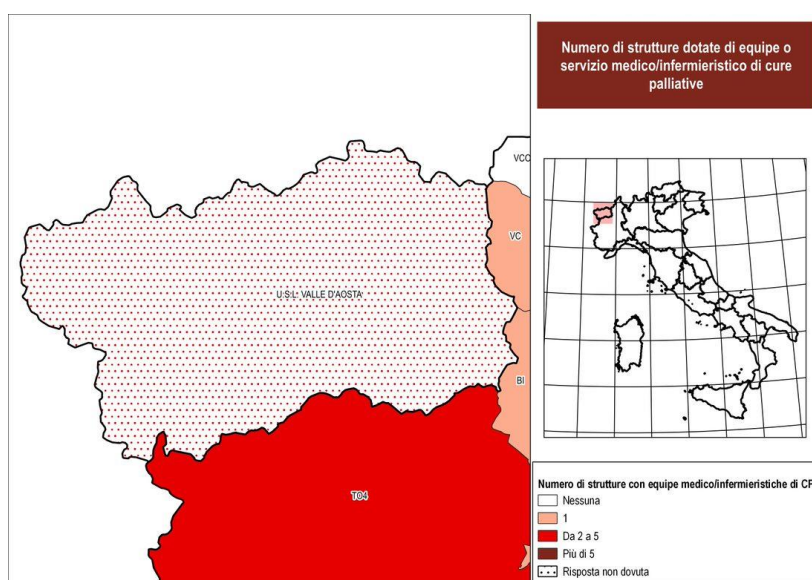


Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA U.S.L VALLE D'AOSTA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive

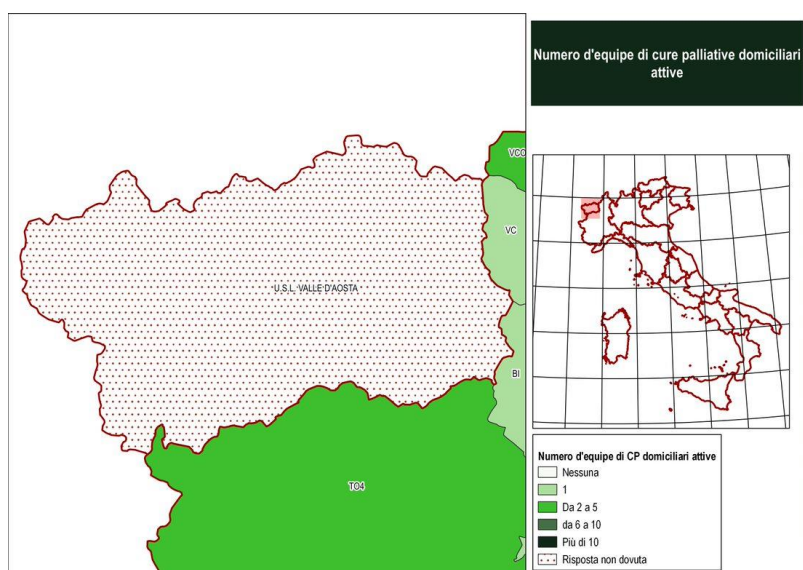


Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA U.S.L VALLE D'AOSTA	NA	NA	NA	NA

Legenda: NA. Not applicable

Rete cure palliative

Rilevazione territoriale

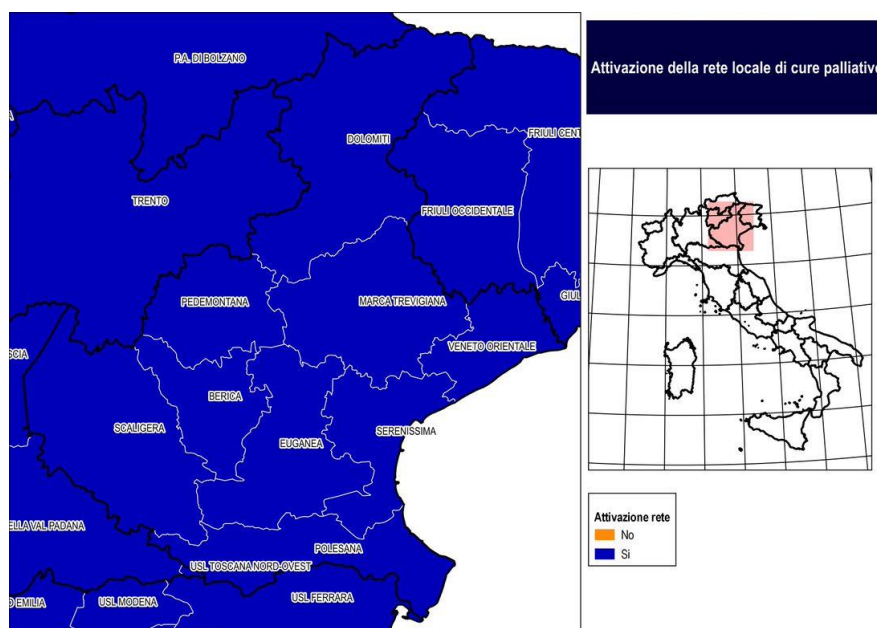


VENETO

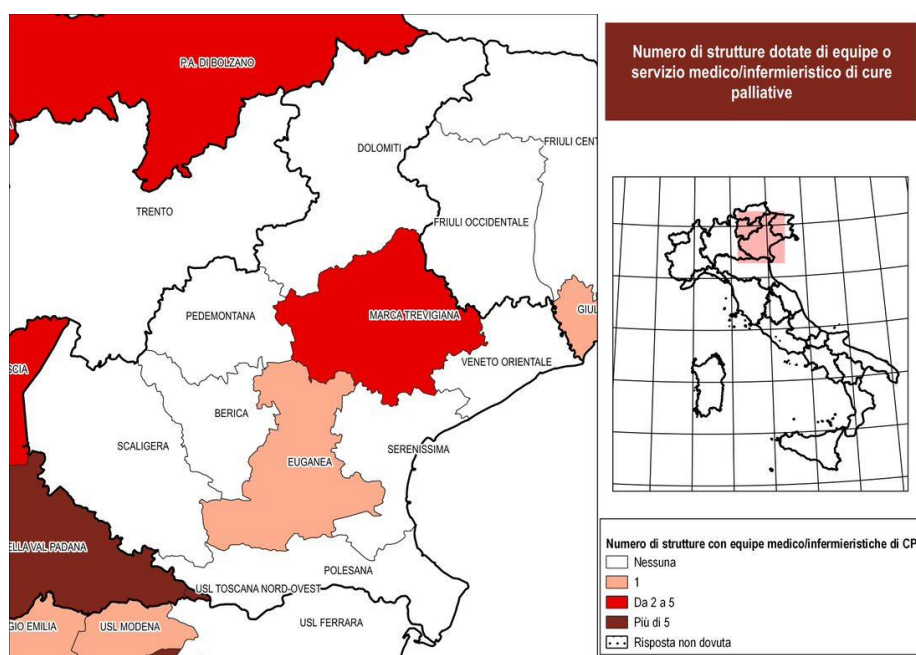
Tabella 1: Caratteristiche della rete locale

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA ULSS N.1 DOLOMITI	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA ULSS N.2 MARCA TREVIGIANA	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	Si	Si	No	Si	Si
AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE	Si	Si	No	Si	Si
AZIENDA ULSS N.5 POLESANA	Si	No	Si	Si	Si
AZIENDA ULSS N.6 EUGANEA	Si	No	Si	No	Si
AZIENDA ULSS N.7 PEDEMONTANA	Si	Si	No	No	Si
AZIENDA ULSS N.8 BERICA	Si	Si	Si	Si	Si
AZIENDA ULSS N.9 SCALIGERA	Si	No	No	No	No

Cartografia 1: attivazione della Rete Locale di Cure Palliative



Cartografia 2: numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di Cure Palliative

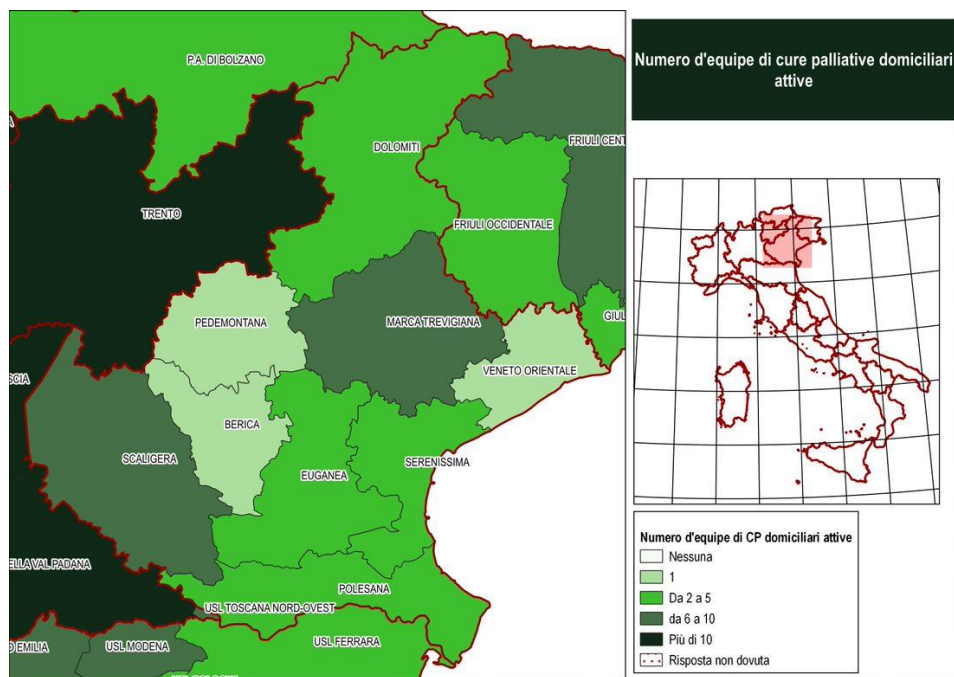


In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Tabella 2: Cure domiciliari

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	M MG	Fisioterapista	Ass. sociale	O SS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA ULSS N.1 DOLOMITI	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.2 MARCA TREVIGIANA	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No
AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.5 POLESANA	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.6 EUGANEA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.7 PEDEMONTANA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.8 BERICA	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No
AZIENDA ULSS N.9 SCALIGERA	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No

Cartografia 3: numero d'equipe di cure domiciliari attive



In merito alla organizzazione delle cure domiciliari, il Veneto mostra una organizzazione mista (90% pubblico e 10% privato)

Tabella 3: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Descrizione Azienda territoriale	Esclusivamente filtro	Informato del piano di assistenza individuale	Partecipa attivamente alla presa in carico	Nessuno dei precedenti
AZIENDA ULSS N.1 DOLOMITI	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.2 MARCA TREVIGIANA	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.5 POLESANA	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.6 EUGANEA	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.7 PEDEMONTANA	Si	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.8 BERICA	No	Si	Si	No
AZIENDA ULSS N.9 SCALIGERA	Si	Si	Si	No

4. Conclusioni

Il nostro Paese, con la Legge 15 marzo 2010, n. 38, ha adottato un quadro organico di principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia. Si tratta di una legge quadro, tra le prime adottate in Europa, che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle organizzazioni non profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione. Alle disposizioni nazionali hanno fatto seguito numerose ed articolate regolamentazioni regionali che sono state aggiornate e riportate nella presente istruttoria.

Il monitoraggio LEA per l'anno 2019 mostra che tra le 16 Regioni a statuto ordinario valutate, 4 sono risultate inadempienti e 4 adempienti "con impegno" in merito all'organizzazione delle cure palliative.

I flussi informativi disponibili per la conoscenza dello stato di attuazione sono stati esplorati in tutte le potenzialità tenendo conto di alcuni limiti intrinseci ed estrinseci nella qualità del dato; ne sono stati ottenuti indicatori di bisogno e di attività messi a disposizione anche delle Regioni e P.A. negli allegati al presente documento.

La rappresentazione geografica della mortalità ospedaliera per tumore maligno mette in luce che le ASL del Mezzogiorno si caratterizzano per bassi valori di mortalità ospedaliera, mentre le aziende del Nord, in particolare del versante orientale, registrano livelli elevati di mortalità ospedaliera per TM; analoga suddivisione si riscontra anche nelle Regioni insulari con le aziende siciliane connotate da basse percentuali di mortalità ospedaliera e le ASL sarde posizionate all'estremo opposto. La mortalità in area pronto soccorso ricalca, con qualche eccezione, quella della mortalità ospedaliera, se pur con valori più mitigati. Tuttavia questo dato va valutato congiuntamente con i decessi in area del Pronto Soccorso e con i decessi entro le 24 ore ed entro i 7 giorni dalla dimissione, di cui ai cartogrammi di pagina 16.

Analoga distribuzione geografica si ha per la mortalità in hospice: laddove è robusta e capillare la presenza di hospice, la percentuale di decessi in strutture dedicate al fine vita è tra le più elevate.

La mortalità extraospedaliera entro le 24 ore dalla dimissione ospedaliera, al contrario, mostra in modo evidente che le ASL meridionali hanno alti livelli di mortalità e quelle settentrionali basse percentuali.

La mortalità di pazienti presi in carico con le cure domiciliari fa, invece, emergere una maggiore uniformità territoriale, con livelli alti dell'indicatore diffusi tanto nel Nord quanto nel Sud del Paese.

Presi nell'insieme, i dati di mortalità mostrano ancora un'elevata frequenza in ambito ospedaliero o immediatamente dopo la dimissione ospedaliera, denotando così una copertura ancora non adeguata dei bisogni anche se l'offerta e la presa in carico domiciliare va sviluppandosi.

In sintesi, la lettura congiunta degli indicatori di mortalità extraospedaliera e di quella in hospice mette in luce una minore propensione delle ASL meridionali ad "istituzionalizzare" il fine vita che, al netto di fattori

socio-culturali legati all'evento luttuoso, è strettamente legata ad una bassa e, in alcuni casi, insufficiente dotazione di hospice e di unità di cure palliative domiciliari.

All'indagine condotta da Agenas hanno risposto tutte le 21 Regioni e P.A. le tutte le ASL (99).

Sono stati censiti 307 hospice, di cui 7 pediatrici.

E' stato rilevato che: hanno istituito formalmente la rete di cure palliative (adulto) 19 Regioni e P.A. con presa in carico sia dei pazienti oncologici che non oncologici; 13 Regioni hanno anche attivato la rete di cure palliative pediatriche.

Tra le 19 Regioni che hanno istituito la rete, 13 hanno anche creato l'organismo di coordinamento regionale e 11 hanno nominato il coordinatore regionale.

Corsi di formazione specifica per professionisti sono stati realizzati in 12 Regioni/PA, mentre 6 hanno attivato procedure specifiche di accreditamento ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020.

Circa la programmazione sanitaria di settore per il triennio 2022–2024, 10 Regioni/PA hanno dichiarato e documentato una pianificazione prospettica, mentre tra le restanti 11 alcune hanno manifestato intenti e proposte.

Attualmente, il 90% delle aziende sanitarie territoriali ha attivato la rete locale delle cure palliative; di esse il 69% ha attivato la carta dei servizi via web e il 79% percorsi di cure dedicate.

Nel setting ospedaliero, si osservano però 34 ASL prive di equipe di CP; il 42,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e in un 1 caso su 5 si hanno tre o più equipe.

Nel setting delle cure domiciliari, solo 2 Aziende risultano prive di equipe; oltre la metà ha attivato da 1 a 3 equipe e nel 46% dei casi più di 3. In queste equipe domiciliari, i professionisti sono esclusivamente dedicati nel 57% delle Aziende.

Nel 94% delle ASL il MMG viene informato della presa in carico del paziente, nel 74% è anche coinvolto attivamente nel percorso di cura.

I dati sopra richiamati, mostrano che il livello di attuazione delle cure palliative è complessivamente buono ma anche che permangono ritardi e aree di debolezza in alcune aree geografiche e in alcuni setting, principalmente quello ospedaliero a cui, peraltro, continuano ad essere indirizzate inappropriatamente le domande e i bisogni di cure insoddisfatti.

È pertanto necessario un potenziamento quantitativo e qualitativo dell'intera filiera assistenziale specie sul fronte territoriale che preveda una cabina di regia regionale ancora più coinvolta nei processi decentrati e allocazione di risorse dedicate; tutto ciò costituirà l'impegno dei Piani triennali previsti dalla legge.

5. Bibliografia

1. Ministero della Salute. *Legge 15 marzo 2010 n. 38 e provvedimenti attuativi. Raccolta normativa.* cura Di Bellentani M.D. Furlan D e Scaccabarozzi G. (2021)
2. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Le cure palliative domiciliari in Italia, anno IX, n. 26, 2010, pag. 236-237.
3. Agenas. *Protocollo tecnico della Ricerca Teseo- Arianna.*
<http://progettodemetra.it/index.php/it/arianna-protocollo-tecnico/file>
4. Conferenza di Consenso di Firenze 27 giugno 2015. *Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative: "Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle reti locali di cure palliative"; "Raccomandazioni del Documento di Consenso per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative",* a cura del dott. G. Scaccabarozzi, Fondazione Floriani, *Ottobre-Dicembre 2015, Vol. 17, N. 4 Riv. It. Cure Palliative 2015;17(4):216-218 doi 10.1726/3054.30497;* Workshop "Reti e percorsi di cure palliative: assistenza, formazione e ricerca. Evidenze dal progetto Demetra", *Ministero della Salute 12 dicembre 2019 -* <https://progettodemetra.it/index.php/it/workshop-ministero>.
5. Orsini F., Penco I., Cicchetti A. *Rilevazione quali-quantitativa dei medici e dei professionisti sanitari operanti nell'ambito delle cure palliative.* ALTEMS- SICP (2021).

Allegati:

1. Ricognizione della normativa regionale
2. Report con indicatori Agenas
3. Questionari Rilevazione Cure Palliative- Profilo Regione/PA e Profilo Aziende Territoriali
4. Elenco e cartografie degli hospice
5. Elenco delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dotate di equipe o servizio medico/infermieristiche di cure palliative- rilevazione dal Questionario Profilo Aziende Territoriali
6. Elenco degli erogatori di cure domiciliari attivi nelle ASL/Azienda Sanitaria Territoriale- rilevazione dal Questionario Profilo Aziende Territoriali

Autori

Agenas:

Dott. Antonio Fortino
Dott.ssa Manuela Tamburo De Bella
Dott. Danilo Catania
Dott.ssa Maria Pia Randazzo
Dott.ssa Alice Borghini
Dott. Simone Furfaro
Dott.ssa Maddalena Iodice
Dott. Giorgio Leomporra
Dott.ssa Mariagrazia Marvulli
Ing. Giordano Veltro
Ing. Leonardo Rocchi
Dott. Paolo Ursillo

Ministero della Salute:

Dott.ssa Maria Donata Bellentani
Dott.ssa Rosaria Boldrini
Dott.ssa Lucia Nobile
Dott.ssa Elisabetta Santori
Dott. Gianlorenzo Scaccabarozzi (esperto)

Referenti delle Regioni/P.A.:

Dott. Pier Paolo Carinci (Regione Abruzzo)
Dott.ssa Paola Sonsini (Regione Abruzzo)
Dott.ssa Gabriella Sabino (Regione Basilicata)
Dott. Antonino Iaria (Regione Calabria)
Dott. Ugo Trama (Regione Campania)
Dott.ssa Maria Rolfini (Regione Emilia-Romagna)
Dott.ssa Rossana De Palma (Regione Emilia-Romagna)
Dott.ssa Elisa Rozzi (Regione Emilia-Romagna)
Dott.ssa Antonella Bulfone (Regione Friuli Venezia Giulia)
Dott. Antonio Mastromattei (Regione Lazio)
Dott.ssa Daniela Zeppilli (Regione Lazio)
Dott.ssa Enrica Orsi (Regione Liguria)
Dott.ssa Elisa Lidonnici (Regione Liguria)

Dott.ssa Maria Elena Balza Savarino (Regione Lombardia)
Dott. Gianpaolo Fortini (Regione Lombardia)
Dott. Claudio Martini (Regione Marche)
Dott.ssa Maria Grazia Ombrosi (Regione Marche)
Dott. Mariano Flocco (Regione Molise)
Dott.ssa Raffaella Ferraris (Regione Piemonte)
Dott.ssa Elena Memeo (Regione Puglia)
Dott.ssa Francesca Attene (Regione Sardegna)
Dott.ssa Serena Meloni (Regione Sardegna)
Dott. Maurizio D'Arpa (Regione Sicilia)
Dott.ssa Anna Ajello (Regione Toscana)
Dott.ssa Micaela Chiodini (Regione Umbria)
Dott.ssa Paola Casucci (Regione Umbria)
Dott. Marco Musi (Regione Valle D'Aosta)
Dott. Aurelio Giacomo Viale (Regione Valle D'Aosta)
Dott. Claudio Perratone (Regione Valle D'Aosta)
Dott. Cosimo De Chirico (Regione Veneto)
Referente Dott. Mirko Claus (Regione Veneto)
Dott.ssa Chatia Torresani (PA Trento)
Dott. Emanuele Torri (PA Trento)
Dott. Gino Gobber (PA Trento)
Dott. Massimiliano Ghezzi (PA Bolzano)
Dott. Massimo Bernardo (PA Bolzano)
Dott. Roland Lioni (PA Bolzano)

Ringraziamenti

Si ringrazia l'Ing. Giulio Siccardi, dirigente responsabile della UOC "Sistemi informativi, patrimonio, gestione della logistica e provveditorato, portale della trasparenza" di Agenas per la realizzazione dei questionari nell'ambito del punto unico di accesso ai servizi AGENAS <http://servizi.agenas.it/> e per l'assistenza fornita ai compilatori regionali e aziendali.