

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto

Anni 2018-2022

A cura di
U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale

Dicembre 2023

Sommario

1. Introduzione	pag. 5
1.1 Il modello organizzativo delle Cure domiciliari nella Regione del Veneto	pag. 7
1.2 Il flusso di dati e lo sviluppo in corso	pag. 9
2. Attività delle Cure Domiciliari	pag. 11
2.1 Accessi erogati	pag. 11
2.2 Prese in carico erogate	pag. 13
2.3 Numero di assistiti	pag. 15
3. Attività delle Cure Palliative Domiciliari	pag. 19
3.1 Accessi erogati	pag. 19
3.2 Prese in carico erogate	pag. 21
3.3 Numero di assistiti	pag. 23
4. Indicatori di valutazione sulle Cure Domiciliari	pag. 27
4.1 Indicatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	pag. 27
4.2 Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia	pag. 30
5. Metodi	pag. 35
5.1 Schede di calcolo degli indicatori PNRR e NSG	pag. 35
6. Normativa di riferimento	pag. 39

1. Introduzione

a cura di U.O. Cure Primarie

Direzione Programmazione Sanitaria - Area Sanità e Sociale

Con il termine Cure domiciliari possiamo identificare un servizio a valenza distrettuale rivolto all'erogazione a domicilio di interventi multiprofessionali (erogati da Medici di assistenza primaria, Geriatri, Palliativisti, altri Medici Specialisti, Infermieri, Fisioterapisti, Operatori Socio-Sanitari e altri professionisti sanitari) caratterizzati da un livello di intensità di cure e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Le Cure domiciliari possono articolarsi in:

- cure domiciliare di base,
- cure domiciliari integrate (ADI),
- cure palliative domiciliari.

Le cure domiciliari di base ed integrate, così come declinate all'articolo n. 22 del Decreto del presidente del consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 che definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza (LEA), sono un servizio in risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità che si esplica attraverso percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, assicurando la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il bisogno di assistenza (clinico/funzionale/sociale) viene accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le Cure domiciliari così come definite all'art. 22 del DPCM LEA, si articolano nei seguenti livelli:

- Cure domiciliari di base, costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo e sono caratterizzate da un Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) inferiore a 0,14;
- Cure domiciliari integrate (ADI) di 1° livello, costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso;
- Cure domiciliari integrate (ADI) di 2° livello, costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;

- Cure domiciliari integrate (ADI) di 3° livello, costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Le attività di Cure domiciliari erogate nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, di cui alla legge n. 38/2010, sono identificate quali Cure palliative domiciliari, così come individuato all'art. 23 del DPCM LEA. Esse si articolano nei seguenti livelli:

- Cure palliative domiciliari di livello base, costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- Cure palliative domiciliari di livello specialistico, costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.



1.1 Il modello organizzativo delle Cure domiciliari nella Regione del Veneto

Nella Regione del Veneto le Cure domiciliari hanno vissuto uno sviluppo progressivo e costante, promosso attraverso la ricerca della maggiore uniformità possibile nei modelli assistenziali su tutto il territorio regionale, al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo ed i collegamenti funzionali.

Risulta utile ricordare che nel Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012-2016, approvato con la legge regionale n. 23/2012, è stato posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, ribadendo come prioritario lo sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisce la continuità dell'assistenza. Tale percorso è stato fondato sul consolidamento delle esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, sulla valorizzazione del ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo e sulla responsabilizzazione ed il coinvolgimento della persona, della famiglia e dei caregivers nella definizione ed attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

A tal fine, la DGR n. 1075/2017 ha identificato precise indicazioni organizzative per le Aziende sanitarie sui requisiti minimi organizzativi che i Servizi di Cure Domiciliari dovevano garantire su tutto il territorio regionale, indicazioni che sono state riprese ed integrate nel quadro organizzativo regionale definito dalla recente DGR n. 721/2023, che applica e contestualizza le linee di sviluppo previste dal DM 23 maggio 2022 n. 77.

Inoltre, al fine di perseguire l'obiettivo di garantire un'assistenza di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, da erogarsi in condizioni di efficacia, di efficienza, di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini nonché appropriata rispetto ai reali bisogni di salute della persona, garantendo maggiore uniformità possibile in merito agli aspetti essenziali del percorso di cura, è stato introdotto a livello regionale un sistema di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari con l'approvazione dei relativi requisiti di autorizzazione e accreditamento con la DGR n. 1599/2022.

La gestione delle Cure domiciliari afferisce all'Unità operativa Cure primarie del Distretto, come declinato nelle Linee guida per la definizione degli Atti aziendali (DGR n. 1306/2017), configurandosi come una governance pubblica ed ascritta quindi al Distretto, in cui il Direttore di Distretto assume un ruolo di responsabile dei percorsi di cura, gestore delle risorse e facilitatore di processi integrati.

Per quanto riguarda le Cure palliative domiciliari, è importante ricordare che con la DGR n. 208/2017 la Regione del Veneto ha definito il proprio modello assistenziale di Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore, nel rispetto di quanto previsto dal PSSR 2012-2016 che confermava e rafforzava l'applicazione della LR 7/2009, prevedendo un'evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce della L 38/2010 e degli indirizzi ministeriali in materia. In particolare, le UOC Cure Palliative delle Aziende ULSS coordinano le Reti locali di cure palliative, garantendo l'uniformità assistenziale. Le Unità di Cure Palliative Domiciliari, coordinate dalle UOC Cure Palliative erogano l'assistenza al domicilio del paziente attraverso un modello funzionale che può avvalersi di personale del Servizio delle Cure domiciliari opportunamente formato.

Inoltre, già con la DGR n. 4029/2003 la Regione del Veneto ha definito le caratteristiche ed il funzionamento della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatrica, garantendo per ogni paziente eleggibile alle cure palliative pediatriche ed alla sua famiglia un modello assistenziale in Rete di servizi che assicura continuità assistenziale (h24 e 7 giorni su 7), unicità di riferimento e ruolo di coordinamento nella gestione alla risposta ai bisogni affidati all'Equipe del Centro di riferimento regionale, risposte multi-specialistiche ad alta complessità declinate in base ai problemi e necessità (clinici, psicologici, sociali, organizzativi, spirituali ed etici), attuate in tutti i setting di vita del minore con malattia inguaribile (domicilio, ospedale di area, ospedale di riferimento per patologia, Hospice Pediatrico), nonché risposte residenziali in Hospice pediatrico in caso di situazioni/bisogni non gestibili a domicilio.

La Regione del Veneto ha inoltre approvato i requisiti di accreditamento delle Reti locali di cure palliative con DGR n. 1636/2022 e della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche con DGR n. 1262/2023, introducendo un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore, con l'obiettivo di migliorare il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, dell'integrazione e della continuità delle cure a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative, nonché migliorare il raccordo tra i numerosi servizi che interagiscono con il minore e la sua famiglia nelle diverse fasi della sua vita, sviluppando ulteriormente la rete specialistica di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche.

MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE CURE DOMICILIARI E CURE PALLIATIVE

ADI RIORGANIZZAZIONE CON DGR N. 1075/2017

- **presenza** di personale **infermieristico 7 giorni su 7**, dalle **07:00 alle 21:00**, con accessi domiciliari sull'intera **settimana**
- **contattabilità del personale infermieristico** per ricezione delle richieste assistenziali ed attivazione degli infermieri, **7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00**
- attivazione di un **numero specifico** Aziendale dedicato esclusivamente ai pazienti presi in carico dalle cure domiciliari
- definizione e formalizzazione di **procedure organizzativo/assistenziali** a livello aziendale, quale garanzia di **qualità** del servizio offerto

→ ACCREDITAMENTO DGR 1599/2022

CURE PALLIATIVE MODELLO ASSISTENZIALE DGR N. 208/2017

- **Rete di Cure Palliative** è ritenuta la modalità organizzativa più idonea in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale per evitare fratture nei processi assistenziali tra setting diversi.
- **DGR 553/2018** definizione **percorso integrato di cura** (PIC) quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in **età adulta**, come prevista dalla DGR 208/2017.
- **Decreto** del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. **140/2022** approvazione del **PIC** per la terapia del dolore e Cure Palliative nell'**età pediatrica**.

→ ACCREDITAMENTO DGR 1636/2022 e DGR 1262/2023

1.2 Il flusso di dati e lo sviluppo in corso

Di pari passo allo sviluppo del modello organizzativo, la Regione del Veneto ha posto particolare attenzione all'informatizzazione ed alla valutazione delle cure domiciliari, prevedendo già con la DGR n. 1722/2004 degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni, attraverso l'istituzione di un flusso informativo relativo agli utenti che hanno ricevuto almeno una valutazione o un intervento di assistenza domiciliare, il Flusso SID-ADI.

Con DGR n. 2372/2011 è stato quindi approvato il Flusso Informativo Cure e Assistenza Domiciliare, quale evoluzione del flusso SID-ADI, con l'obiettivo prioritario di adeguare ed implementare in tutte le Aziende ULSS il sistema informativo e il tracciato record regionale sulle Cure domiciliari rispetto alle indicazioni del Nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Cure Domiciliari di cui al DM 17/12/2008, con particolare riguardo all'implementazione della valutazione dell'assistito al fine di dare conto dei problemi di salute e assistenza dei pazienti domiciliari, compresi i malati in cure palliative, andando ad alimentare il flusso ministeriale SIAD (Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare).

Al fine perciò di soddisfare il debito informativo regionale e nazionale, assicurando e migliorando l'omogeneità, la qualità e la coerenza della rilevazione a garanzia di un efficace utilizzo dei dati per il monitoraggio degli indicatori sullo stato di attuazione dei LEA e del PNRR, per la programmazione e per l'indagine epidemiologica, il Flusso Informativo Cure e Assistenza Domiciliare, è stato oggetto di un continuo processo di aggiornamento.

Da ultimo il DM 07/08/2023, di modifica al DM 17/12/2008, ha introdotto delle importanti novità evolvendo il flusso informativo SIAD per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti caratterizzati dai diversi livelli di assistenza a domicilio (Cure domiciliari e UCPDOM – Cure palliative domiciliari) e permettere in questo modo il monitoraggio dei target previsti dalla Componente 1 - Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” della Missione 6 del PNRR.

Oggetto della rilevazione del Flusso è perciò l'evento assistenziale di CD/UCPDOM, con rilevazione delle caratteristiche anagrafiche, cliniche e funzionali del paziente, la valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, l'apertura e la chiusura dell'evento assistenziale, gli accessi e le prestazioni erogate. Il sistema SIAD rileva l'assistenza domiciliare, ossia un complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio, con presa in carico di tutti i livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, previsti dagli articoli 22, comma 3, lett. a), b), c) e d) e 23 del DPCM del 12/01/2017, in coerenza con il decreto del 17 dicembre 2008 e successive modificazioni, istitutivo del suddetto sistema.

Importante infine ricordare che il flusso informativo SIAD sarà in continua evoluzione, si pensi ad esempio allo sviluppo e all'utilizzo della telemedicina nei percorsi di presa in carico a domicilio.

Questo rapporto presenta i dati sull'attività di Cure Domiciliari e di Cure Palliative Domiciliari svolta negli anni 2018-2022. In particolare nei capitoli 2 e 3 vengono descritti i dati relativi al numero di accessi, di prese in carico e di soggetti rendicontati nel Flusso Informativo Cure e Assistenza Domiciliare (DGR n. 2372/2011). Infine nel capitolo 4 vengono presentati i valori degli indicatori valutati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

2. Attività delle Cure Domiciliari

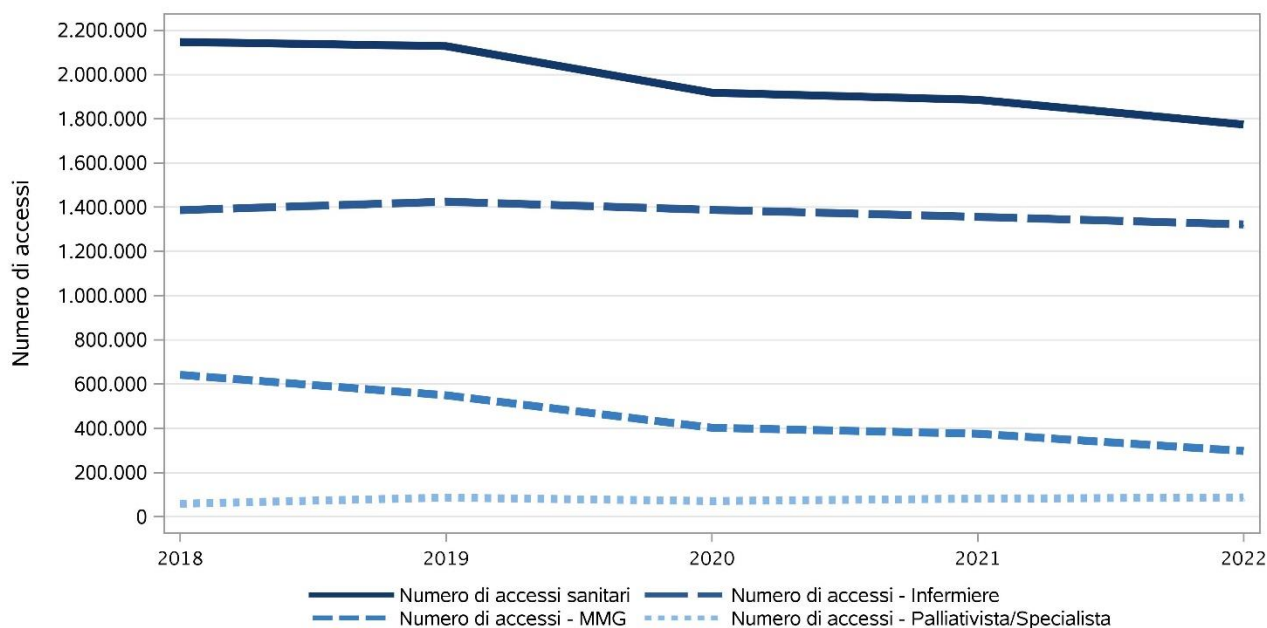
2.1 Accessi erogati

Considerando tutta l'attività di Cure Domiciliari, compresa quella relativa a prese in carico di assistiti in stato di terminalità, nel 2022 sono stati erogati a residenti in Veneto 2.126.861 accessi (438,7 accessi ogni 1.000 residenti), di cui 1.773.072 (365,8 accessi ogni 1.000 residenti) effettuati da parte di operatori sanitari.

L'infermiere risulta essere l'operatore che effettua più accessi (1.321.414 accessi, il 75%), seguito dai medici di medicina generale (296.543 accessi, il 17%) e dagli accessi dei medici palliativisti o specialisti (86.312 accessi, il 5%).

Negli ultimi 5 anni il numero di accessi sanitari registra un calo del -17% (Figura 2.1.1); in particolare gli accessi del medico di medicina generale risultano dimezzati rispetto al 2018 (-54%) mentre quelli degli infermieri hanno un calo molto più contenuto (-5%). Gli accessi dei medici palliativisti e specialisti risultano invece in costante aumento (+49%).

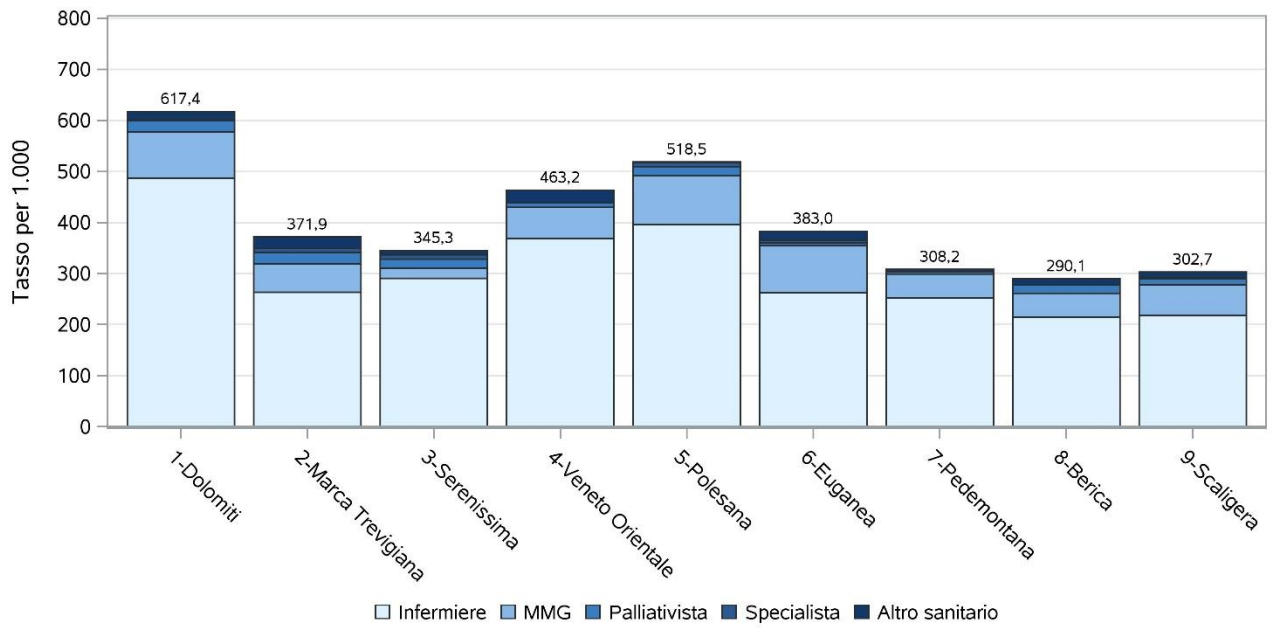
Figura 2.1.1 Numero di accessi sanitari erogati per figura professionale – Veneto, anni 2018-2022



Nel 2022 il tasso regionale di accessi sanitari erogati ogni 1.000 residenti risulta pari a 365,8 (Figura 2.1.2) e presenta una marcata variabilità tra Aziende ULSS (range 617,4 – 290,1).

La variabilità aziendale è elevata anche nei tassi per figura professionale; il tasso di accessi dell'infermiere varia tra 214,5 e 486,5 (media regionale 272,5), quello dei medici di medicina generale tra 19,7 e 96,0 (media regionale 61,2) e quello dei medici palliativisti o specialisti tra 3,7 e 22,2 (media regionale 13,6).

Figura 2.1.2 Tasso di prese in carico per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2022

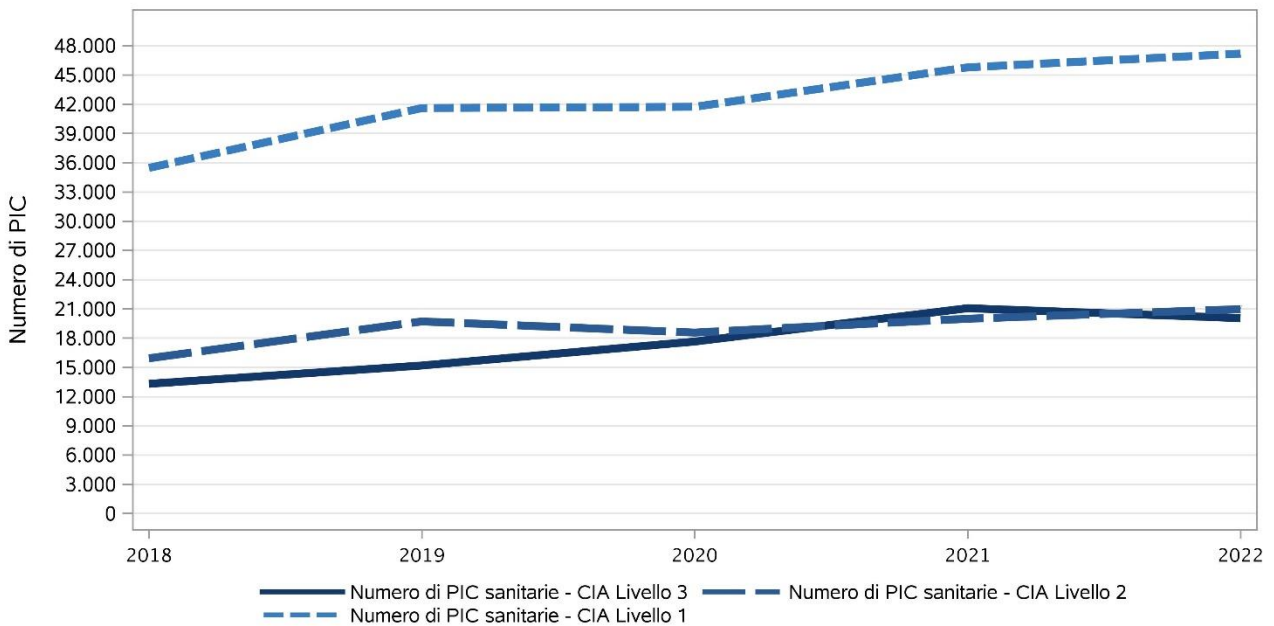


2.2 Prese in Carico erogate

Nel 2022 sono state erogate 248.074 prese in carico (PIC) di cure domiciliari con almeno un accesso sanitario, pari ad un tasso regionale di 51,2 PIC per 1.000 residenti.

Rispetto al 2018 il numero complessivo delle prese in carico risulta essere in leggero calo (-3%) a causa di una progressiva concentrazione dell'attività verso l'assistenza di più alta intensità. Dalla Figura 2.2.1 si evidenzia infatti un incremento medio di tutte le PIC con coefficiente di intensità assistenziale CIA di livello 1 o superiore, che negli ultimi 5 anni sono aumentate del +33,1% nel livello 1, +31,7% nel livello 2 e +50,7% nel livello 3.

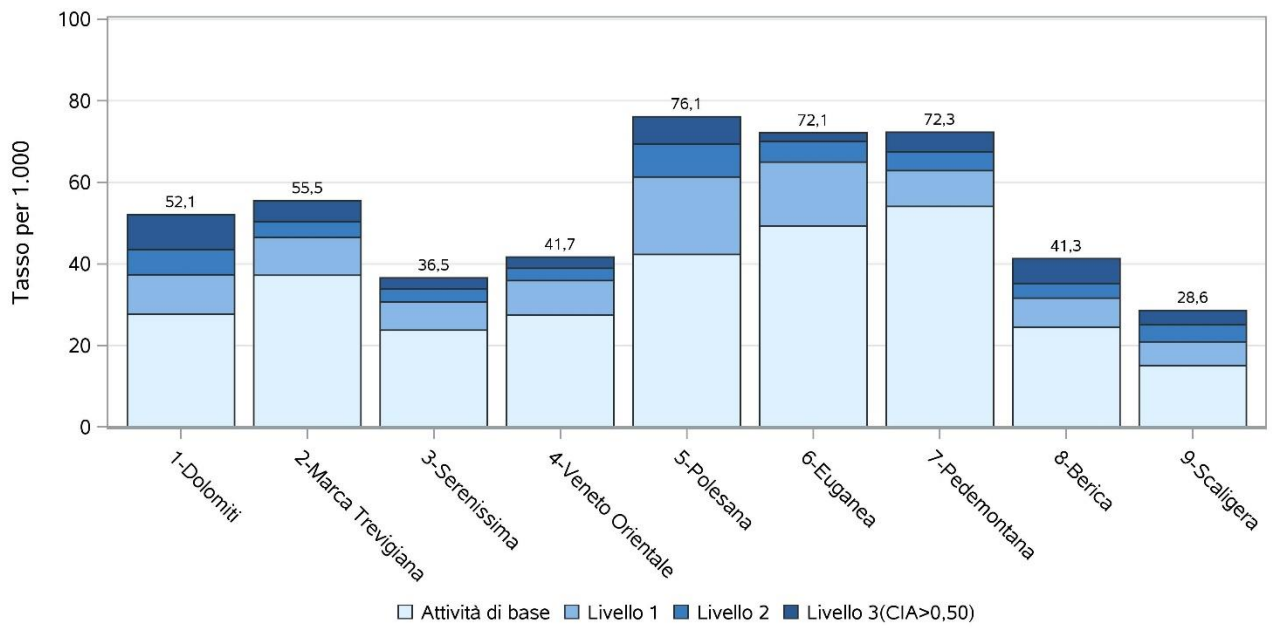
Figura 2.2.1 Numero di prese in carico per livello d'intensità assistenziale CIA – Veneto, anni 2018-2022



Come già evidenziato per gli accessi sanitari, anche il tasso di PIC ogni 1.000 residenti (Figura 2.2.1) mostra una grande variabilità tra le Aziende ULSS sia sul tasso complessivo (range 76,1 - 28,6) che su quello per livello CIA.

In particolare il tasso di PIC con CIA di livello 1 varia tra 5,9 e 18,9 (media regionale 9,7), quello di livello 2 tra 3,0 e 8,1 (media regionale 4,3) e si livello 3 tra 2,1 e 8,6 (media regionale 4,1).

Figura 2.2.2 Tasso di prese in carico ogni 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2022

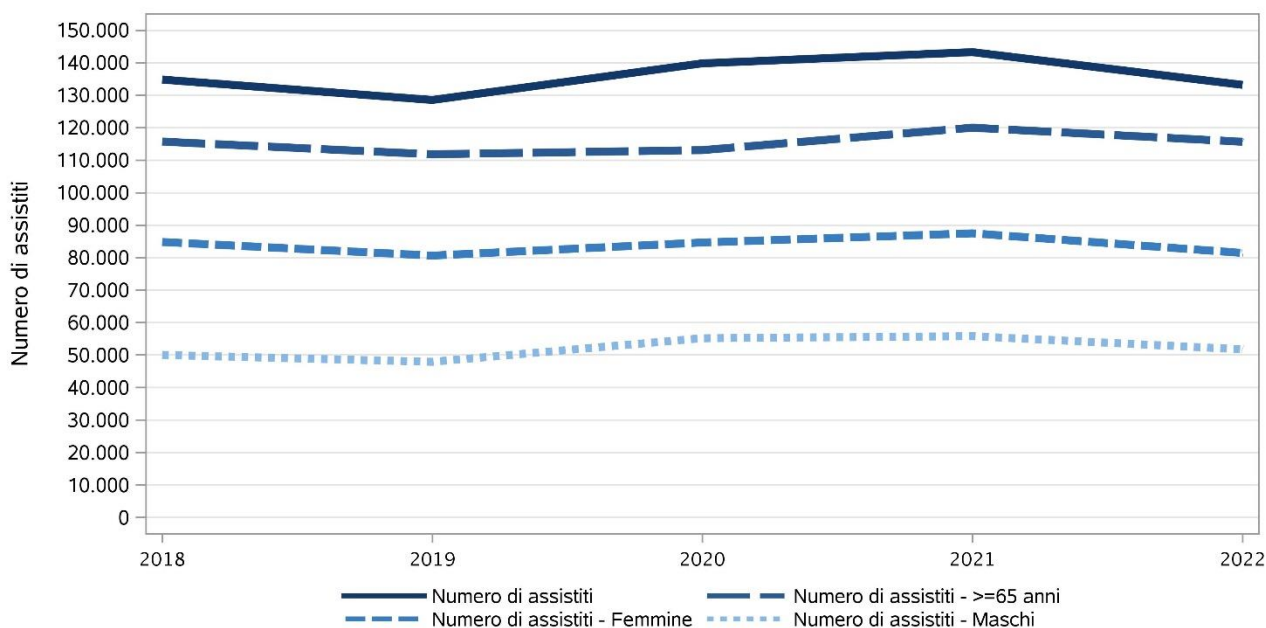


2.3 Numero di assistiti

Il numero di assistiti presi in carico con almeno un accesso domiciliare da parte di un operatore sanitario nel 2022 è pari a 133.150 (tasso=27,5 per 1.000 residenti). La gran parte di loro ha più di 65 anni (n=115.640, tasso=100,1 per 1.000 abitanti) ed è prevalentemente di genere femminile (n=81.405 tasso=33,0 per 1.000 abitanti) rispetto a quello maschile (n=51.745, tasso=21,7 per 1.000 abitanti).

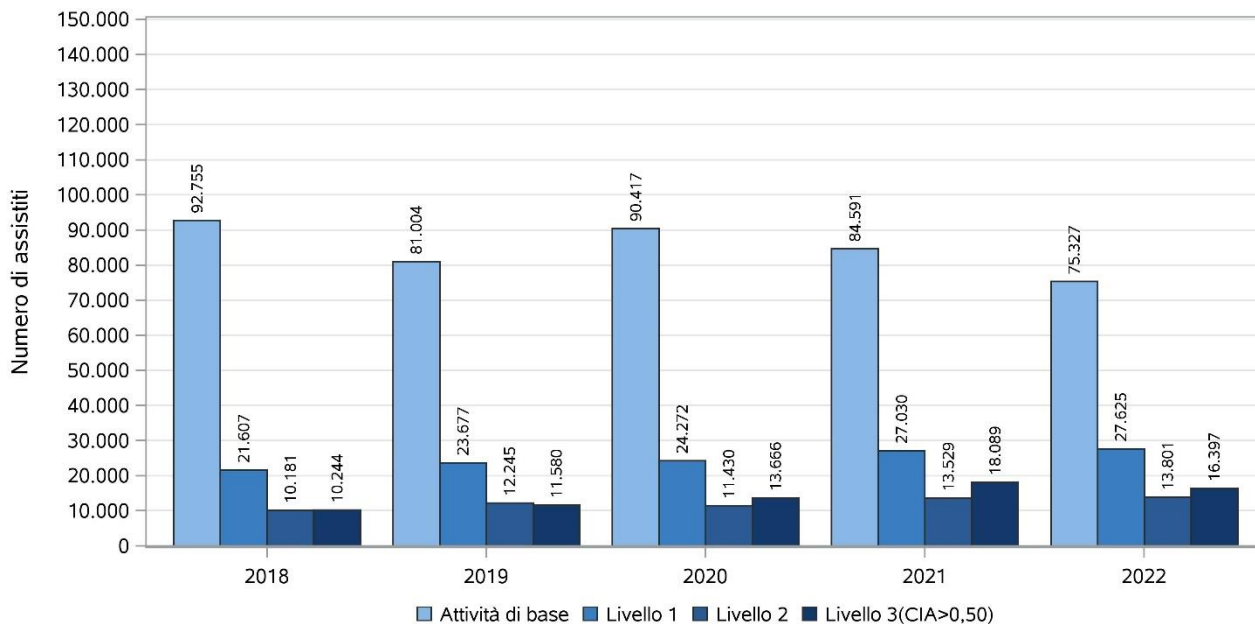
Negli ultimi 5 anni il numero di assistiti risulta sostanzialmente stabile sia nel numero complessivo (-1,2% rispetto al 2018) che nella distribuzione per età e genere (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1 Numero di assistiti in Cure Domiciliari – Veneto, anni 2018-2022



Considerando invece la massima intensità assistenziale erogata ai soggetti nell'anno, si nota una maggior concentrazione dell'attività nei livelli CIA maggiori rispetto al 2018. Il numero di assistiti con livello CIA Attività di base è infatti calata del -18,8% (75.327 vs 92.755) mentre è aumentato del +27,9% nel livello 1 (27.625 vs 21.607), del +35,6% nel livello 2 (13.801 vs 10.181) e del +60,1% nel livello 3 (16.397 vs 10.244)

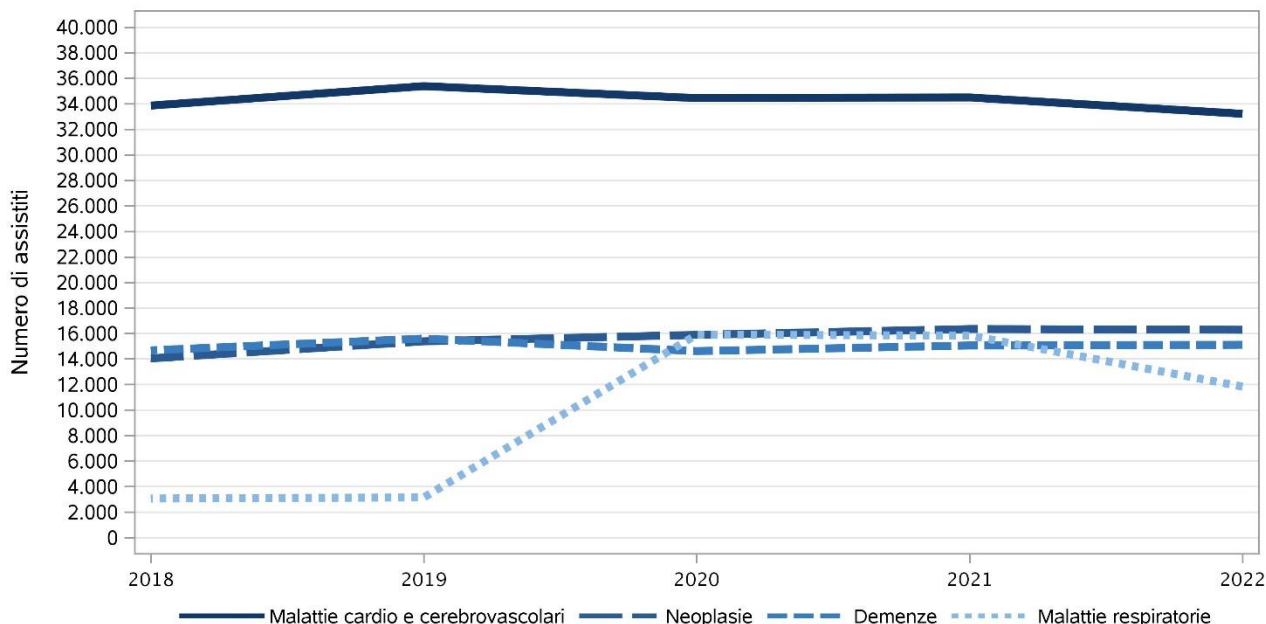
Figura 2.3.2 Numero di assistiti per anno e livello CIA massimo erogato nell'anno – Veneto, anni 2018-2022



Nel 2022 le malattie cardio e cerebrovascolari risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (25%) seguite dalle neoplasie (12%), dalla sindrome ipocinetica (14%) e dalla demenza (11%).

La distribuzione delle diagnosi prevalenti risulta essere fondamentale costante negli ultimi 5 anni (Figura 2.3.3), tranne che per le malattie respiratorie che, a causa della pandemia da COVID-19, sono quintuplicate nel 2020-2021 rispetto gli anni precedenti (11% vs 2%) e continuano a rappresentare una quota consistente di assistiti anche nel 2022 (9%).

Figura 2.3.3 Numero di assistiti per diagnosi – Veneto, anni 2018-2022

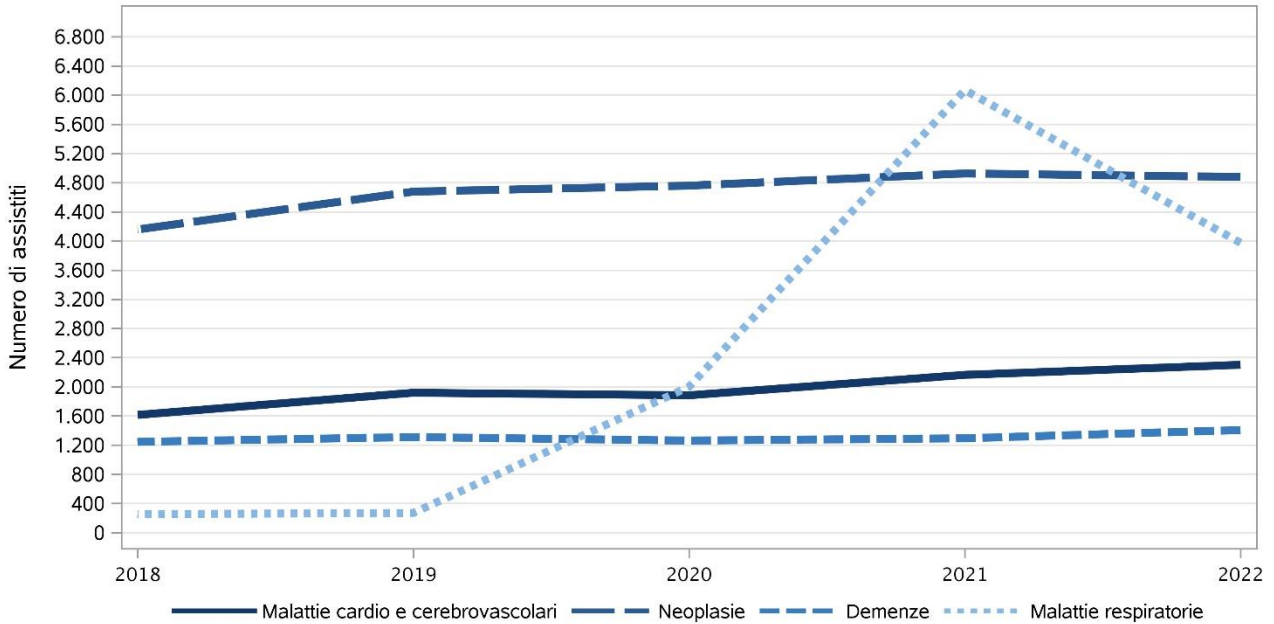


Considerando invece i soggetti seguiti in maniera più intensiva (almeno una PIC con CIA di livello 3 nell'anno; Figura 2.3.4), nel 2022 la diagnosi prevalente è la neoplasia (30%) seguita dalle malattie respiratorie (24%), dalle malattie cardio e cerebrovascolari (14%) e dalle demenze (9%).

Il significativo incremento del numero di soggetti con CIA di livello 3 rispetto al 2018 ha comportato un conseguente aumento in tutte le categorie di diagnosi, in particolare per le malattie cardio e cerebrovascolari (+43%) e le neoplasie (+17%).

Inoltre la pandemia da COVID-19 ha comportato una crescita esponenziale della diagnosi di malattie respiratorie (3.973 assistiti nel 2022 vs 252 assistiti nel 2018).

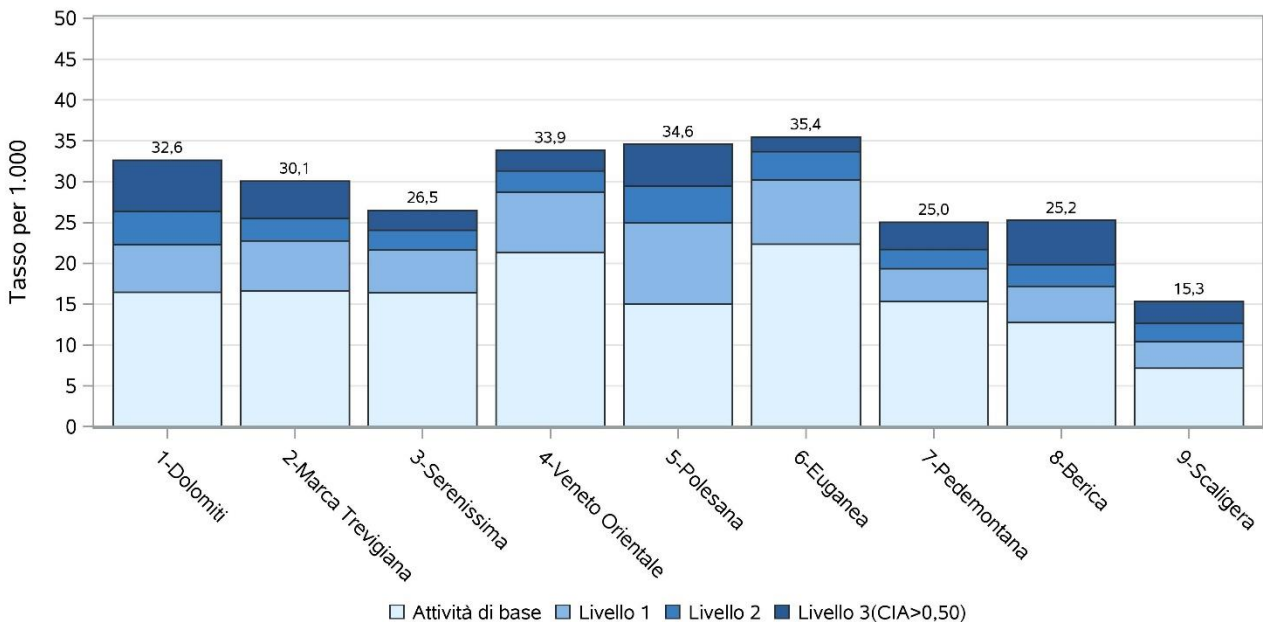
Figura 2.3.4 Numero di assistiti con almeno una PIC di livello CIA 3 per diagnosi – Veneto, anni 2018-2022



Il tasso di assistiti del 2022 risulta avere una minor variabilità tra le Aziende ULSS rispetto al tasso di PIC, attestandosi per quasi tutte le ULSS tra i 25,0 e i 35,4 assistiti ogni 1.000 residenti.

Per quel che riguarda invece il tasso di soggetti per intensità assistenziale (Figura 2.3.5), quello con CIA di livello 1 varia tra 3,2 e 9,9 (media regionale 5,7), quello di livello 2 tra 2,3 e 4,5 (media regionale 2,8) e quello di livello 3 tra 1,8 e 6,2 (media regionale 3,4).

Figura 2.3.5 Tasso di assistiti per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2022



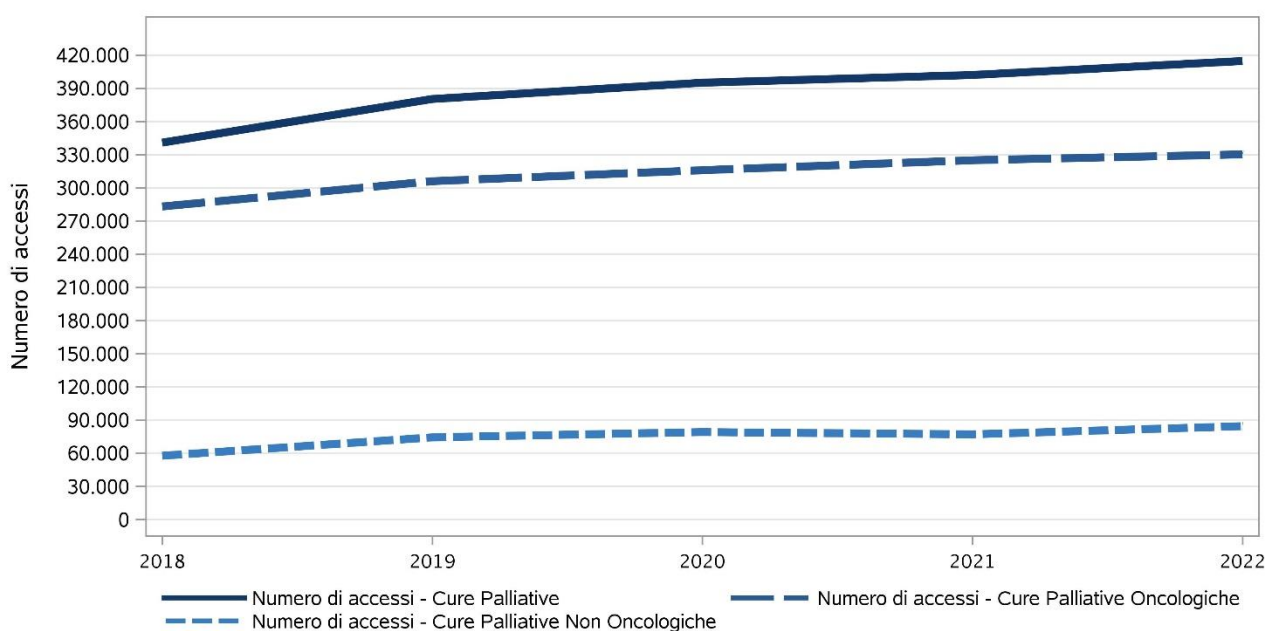
3. Attività delle Cure Palliative Domiciliari

3.1 Accessi erogati

Nel 2022 sono stati erogati 414.778 accessi domiciliari a soggetti in stato di terminalità residenti in Veneto, 330.296 dei quali a malati oncologici.

Rispetto al 2018 si registra un aumento dell'attività del +22% (Figura 3.1.1), più marcata nei pazienti non oncologici (+46%) rispetto a quelli oncologici (+17%).

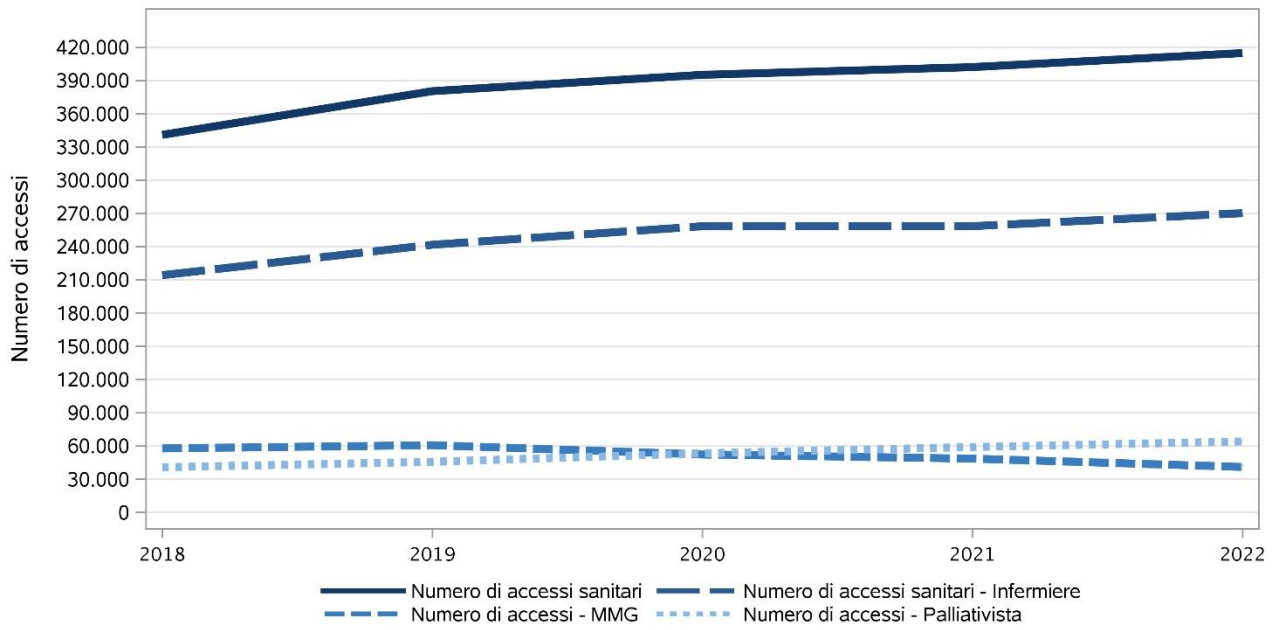
Figura 3.1.1 Numero di accessi domiciliari erogati nel corso di prese in carico di pazienti in stato di terminalità - Veneto anni 2018-2022



Complessivamente nel 2022 l'infermiere risulta essere l'operatore che effettua più accessi (65%, 270.239 accessi), seguito dai medici palliativisti (15%, 64.012 accessi) e dai medici di medicina generale (10%, 41.022 accessi).

Negli ultimi 5 anni il numero di accessi registra un aumento (Figura 3.1.2) nei medici palliativisti (+57%) e negli infermieri (+26%). Gli accessi dei medici di medicina generale, come già rilevato sulla complessiva attività di Cure Domiciliari, risulta in calo (-29%) e sono stati progressivamente compensati dagli accessi dei palliativisti.

Figura 3.1.2 Numero di accessi domiciliari erogati nel corso di prese in carico di pazienti in stato di terminalità per figura professionale - Veneto anni 2018-2022

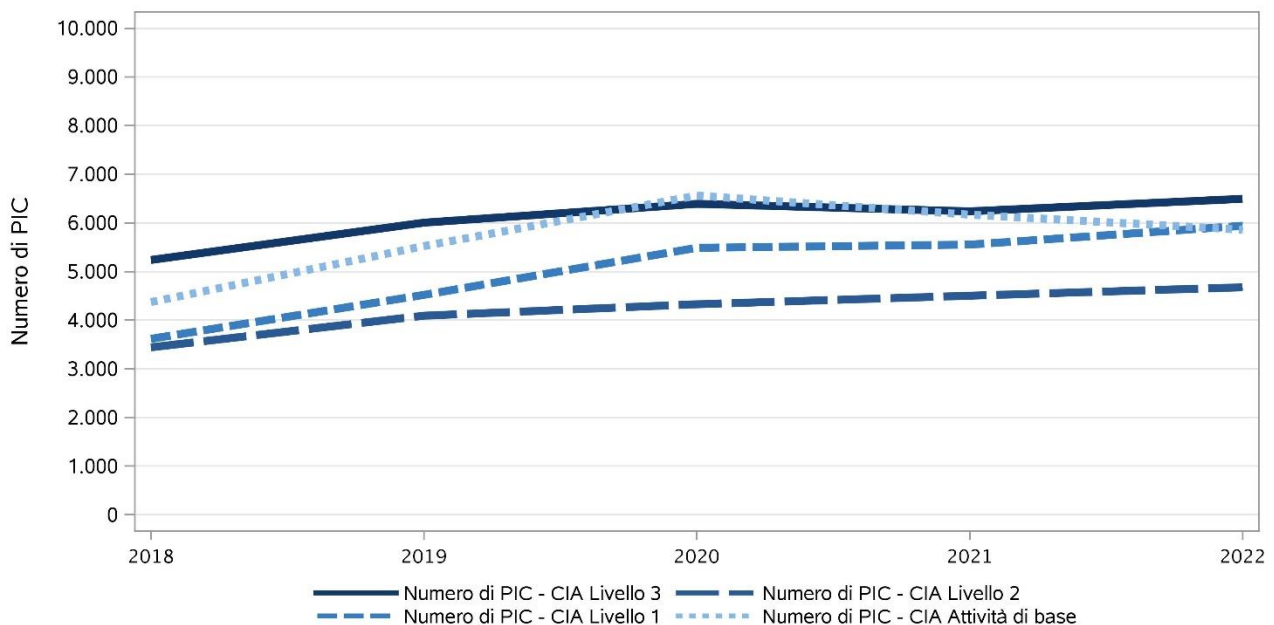


3.2 Prese in Carico erogate

Nel 2022 sono state erogate 22.956 prese in carico di cure (PIC) domiciliari a soggetti in stato di terminalità residenti in Veneto, pari ad un tasso regionale di 4,7 PIC per 1.000 residenti. La maggior parte di queste sono erogate ad assistiti oncologici che risultano avere un tasso di PIC ogni 1.000 residenti quasi 4 volte maggiore rispetto a quelli non oncologici (3,8 vs 1,0) e nelle PIC con livello di intensità assistenziale CIA di livello 3 (1,3) rispetto a quelle di intensità minore (1,0 CIA livello 2, 1,2 CIA livello 1 e 1,2 CIA livello Attività di base).

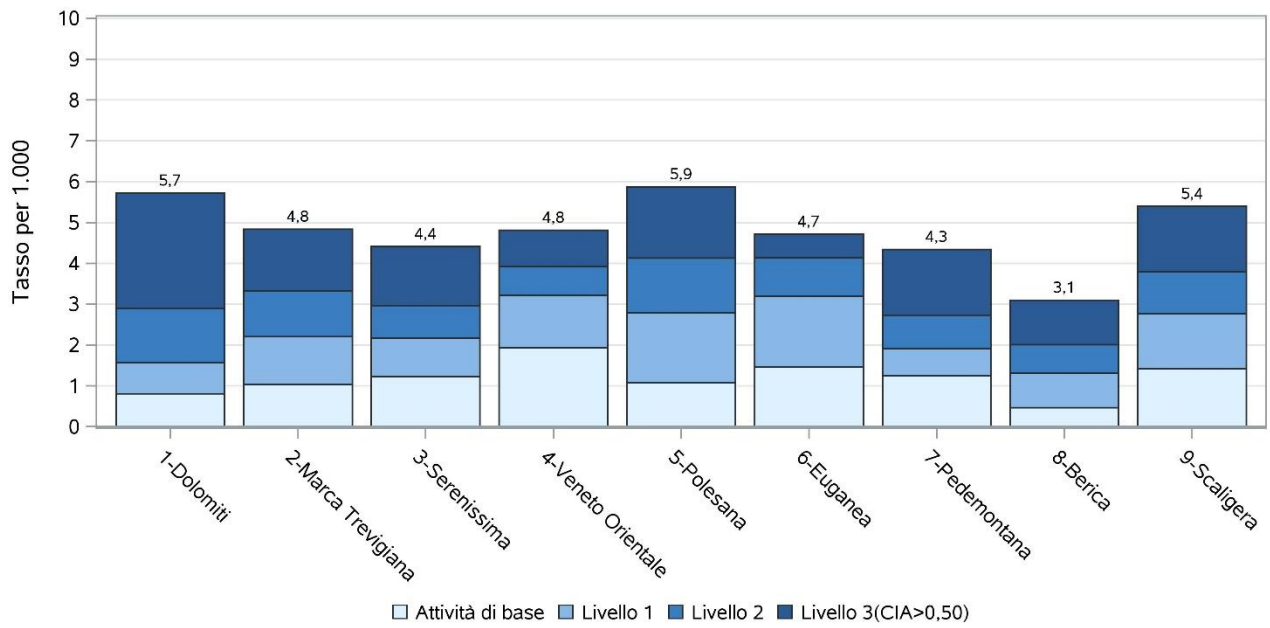
Rispetto al 2018 i tassi risultano in aumento (+39%; 4,7 vs 3,4); l'incremento di attività è maggiore nelle PIC non oncologiche (+72%; 1,0 vs 0,6) rispetto a quelle oncologiche (+32%; 3,8 vs 2,8) e in quelle a bassa intensità assistenziale (+37% CIA livello 2, +65% CIA livello 1 e +35% CIA livello Attività di base) rispetto a quelle con CIA di livello 3 (+25%) (Figura 3.2.1)

Figura 3.2.1 Numero di prese in carico per livello d'intensità assistenziale CIA – Veneto, anni 2018-2022



La variabilità del tasso di PIC ogni 1.000 residenti per Azienda ULSS varia dal 3,1 dell'ULSS 8 Berica al 5,9 dell'ULSS Polesana e risulta molto variabile anche per livello di intensità assistenziale. In particolare il tasso di PIC con CIA di livello 1 varia tra 0,7 e 1,7 (media regionale 1,2), quello di livello 2 tra 0,7 e 1,3 (media regionale 1,0) e si livello 3 tra 0,6 e 2,8 (media regionale 1,3).

Figura 3.2.2 Tasso di prese in carico per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2022

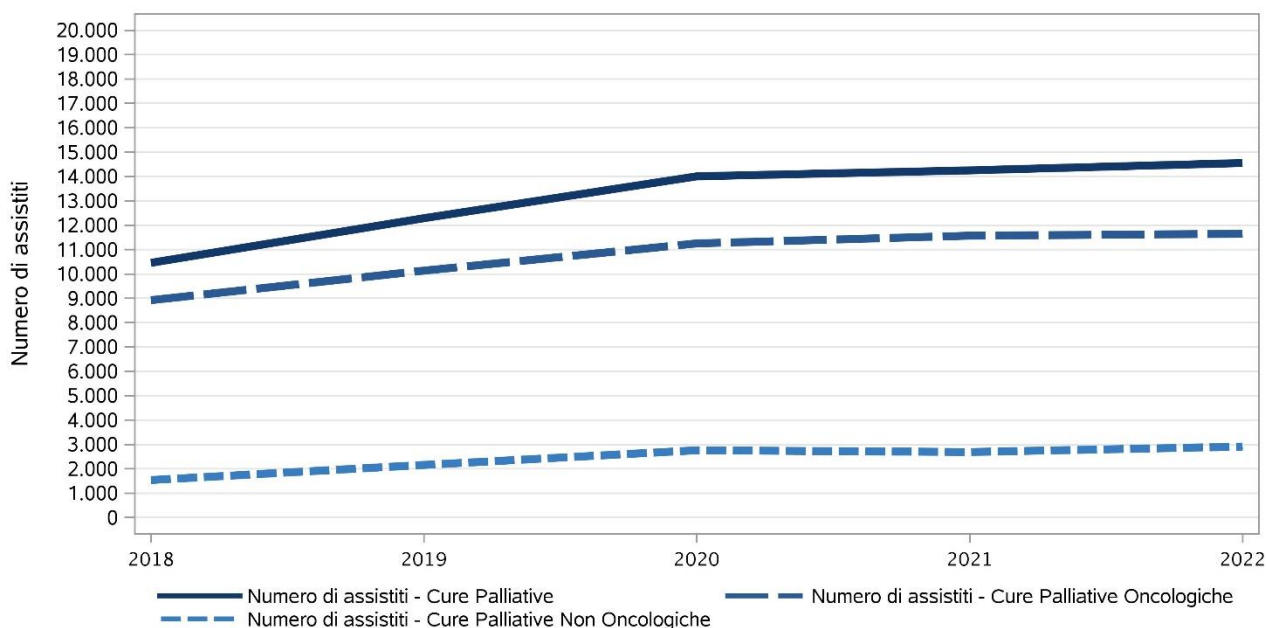


3.3 Numero di assistiti

Nel 2022 le persone residenti in Veneto in stato di terminalità assistite con almeno una presa in carico di cure domiciliari sono state 14.547 (3,0 ogni 1.000 residenti), di cui 11.642 (2,4 ogni 1.000 residenti) in stato di terminalità oncologica e 2.905 (0,6 ogni 1.000 residenti) in stato di terminalità non oncologica.

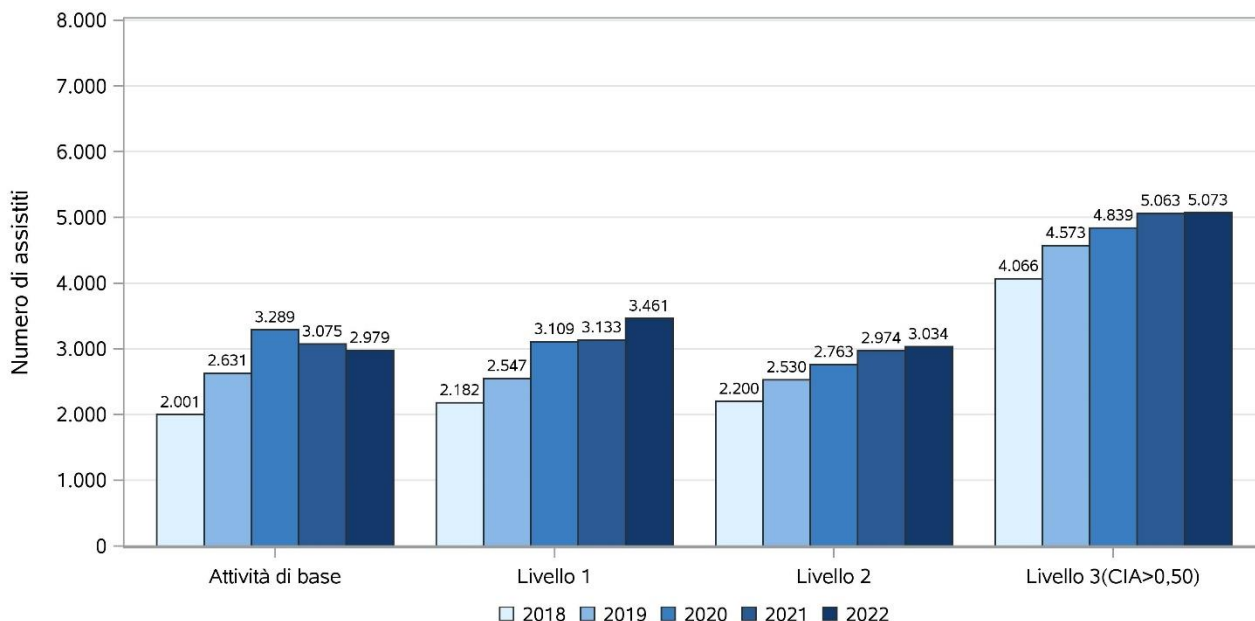
Rispetto al 2018 (Figura 3.3.1) il numero di assistiti è in forte crescita (+39%) soprattutto negli assistiti non oncologici (+89%) rispetto a quelli oncologici (+31%).

Figura 3.3.1 Numero di assistiti in stato di terminalità e loro suddivisione in oncologici e non – Veneto, anni 2018-2022



Considerando invece la massima intensità assistenziale erogata ai soggetti nell'anno (Figura 3.3.2), come per l'attività complessiva di cure domiciliari si nota una maggior concentrazione dell'attività nei livelli CIA maggiori rispetto al 2018. Il numero di assistiti con livello CIA Attività di base, anche se in crescita rispetto a 5 anni fa, è calato a partire dal 2020 mentre dal 2018 in poi è continuamente aumentato nel livello 1 (+59%), nel livello 2 (+38%) e nel livello 3 (+25%).

Figura 3.3.2 Numero di assistiti in stato di terminalità per livello CIA massimo erogato nell'anno – Veneto, anni 2018-2022

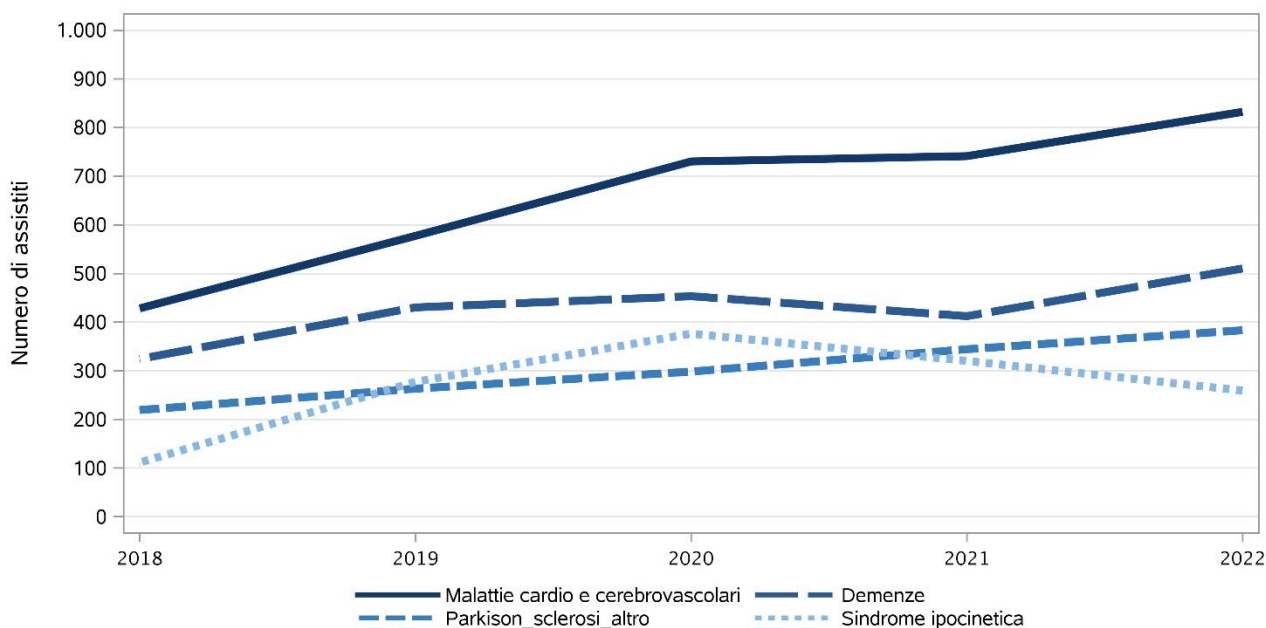


Nel 2022 le principali neoplasie maligne registrate in diagnosi principale nei pazienti oncologici sono quelle dei bronchi/polmone (15,1%), del colon/retto (11,6%), della mammella (9,1%), del pancreas (8,4%) e della prostata (5,7%).

Nei pazienti non oncologici le diagnosi prevalenti risultano invece essere le malattie cardio e cerebrovascolari (29%), le demenze (18%), il Parkinson e le sclerosi multiple (13%) e le sindromi ipocinetiche (9%).

Rispetto al 2018 (Figura 3.3.3) le diagnosi che sono aumentate maggiormente sono le malattie cardio e cerebrovascolari (+94%), il Parkinson e le sclerosi multiple (+75%) e le demenze (+57%). La diagnosi di sindrome ipocinetica risulta invece in calo dal 2020 in poi.

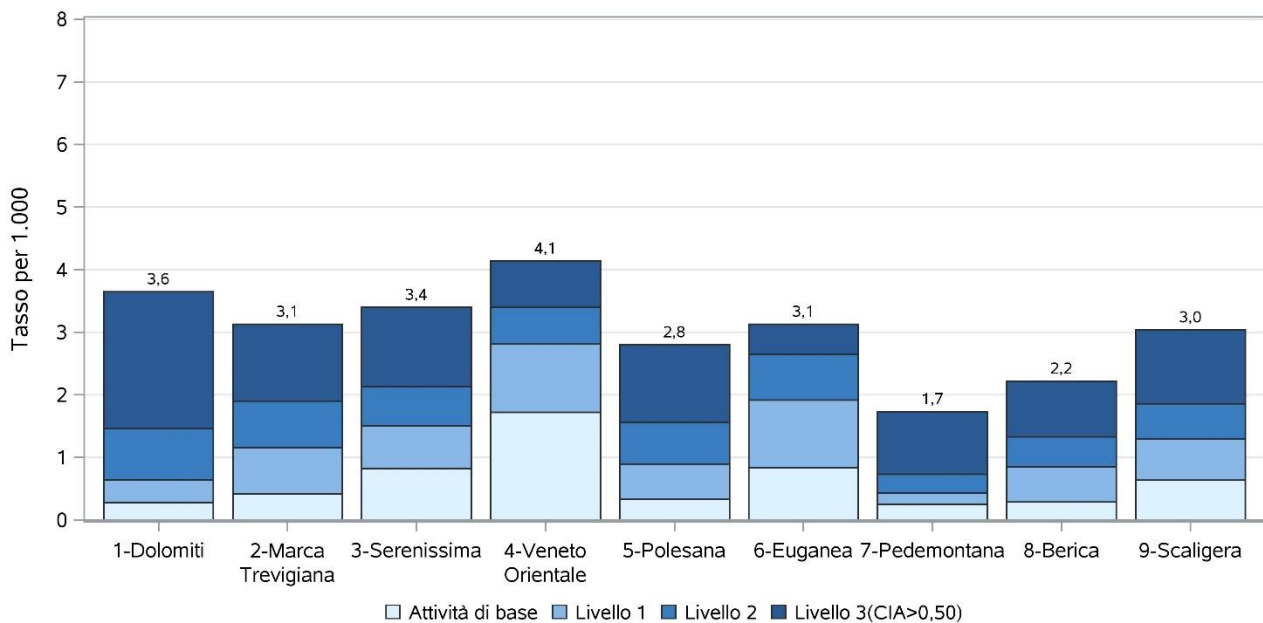
Figura 3.3.3 Numero di assistiti in stato di terminalità per diagnosi – Veneto, anni 2018-2022



Il tasso di assistiti in stato di terminalità del 2022 mostra una forte variabilità tra le Aziende ULSS. In particolare, sulla base del tasso rilevato, si possono osservare 3 gruppi distinti: il primo composto da valori compresi tra 4,1 e 3,4 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 1, 3 e 4), il secondo da valori compresi tra 3,1 e 2,8 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 2, 5, 6 e 9) e il terzo da valori compresi tra 2,2 e 1,7 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 7 e 8).

Per quel che riguarda invece il tasso di soggetti ogni 1.000 residenti per intensità assistenziale (Figura 3.3.4), quello con CIA di livello 1 varia tra 0,2 e 1,1 (media regionale 0,7), quello di livello 2 tra 0,3 e 0,8 (media regionale 0,6) e di livello 3 tra 0,5 e 2,2 (media regionale 1,0).

Figura 3.3.4 Tasso di assistiti in stato di terminalità per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2022



4. Indicatori di valutazione sulle Cure Domiciliari

I principali ambiti nei quali viene valutata l'attività di Cure Domiciliari con indicatori specifici sono:

- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Componente 1 - sub investimento 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)”
- I Livelli di Essenziali di Assistenza (LEA) tramite il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Tutti gli attuali indicatori di valutazione PNRR e NSG sono compresi tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del Sistema Sanitario Regionale (SSR) approvati annualmente dalla Giunta Regionale del Veneto.

4.1 Indicatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Nel 2021, dopo la pandemia di COVID-19, il Governo italiano ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con l'obiettivo di porre le basi per uno sviluppo duraturo e sostenibile dell'economia, garantendo la rapidità di esecuzione dei progetti attraverso una semplificazione degli strumenti in modo da favorire un aumento della produttività (fonte <https://www.mimit.gov.it/it/pnrr>).

Il PNRR ha destinato alla Missione Salute € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale, da realizzare entro il 2026. Ma complessivamente le risorse straordinarie per l'attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana superano i 20 miliardi di euro. Tra queste, le risorse messe in campo dall'Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC), che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro.

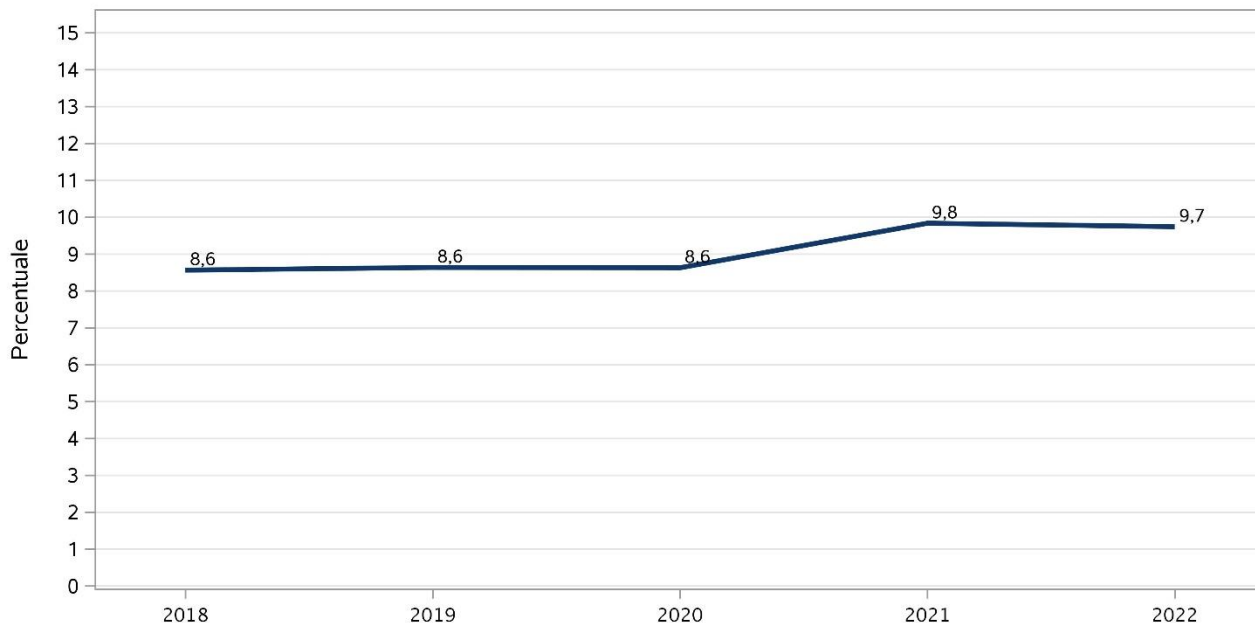
Il primo ambito di interventi della Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” mira al rafforzamento dei servizi e delle prestazioni erogate sul territorio grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali; al potenziamento dell'assistenza domiciliare; allo sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari (fonte <https://www.pnrr.salute.gov.it/>).

In particolare l'obiettivo assegnato all'assistenza domiciliare previsto dal sub investimento M6C1I1.2.1 “Assistenza domiciliare” è prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni entro il 2026. Il Ministero della salute con il Decreto del 23 gennaio 2023 “Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” ha definito i target specifici per regione assegnando come obiettivo per il Veneto la presa in carico in cure domiciliari del 10,98% degli assistiti con 65 anni o più.

Nel 2023 questo obiettivo viene monitorato a livello regionale dall'indicatore Q.5.D.2 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI”, come definito dalle DGR n. 1702 del 30/12/2022 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2023” e DGR n. 1703 del 30/12/2022 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2023”.

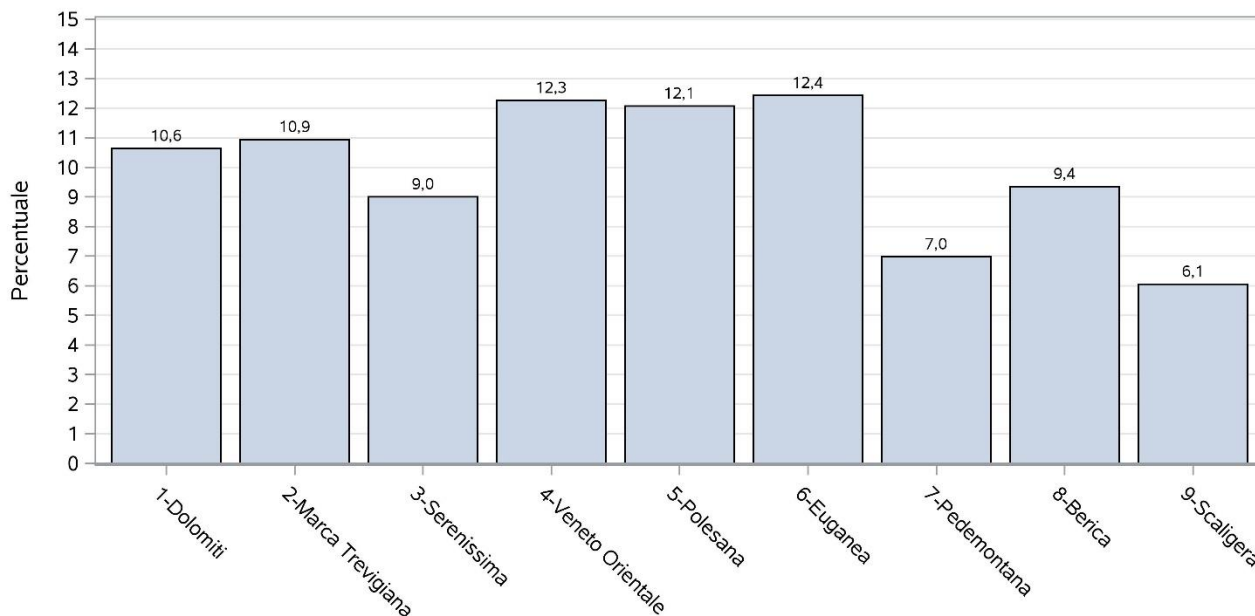
Nel 2022 la percentuale di assistiti di 65 anni o più assistiti in cure domiciliari risulta del 9,7%, pari a 112.528 assistiti. A partire dal 2021 l'indicatore mostra un incremento di 1 punto percentuale rispetto al triennio 2018-2020 (Figura 4.1.1), soprattutto nelle ULSS 6, 5 e 8 (rispettivamente +4,7, +2,7 e +2,1 punti percentuali).

Figura 4.1.1 Indicatore Q.5.D.2 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” – Veneto, anni 2018-2022



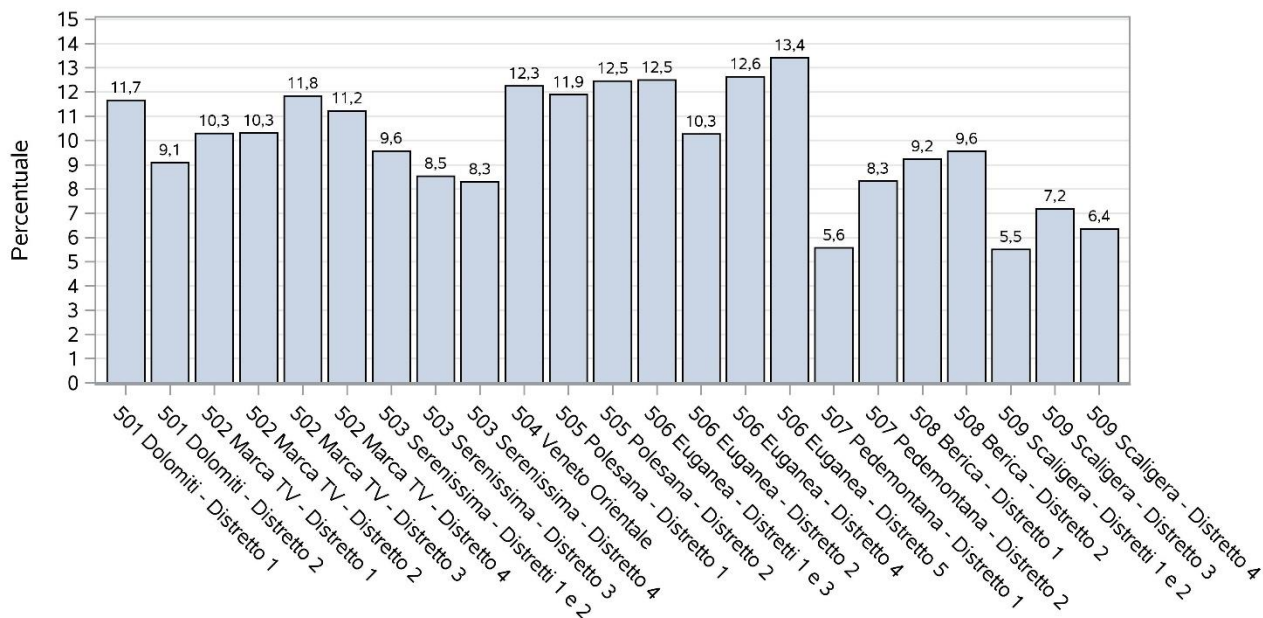
Considerando i valori per ULSS di residenza (Figura 4.1.2) si nota che nel 2022 c'è un'ampia differenza nei valori raggiunti che variano dal 6,1% al 12,4%. Solo le ULSS 2, 4, 5 e 6 avevano raggiunto una percentuale di presi in carico superiore al target fissato dal Ministero per il PNRR.

Figura 4.1.2 Indicatore Q.5.D.2 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” per ULSS di residenza – Veneto, anno 2022



Scendono ancora di livello e considerando i valori dell'indicatore per distretto socio sanitario (DSS), si evidenzia una certa variabilità interna alle Aziende ULSS con differenze tra distretti anche superiori ai 2 punti percentuali, in particolare nelle ULSS 1, 6, 7 e 9 (Figura 4.1.3).

Figura 4.1.3 Indicatore Q.5.D.2 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” per DSS di residenza – Veneto, anno 2022



4.2 Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

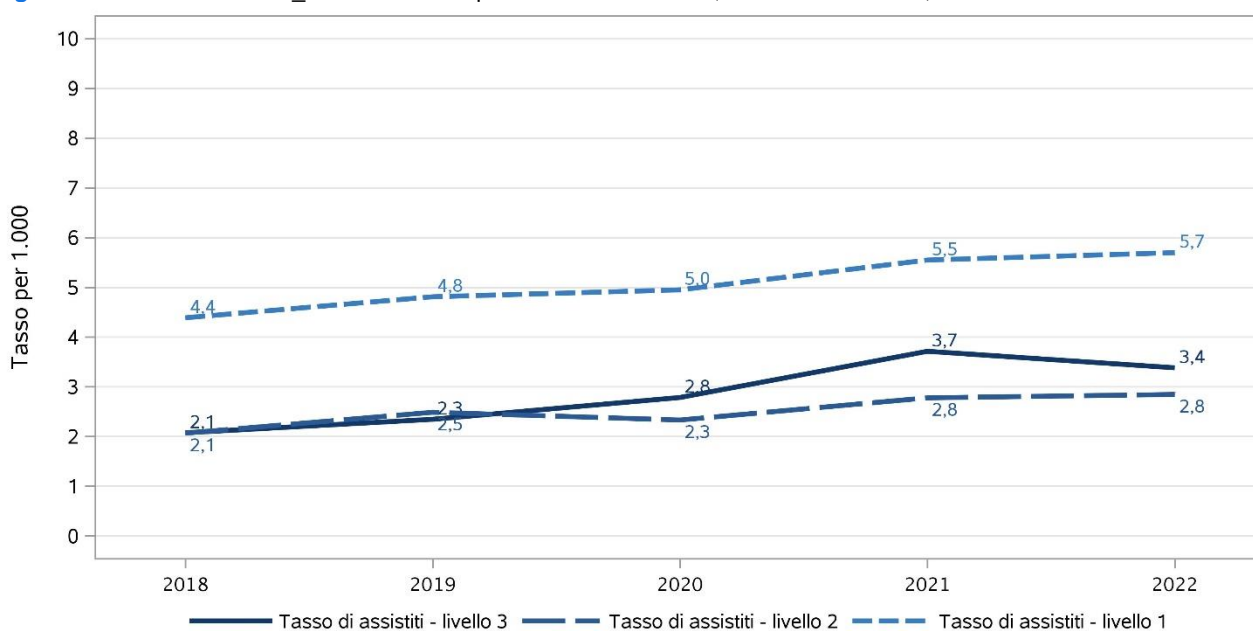
Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020 (fonte <https://www.salute.gov.it/portale/lea>).

Nel 2023, come previsto dalle DGR n. 1702 del 30/12/2022 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2023" e DGR n. 1703 del 30/12/2022 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2023", le cure domiciliari vengono monitorate a livello regionale da due indicatori definiti nell'ambito del NSG: l'indicatore A.D._D22Z "Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)" e l'indicatore A.D._D30Z "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore". Questi indicatori, insieme a tutti gli altri indicatori NSG, sono consultabili sul "Cruscotto NSG" presente sul data warehouse regionale.

Nel 2022 il tasso di pazienti assistiti in cure domiciliari ogni 1.000 residenti risulta avere valori superiori ai target previsti ($\geq 4,0$ per il livello 1; $\geq 2,5$ per il livello 2; $\geq 2,0$ per il livello 3) con valori pari a 5,7 per il livello 1; 2,8 per il livello 2 e 3,4 per il livello 3.

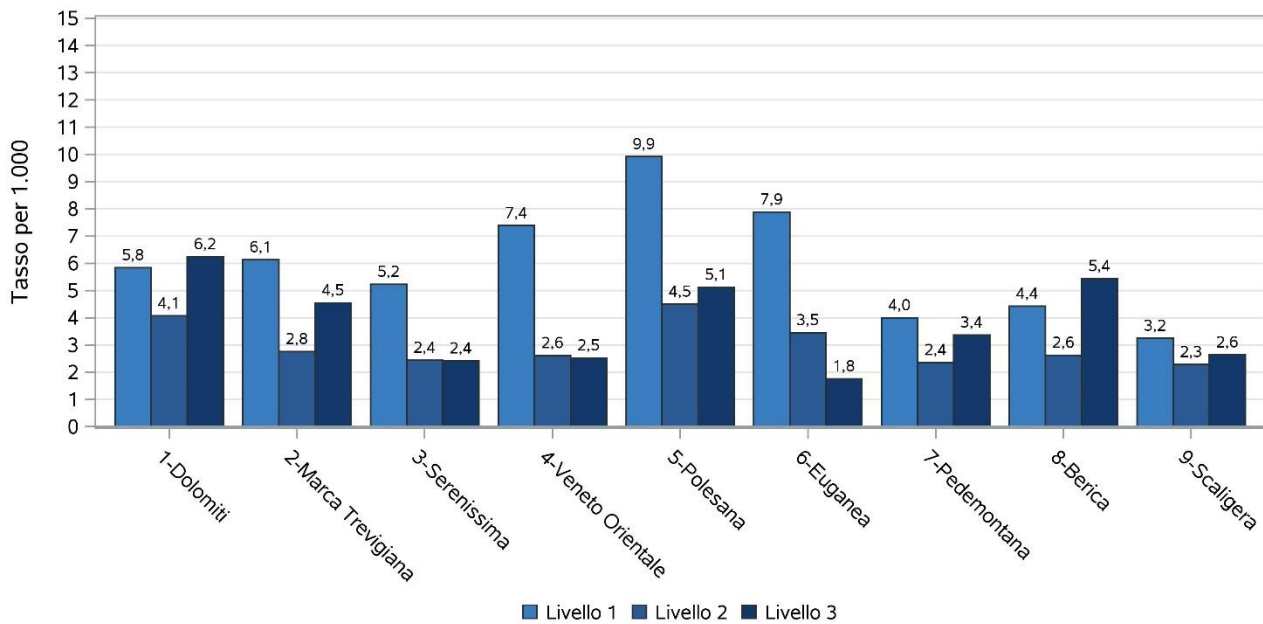
Rispetto al 2018 l'indicatore mostra un incremento in tutti e tre i livelli CIA (Figura 4.2.1) di +1,3 punti percentuali, +0,8 e +1,3 rispettivamente.

Figura 4.2.1 Indicatore A.D._D22Z "Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)" – Veneto, anni 2018-2022



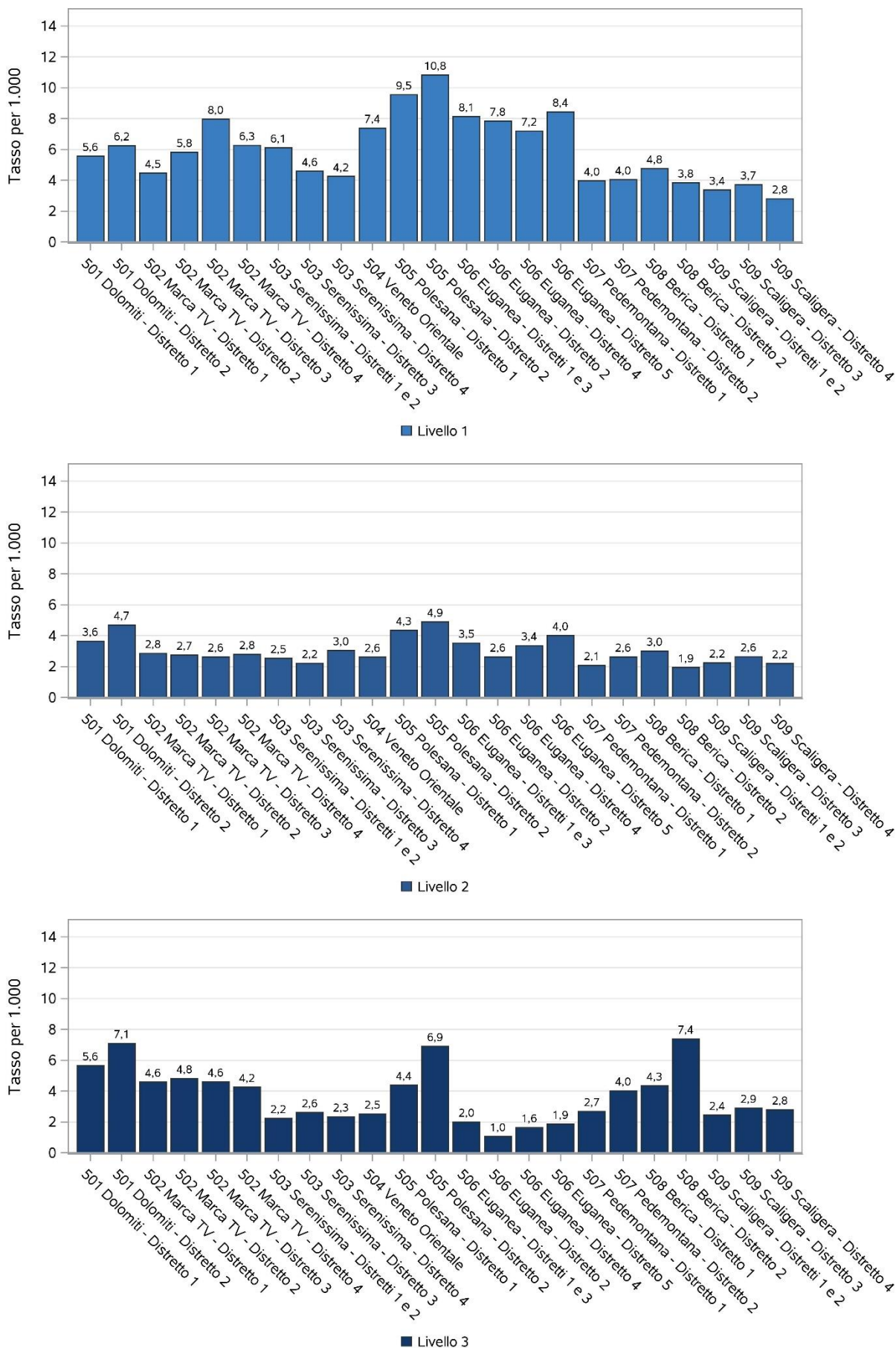
Considerando i valori relativi all'anno 2022 per ULSS di residenza (Figura 4.2.2) si evidenzia una grande variabilità con tassi di assistiti ogni 1.000 residenti che variano tra 3,2 e 9,9 per il livello 1, tra 2,3 e 4,5 per il livello 2 e tra 1,8 e 6,2 per il livello 3.

Figura 4.2.2 Indicatore A.D._D22Z “Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)” per ULSS di residenza – Veneto, anno 2022



Considerando invece i valori dell'indicatore per distretto socio sanitario (DSS), si evidenzia anche una certa variabilità interna alle Aziende ULSS con differenze tra distretti anche superiori ai 3 punti percentuali, in particolare nelle ULSS 2 e 3 per il livello 1, nelle ULSS 6 e 8 per il livello 2 e nelle ULSS 5 e 8 per il livello 3 (Figura 4.2.3).

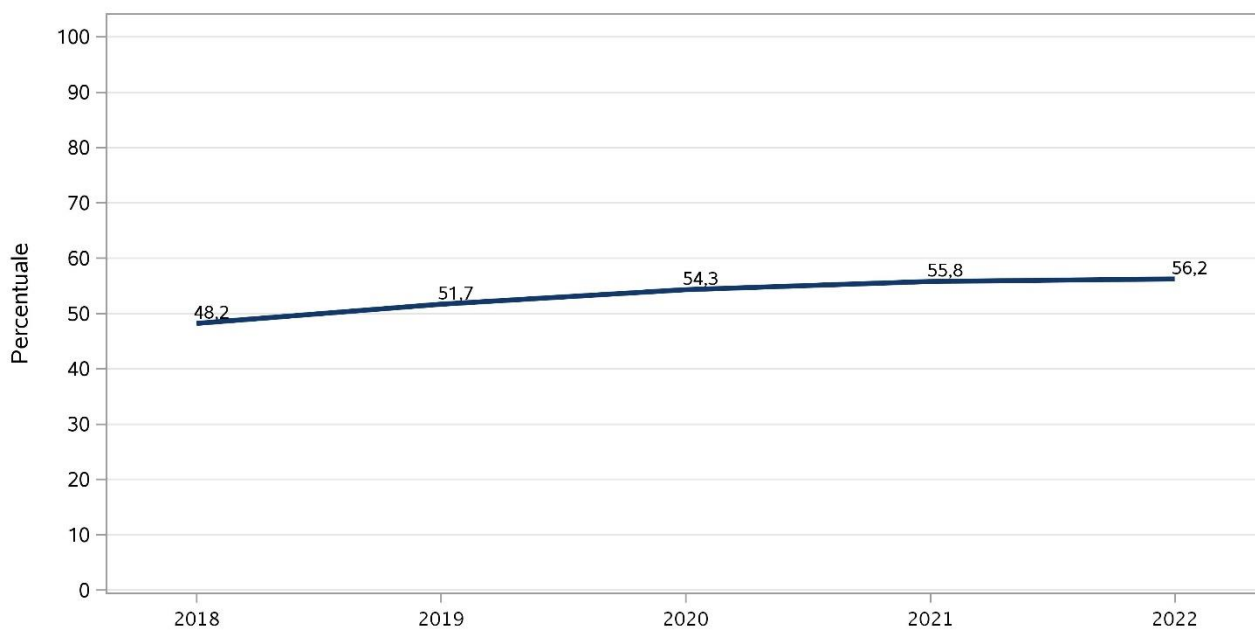
Figura 4.2.3 Indicatore A.D._D22Z “Tasso di pazienti trattati in ADI (livello CIA 1, CIA 2, CIA 3)” per DSS di residenza – Veneto, anno 2022



Anche l'indicatore A.D._D30Z "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" supera nel 2022 il target previsto ($\geq 55\%$) con un valore pari a 56,2% (Figura 4.2.4).

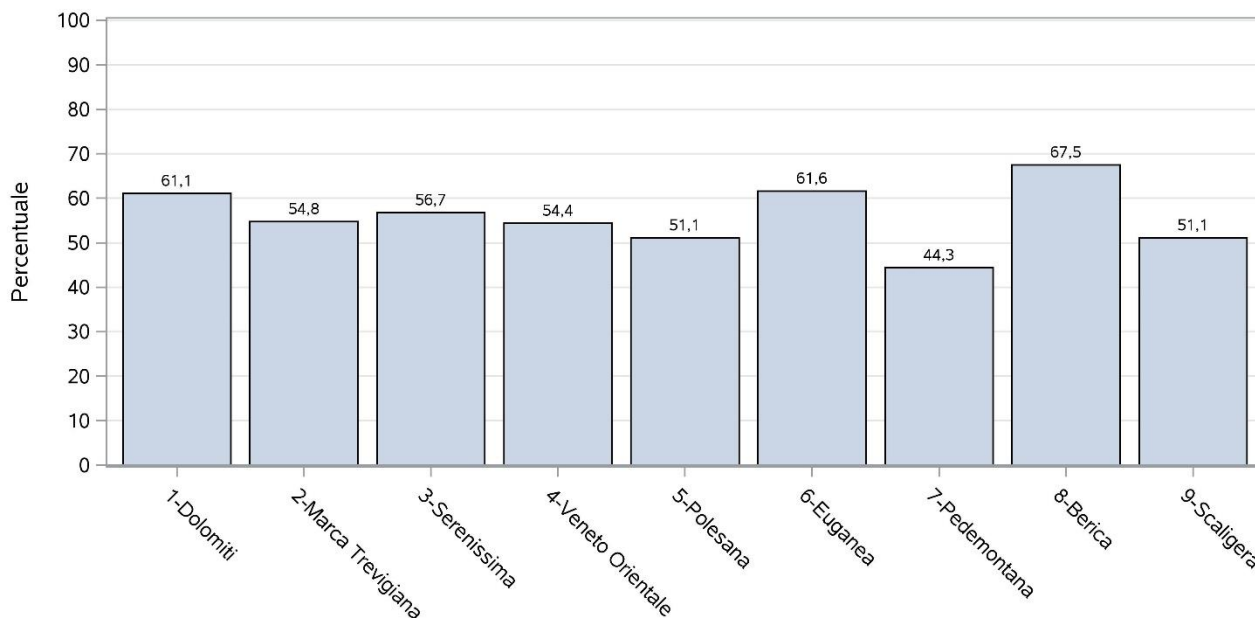
Rispetto al 2018 l'indicatore mostra un incremento di +8,0 punti percentuali (Figura 4.2.4), soprattutto nelle ULSS 8, 5 e 4 dove risulta un aumento rispettivamente di +25,9, +16,1 e +15,4 punti percentuali.

Figura 4.2.4 Indicatore A.D._D30Z "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" – Veneto, anni 2018-2022



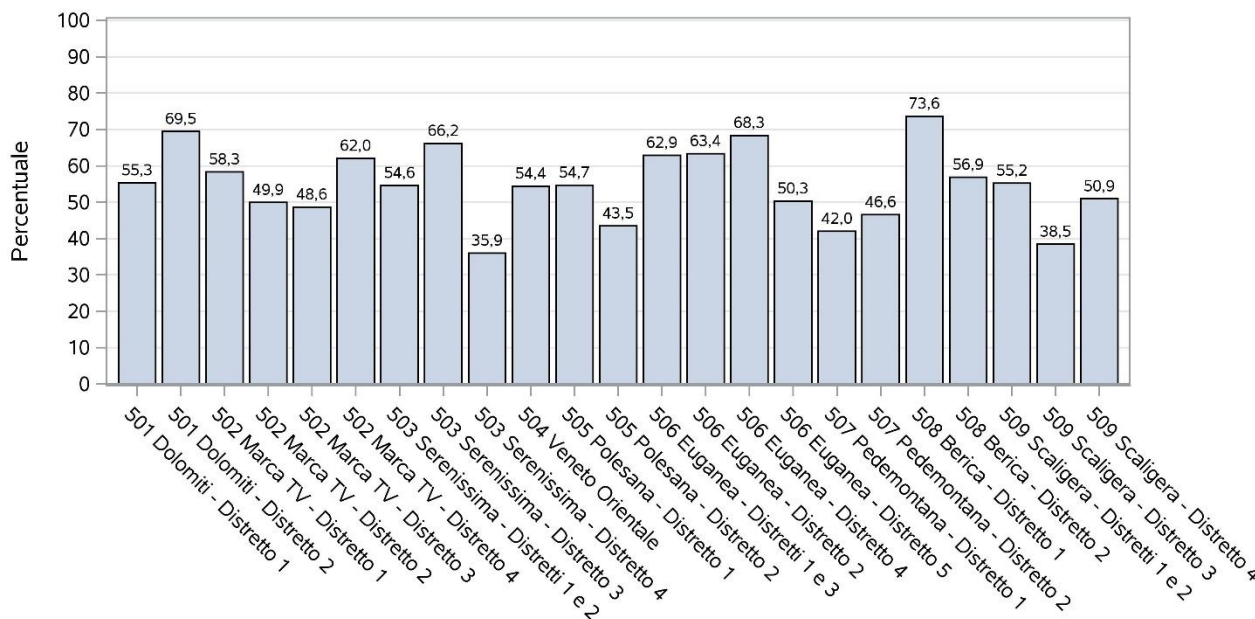
Considerando i valori relativi all'anno 2022 per ULSS di residenza (Figura 4.2.5), si evidenzia una minor variabilità tra Aziende rispetto all'indicatore A.D._D22Z con percentuali che variano tra 44,3% e 67,5%.

Figura 4.2.5 Indicatore A.D._D30Z “Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore” per ULSS di residenza – Veneto, anno 2022



Considerando i valori dell'indicatore per distretto socio sanitario (DSS), si nota una significativa variabilità interna alle Aziende ULSS con differenze tra distretti che superano anche i 18 punti percentuali, in particolare nelle ULSS 3 e 6 (Figura 4.2.6).

Figura 4.2.6 Indicatore A.D._D30Z “Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore” per DSS di residenza – Veneto, anno 2022



5. Metodi

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel Flusso Informativo Cure e Assistenza Domiciliare (DGR n. 2372/2011) con dati aggiornati al 26/04/2023. L'attività di Cure Domiciliari considerata è quella relativa alle prese in carico (PIC) attive al 2022; il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è calcolato sull'intero periodo di assistenza delle PIC anche se iniziato in anni precedenti mentre il conteggio del numero di accessi è fatto solo su quelli erogati nel 2022.

Il livello di intensità assistenziale CIA è calcolato come rapporto tra le giornate in cui è stato effettuato almeno un accesso a domicilio (Giornate Effettive di Assistenza - GEA) e il numero di Giornate di Cura (GdC). Il GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio relative alle PIC attive nell'anno di riferimento, anche se erogate in anni precedenti. In base al valore del CIA vengono classificati 5 livelli di intensità assistenziale crescenti così definiti (vedi scheda indicatore D22Z NSIS):

- GdC = 0
- Assistenza di base: CIA = 0,001 - 0,13
- Livello 1: CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30
- Livello 2: CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50
- Livello 3: CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50.

Per il calcolo dell'indicatore A.D._D30Z “Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore” sono state utilizzate le informazioni presenti nel flusso informativo “Hospice” (DGR n. 2851/2012) con i dati aggiornati al 28/04/2023 e nel Flusso Informativo Cure e Assistenza Domiciliare (DGR n. 2372/2011) con dati aggiornati al 26/04/2023.

Il dati relativo al distretto di residenza è stato desunto dal codice del comune di residenza presente nel flusso informativo di “Assistenza e Cure Domiciliari”.

5.1 Schede di calcolo degli indicatori PNRR e NSG

Indicatore PNRR Q.5.D.2 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI”

$$\frac{\text{N° Persone con 65 anni o più che hanno ricevuto almeno una presa in carico di cure domiciliari}}{\text{Popolazione residente con 65 anni o più}}$$

Note per il calcolo:

Nel conteggio del numeratore vengono considerate le sole PIC di tipo sanitario o socio-sanitario (sono esclusi i soggetti con solo PIC sociali) con almeno 1 accesso nel periodo considerato in cui nelle valutazioni sono presenti: almeno una diagnosi, uno o più bisogni assistenziali e tutte le informazioni obbligatorie relative alla SVAMA semplificata.

SCHEDA INDICATORE D22Z

Indicatore: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

Definizione: Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti

Razionale/Significato: L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).

Macrolivello di assistenza: Distrettuale

Sottolivello essenziale di assistenza: Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare

Dimensione funzionale esplorata o trasversalità sulle dimensioni: Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa

Possibile massima disaggregazione e livelli di aggregazione di interesse: Regione, ASL

Fonte: Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

Formula di calcolo dell'indicatore e degli eventuali aggiustamenti:

Combinazione dei seguenti tassi:

Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / popolazione residente * 1.000

Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / popolazione residente * 1.000

Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / popolazione residente * 1.000

Note per il calcolo e/o per l'interpretazione

Si considerano gli assistiti con almeno un accesso a domicilio registrato nel periodo di riferimento.

CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 - 0,30

CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50

CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50

Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il valore CIA della presa in carico con CIA più elevato.

Valore soglia: La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati

SCHEDA INDICATORE D30Z

Indicatore: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

Definizione: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore

Razionale/significato: L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.

Macrolivello di assistenza: Distrettuale

Sottolivello essenziale di assistenza: Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale

Dimensione esplorata: Efficienza/Appropriatezza organizzativa

Possibile massima disaggregazione e livelli di aggregazione di interesse: Regione, ASL

Fonte: Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD), DM 17 dicembre 2008, Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (HOSPICE), ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa

Formula di calcolo dell'indicatore e degli eventuali aggiustamenti:

Numeratore: \sum Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + \sum Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208.

Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente).

Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili

Riferimenti normativi:

Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311".

Valore soglia: Valore > 35%

6. Normativa di riferimento

Provvedimenti nazionali	
DMS 23/01/2023	Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
L 197/2022	Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025.
DMS 77/2022	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
DMS 29/04/2022	Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia.
L 106/2021	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, recante: «Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali.».
DPCM 12/01/2017	Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
DMS 06/08/2012	Modifiche al decreto 17/12/2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".
L 38/2010	Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
DMS 17/12/2008	Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare.
DMS 43/2007	Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1 comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n°311.
DMS 05/12/2006	Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

Provvedimenti regionali	
DGR 993/2023	Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2023, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197.
DGR 775/2023	PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022 (pubblicato in G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298).
DGR 721/2023	Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.
DGR 574/2023	Approvazione Piano operativo regionale - Assistenza Domiciliare e prime indicazioni operative e organizzative. Decreto interministeriale 23 gennaio 2023. PNRR Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub-Investimento 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI). CUP C99I23000320001.
DDR 31/2023	Approvazione del documento "Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta".
DDR 17/2023	Aggiornamento del documento "Linee di indirizzo regionale. La continuità terapeutica ospedale territorio" e relativi allegati.
DGR 1636/2022	Approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002.
DGR 1599/2022	Approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002.
LR 12/2022	Disposizioni di adeguamento ordinamentale 2022 in materia di politiche sanitarie e di politiche sociali.
DGR 1523/2020	Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19.
DGR 1103/2020	Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".
DGR 782/2020	Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.
DDR 140/2019	Approvazione del Percorso integrato di cura per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica.
DGR 553/2018	Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio

	2017 ad oggetto: " Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015".
LR 48/2018	Piano socio sanitario regionale 2019-2023.
DGR 1306/2017	Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Dgr n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19).
DGR 1075/2017	Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
DGR 208/2017	Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015.
DGR 1104/2014	Individuazione del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - quale struttura tecnica di riferimento per la gestione del Flusso Informativo delle Cure Domiciliari di cui alla DGR n. 2372 del 29.12.2011 anche nella sua integrazione con il flusso delle Cure Palliative ed in particolare con il Flusso Hospice di cui alla DGR n. 2851 del 28.12.2012.
LR 23/2012	Piano Socio-Sanitario per il triennio 2012-2016.
DGR 2961/2012	Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008.
DGR 2372/2011	Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione.
LR 7/2009	Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
DGR 1133/2008	Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale.

DGR 4588/2007	Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle A.Ulss.
DGR 39/2006	Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative.
DGR 1722/2004	Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario – modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata). Approvazione degli standard regionali per l’acquisizione dell’informazione.
DGR 4029/2003	Attivazione della Rete Regionale di assistenza dei minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento Regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l’Azienda Ospedaliera di Padova.
DGR 5273/1998	Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di A.D.I. con particolare riferimento all’A.D.I. ex allegato “H” del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. a del D.P.R. n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED.