

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto

Anni 2020-2024

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

Settembre 2025

Sommario

1. Introduzione	5
1.1 Il modello organizzativo delle Cure domiciliari nella Regione del Veneto ...	7
1.2 Il flusso di dati e lo sviluppo in corso	9
2. Attività delle Cure Domiciliari	11
2.1 Accessi erogati	11
2.2 Prese in Carico erogate	13
2.3 Numero di assistiti	15
3. Attività delle Cure Palliative Domiciliari.....	19
3.1 Nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative.....	19
3.2 Accessi erogati	21
3.3 Prese in Carico erogate	22
3.4 Numero di assistiti	24
4. Indicatori di valutazione sulle Cure Domiciliari	27
4.1 Indicatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	27
4.2 Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia	30
5. Metodi.....	35
5.1 Schede di calcolo degli indicatori PNRR e NSG	35
6. Normativa di riferimento.....	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.

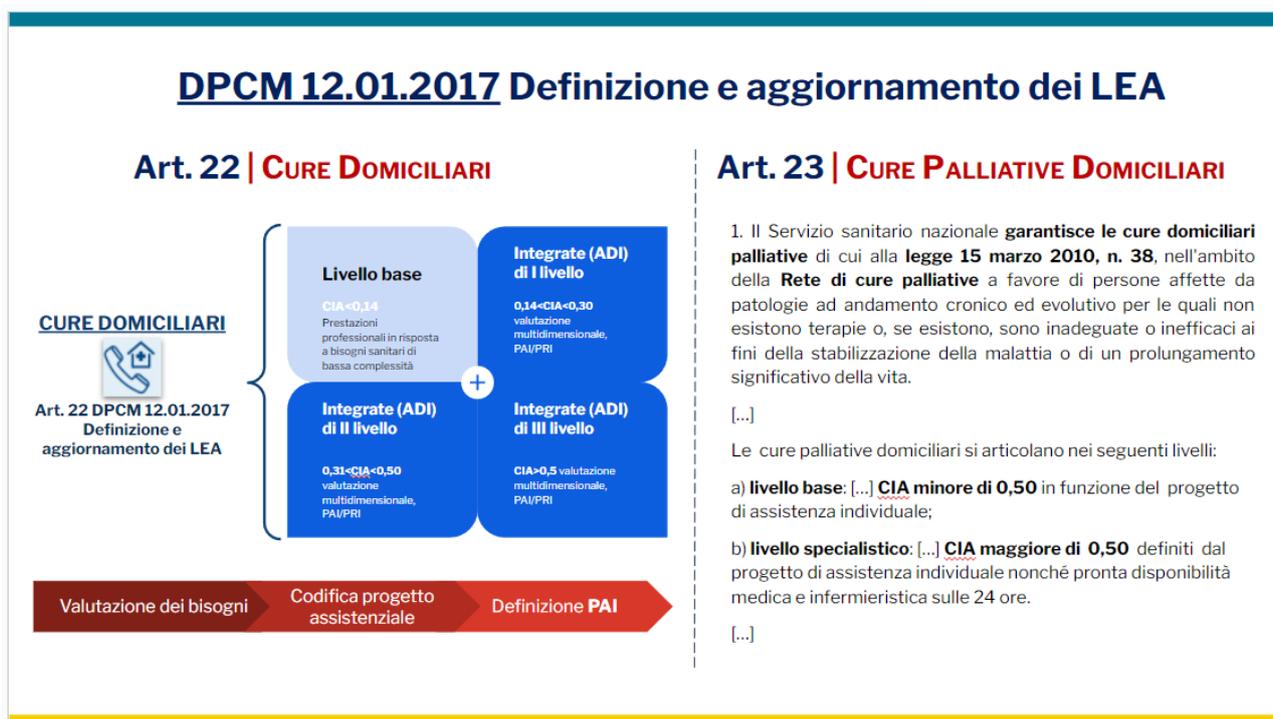
In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le Cure domiciliari così come definite all'art. 22 del DPCM LEA, si articolano nei seguenti livelli:

- 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 partire dalla DGR n. 1075/2017, che ha definito i requisiti organizzativi minimi per i Servizi di Cure Domiciliari, la Regione ha progressivamente aggiornato il proprio modello. Tali indicazioni sono state riprese e integrate dalla DGR n. 721/2023, in attuazione del DM 77/2022. Successivamente, la DGR n. 277/2024 ha approvato le Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari (Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative in età adulta e pediatrica), con l'obiettivo di supportare le Aziende sanitarie nello sviluppo dell'assistenza territoriale e completare l'assetto organizzativo regionale. Con DDR n. 50/2025 sono state adottate le procedure operative e gli indicatori di monitoraggio e qualità, in coerenza con il DM 77/2022 e la normativa regionale.

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 ascrivita 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.

2. Attività delle Cure Domiciliari

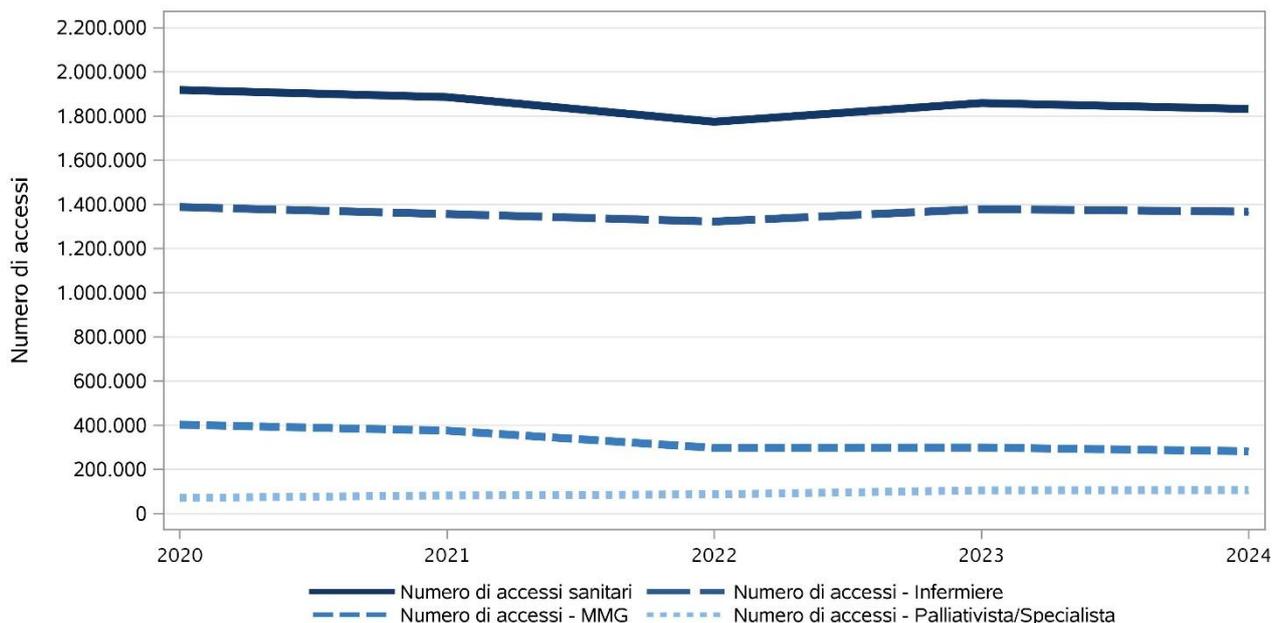
2.1 Accessi erogati

Considerando tutta l'attività di Cure Domiciliari, compresa quella relativa a prese in carico di assistiti in stato di terminalità, nel 2024 sono stati erogati a residenti in Veneto 2.137.509 accessi (440,5 accessi ogni 1.000 residenti), di cui 1.831.214 (377,4 accessi ogni 1.000 residenti) effettuati da parte di operatori sanitari.

L'infermiere risulta essere l'operatore che effettua più accessi (1.366.302 accessi, il 75%), seguito dai medici di medicina generale (281.539 accessi, il 15%) e dagli accessi dei medici palliativisti o specialisti (105.207 accessi, il 6%).

Fino al 2022 si è registrato un calo del numero di accessi sanitari, mentre dal 2023 si evidenzia un incremento. Il numero complessivo di accessi erogati nel 2024 rimane comunque inferiore rispetto al 2020 del -4% (Figura 2.1.1); in particolare sono molto diminuiti gli accessi del medico di medicina generale (-30%) mentre quelli degli infermieri hanno un calo molto più contenuto (-2%). Gli accessi dei medici palliativisti e specialisti risultano invece in costante aumento (+50%).

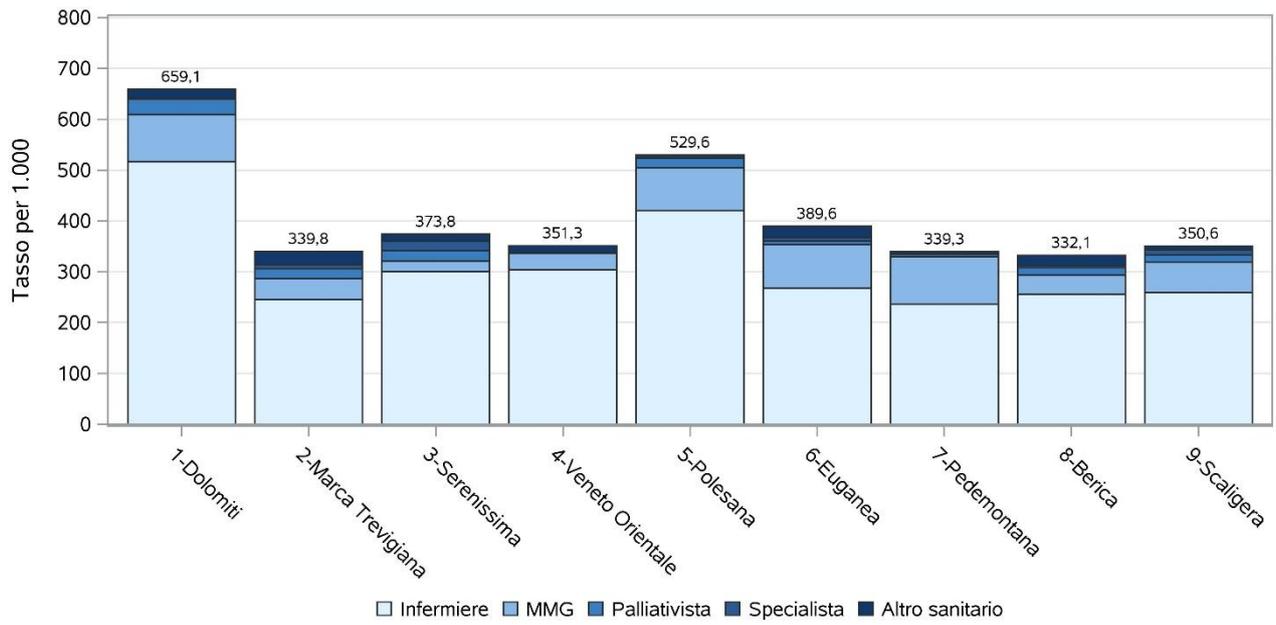
Figura 2.1.1 Numero di accessi sanitari erogati per figura professionale – Veneto, anni 2020-2024



Nel 2024 il tasso regionale di accessi sanitari erogati ogni 1.000 residenti risulta pari a 377,4 (Figura 2.1.2) e presenta una marcata variabilità tra Aziende ULSS (range 659,1 – 332,1).

La variabilità aziendale è elevata anche nei tassi per figura professionale; il tasso di accessi dell'infermiere varia tra 236,2 e 516,5 (media regionale 281,6), quello dei medici di medicina generale tra 20,8 e 93,5 (media regionale 58,0) e quello dei medici palliativisti o specialisti tra 1,4 e 32,0 (media regionale 21,7).

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 2024

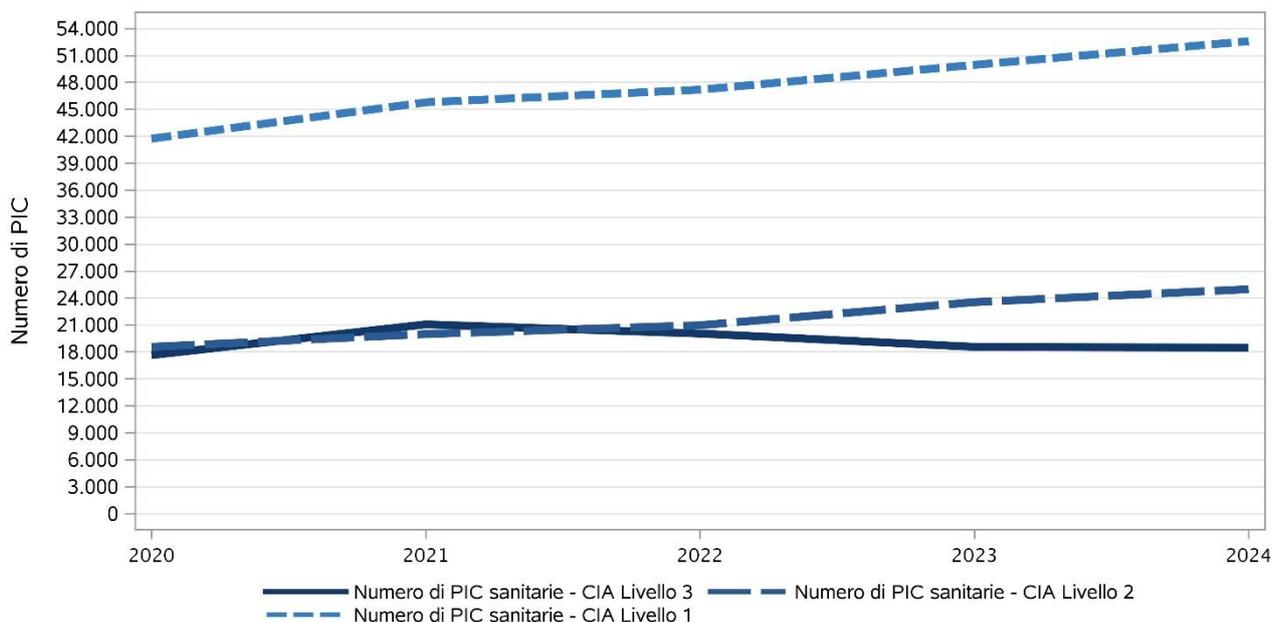


2.2 Prese in Carico erogate

Nel 2024 sono state erogate 268.779 prese in carico (PIC) di cure domiciliari con almeno un accesso sanitario, pari ad un tasso regionale di 55,4 PIC per 1.000 residenti.

Rispetto al 2020 il numero complessivo delle prese in carico risulta essere in aumento (+11%), soprattutto nei livelli di assistenza a più alta intensità. Si evidenzia infatti un incremento medio di tutte le PIC con coefficiente di intensità assistenziale CIA di livello 1 o superiore (Figura 2.2.1), più marcato nei livelli 1 e 2 (+26,0% e +34,6%) rispetto al livello 3 (+4,7%) che, negli ultimi 3 anni, risulta in leggero calo.

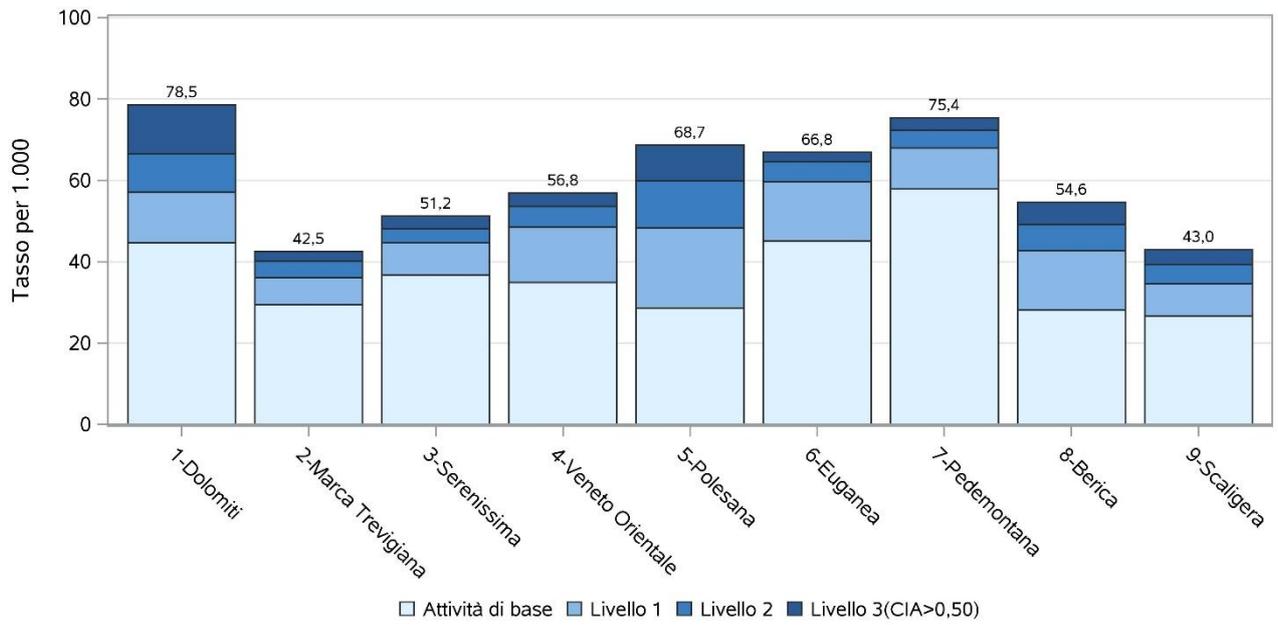
Figura 2.2.1 Numero di prese in carico per livello d'intensità assistenziale CIA – Veneto, anni 2020-2024



Come già evidenziato per gli accessi sanitari, anche il tasso di PIC ogni 1.000 residenti (Figura 2.2.2) mostra una marcata variabilità tra le Aziende ULSS sia sul tasso complessivo (range 78,5 – 42,5) che su quello per livello CIA, anche se più contenuta rispetto agli anni precedenti.

In particolare il tasso di PIC con CIA di livello 1 varia tra 6,8 e 19,5 (media regionale 10,8), quello di livello 2 tra 3,4 e 11,6 (media regionale 5,1) e di livello 3 tra 2,3 e 12,0 (media regionale 3,8).

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 2024

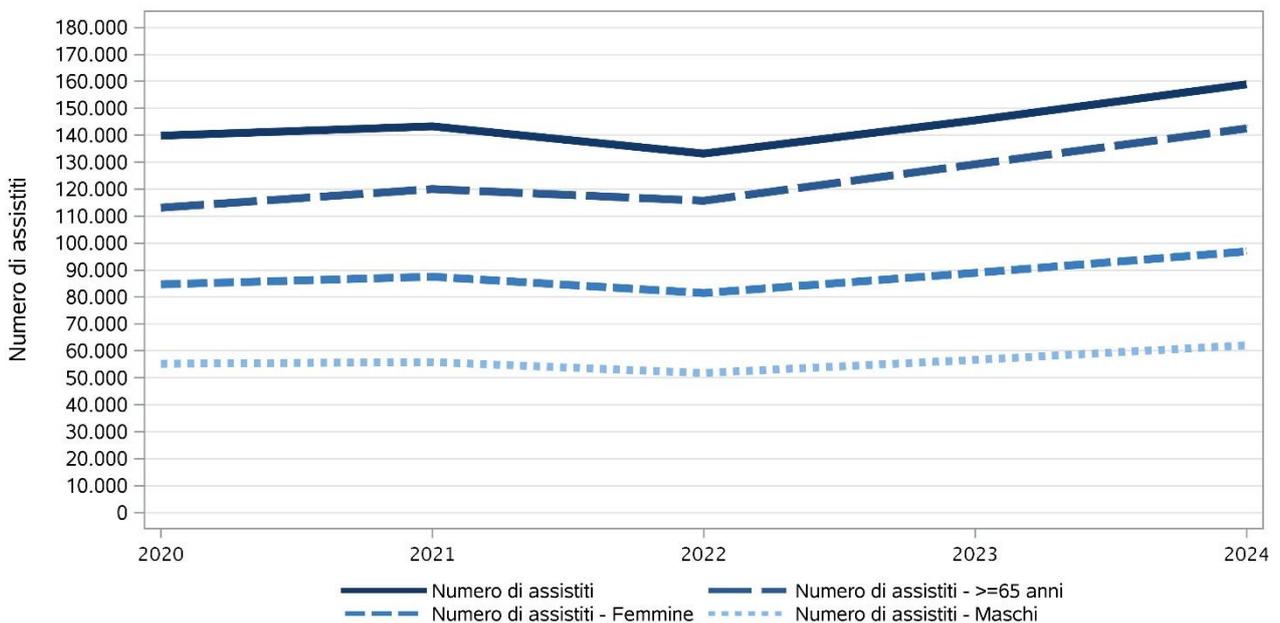


2.3 Numero di assistiti

Il numero di assistiti presi in carico con almeno un accesso domiciliare da parte di un operatore sanitario nel 2024 è pari a 158.848 (tasso=32,7 per 1.000 residenti). La gran parte di loro ha più di 65 anni (n=142.464, tasso=120,1 per 1.000 abitanti con 65+anni) ed è prevalentemente di genere femminile (n=96.833 tasso=39,2 per 1.000 abitanti) rispetto a quello maschile (n=62.015, tasso=26,0 per 1.000 abitanti).

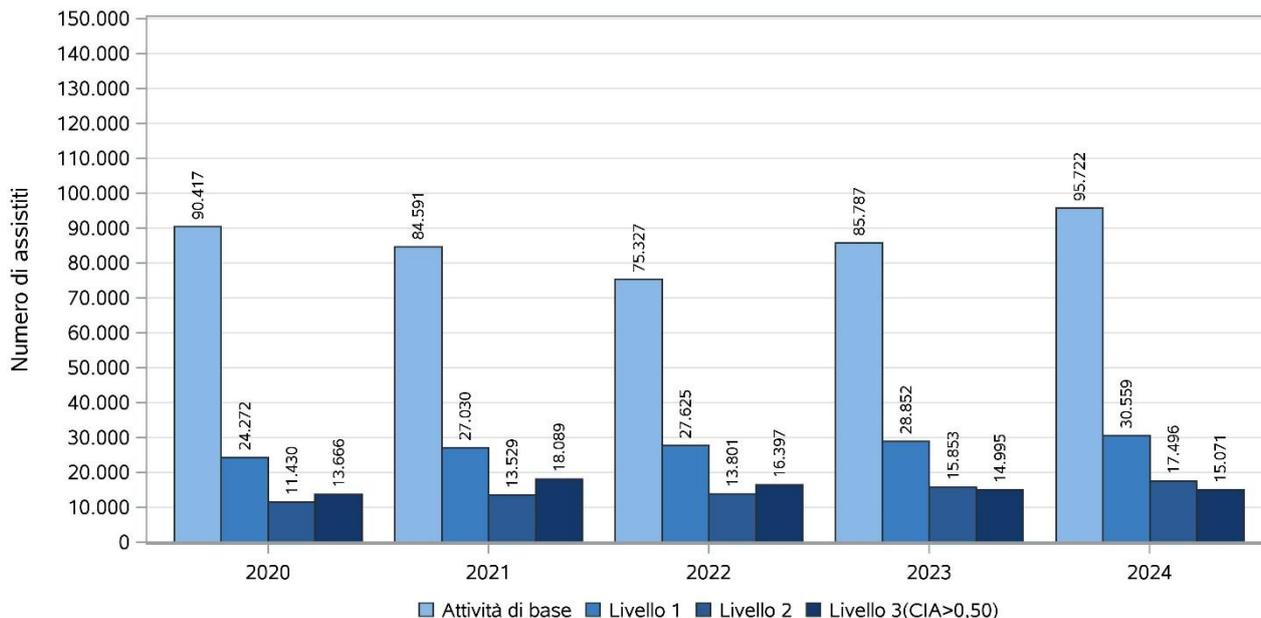
Negli ultimi 5 anni il numero di assistiti risulta in aumento sia nel numero complessivo (+13,6% rispetto al 2020) che nella distribuzione per età e genere (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1 Numero di assistiti in Cure Domiciliari – Veneto, anni 2020-2024



Considerando invece la massima intensità assistenziale erogata ai soggetti nell'anno, si nota un incremento dell'attività in tutti i livelli CIA rispetto al 2020. Il numero di assistiti è infatti aumentato del +5,9% (95.722 vs 90.417) nel livello CIA Attività di base, del +25,9% nel livello 1 (30.559 vs 24.272), del +53,1% nel livello 2 (17.496 vs 11.430) e del +10,3% nel livello 3 (15.071 vs 13.666). Quest'ultimo livello di assistenza, come già evidenziato per il numero di PIC, mostra però un leggero calo rispetto al 2022.

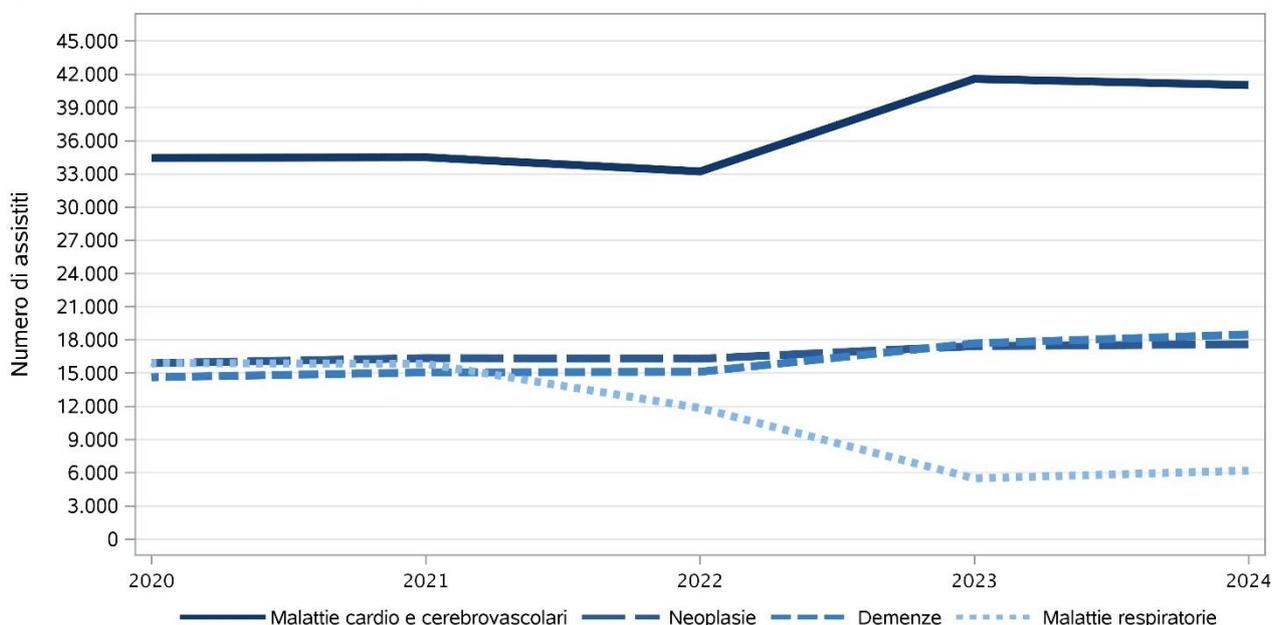
Figura 2.3.2 Numero di assistiti per anno e livello CIA massimo erogato nell'anno – Veneto, anni 2020-2024



Nel 2024 le malattie cardio e cerebrovascolari risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (26%) seguite dalle neoplasie (11%) e dalle demenze (12%).

Negli ultimi 2 anni si registra un significativo aumento del numero di pazienti in tutte le principali diagnosi (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 sono poi via via diminuite fino a rappresentare nel 2024 il 4% di tutte le diagnosi.

Figura 2.3.3 Numero di assistiti per diagnosi – Veneto, anni 2020-2024

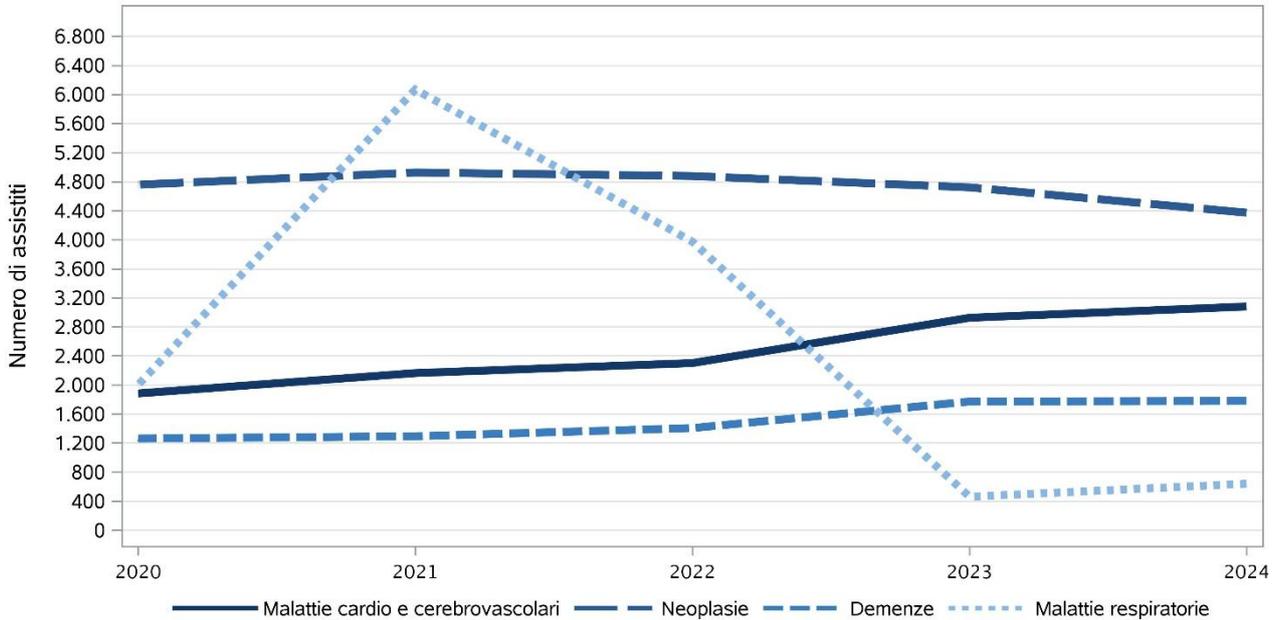


Considerando invece i soggetti seguiti in maniera più intensiva (almeno una PIC con CIA di livello 3 nell'anno - Figura 2.3.4), nel 2024 la diagnosi prevalente è la neoplasia (29%) seguita dalle malattie cardio e cerebrovascolari (20%) e dalle demenze (12%).

Rispetto al 2020 in questo livello assistenziale si nota un aumento degli assistiti con malattie cardio e cerebrovascolari (+63,6%) o con demenze (+41,1%) e un calo di quelli con sindrome ipocinetica (-14,8%) e neoplasie (-8,1%)

La crescita esponenziale della diagnosi di malattie respiratorie dovuta alla pandemia da COVID-19 si è conclusa e gli assistiti con questa diagnosi rappresentano ora il 4% di tutti i presi in carico.

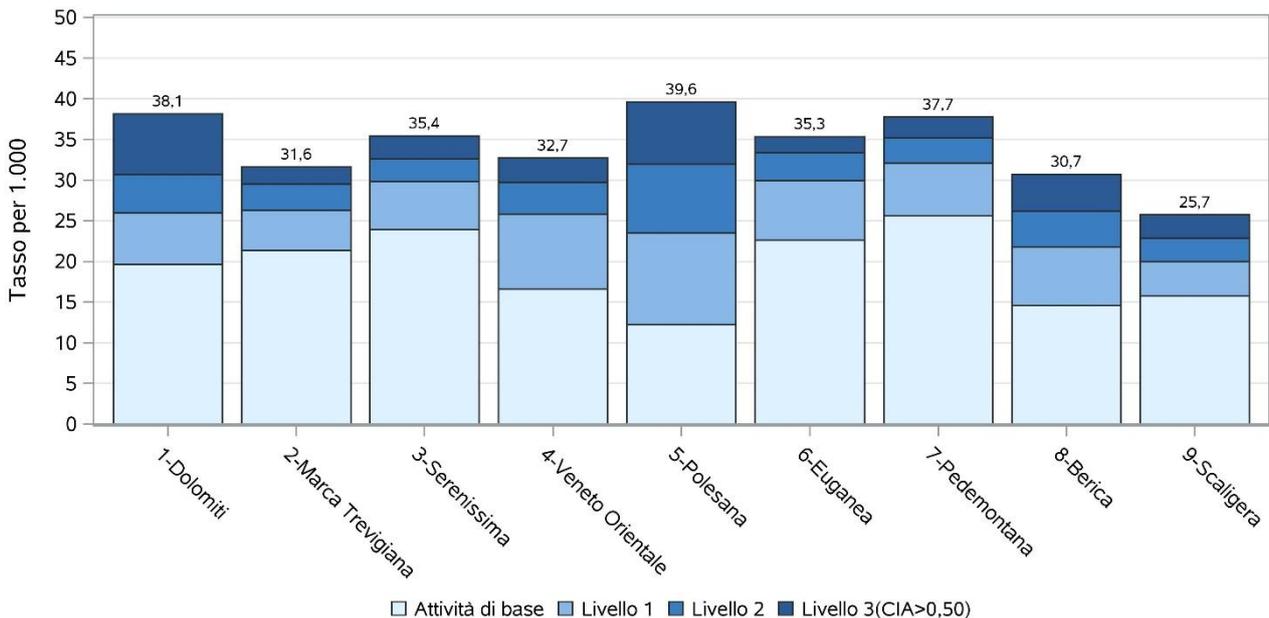
Figura 2.3.4 Numero di assistiti con almeno una PIC di livello CIA 3 per diagnosi – Veneto, anni 2020-2024



Il tasso di assistiti del 2024 risulta avere una minor variabilità tra le Aziende ULSS rispetto al tasso di PIC, attestandosi per quasi tutte le ULSS tra i 30,7 e i 39,6 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 4,3 e 11,3 (media regionale 6,5), quello di livello 2 tra 2,8 e 8,5 (media regionale 3,6) e quello di livello 3 tra 1,9 e 7,7 (media regionale 3,1).

Figura 2.3.5 Tasso di assistiti per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2024



3. Attività delle Cure Palliative Domiciliari

3.1 Nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative

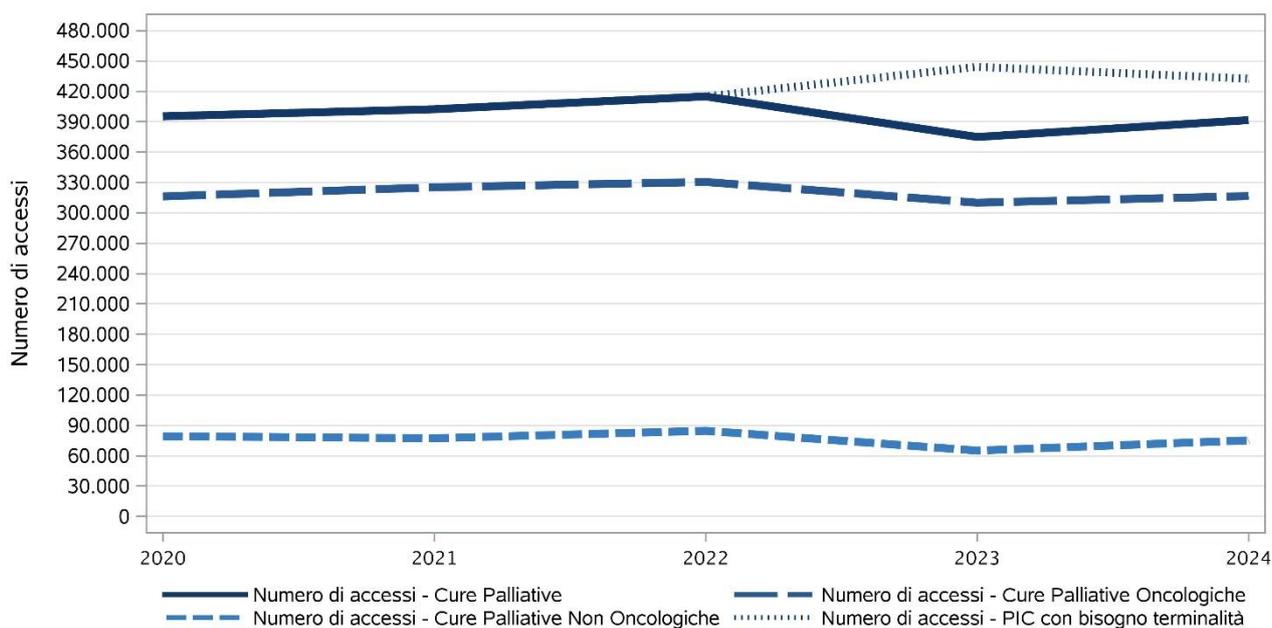
Con il DMS del 7 agosto 2023, è stato introdotto nel tracciato record del flusso delle Cure Domiciliari un campo che individua la tipologia di presa in carico di Unità di Cure Palliative Domiciliari (PIC UCPDOM).

A seguito di questo provvedimento, dal 2023, negli indicatori dei Livelli di Essenziali di Assistenza (LEA) viene considerata di Cure Palliative solo l'attività UCPDOM.

Poiché non tutti gli assistiti con bisogno di terminalità sono stati considerati dalle aziende ULSS presi in carico con una tipologia di cure UCPDOM, il numero di accessi ha subito un calo nel biennio 2023-2024 (-7,6%).

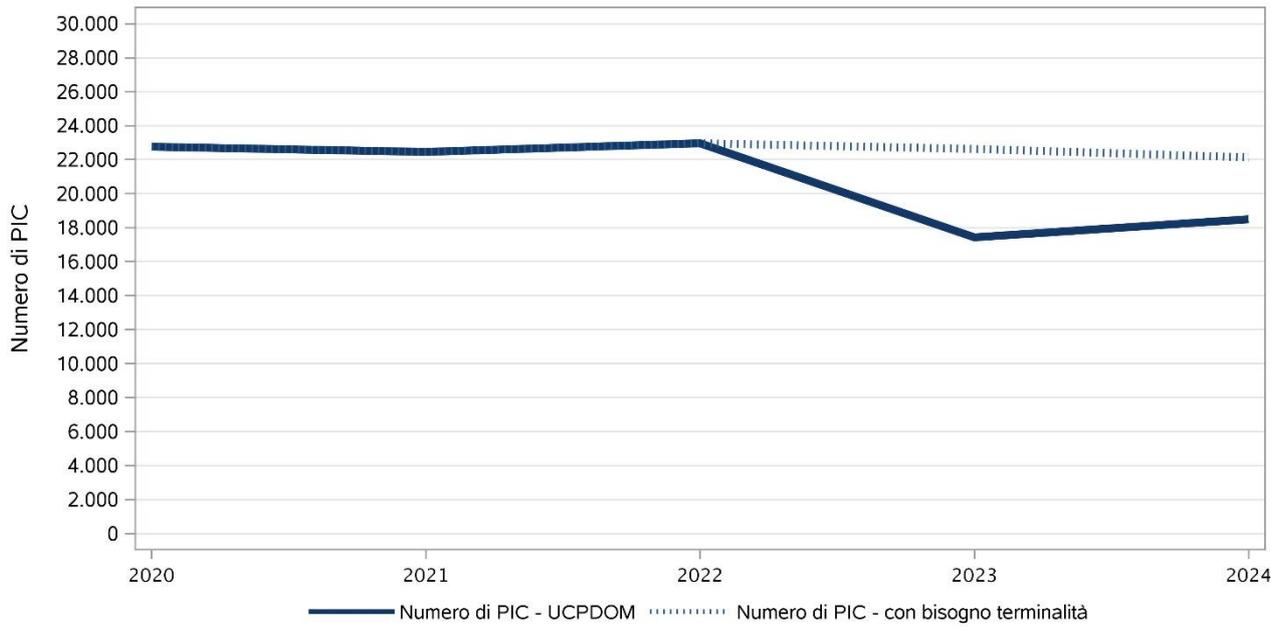
Come si vede dalla Figura 3.1.1, questo calo è dovuto interamente al nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative, in quanto il numero di accessi erogati nello stesso periodo a pazienti in stato di terminalità, in qualsiasi tipologia di PIC, ha continuato ad aumentare (+5,6%).

Figura 3.1.1 Numero di accessi domiciliari erogati nel corso di prese in carico di Cure Palliative - Veneto anni 2020-2024



Come per gli accessi, a seguito del nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative sulla sola attività UCPDOM, dal 2023 anche le prese in carico (PIC) di Cure Palliative risultano in calo (-19,4%). Considerando invece le PIC erogate a tutti i pazienti in stato di terminalità, negli ultimi 5 anni il loro numero appare pressoché stabile (Figura 3.2.1).

Figura 3.1.2 Numero di prese in carico di Cure Palliative– Veneto, anni 2020-2024



Tutte le analisi presentate nei successivi paragrafi di questo capitolo, sono quindi condizionate da questo nuovo criterio di identificazione dell'attività di Cure Palliative

3.2 Accessi erogati

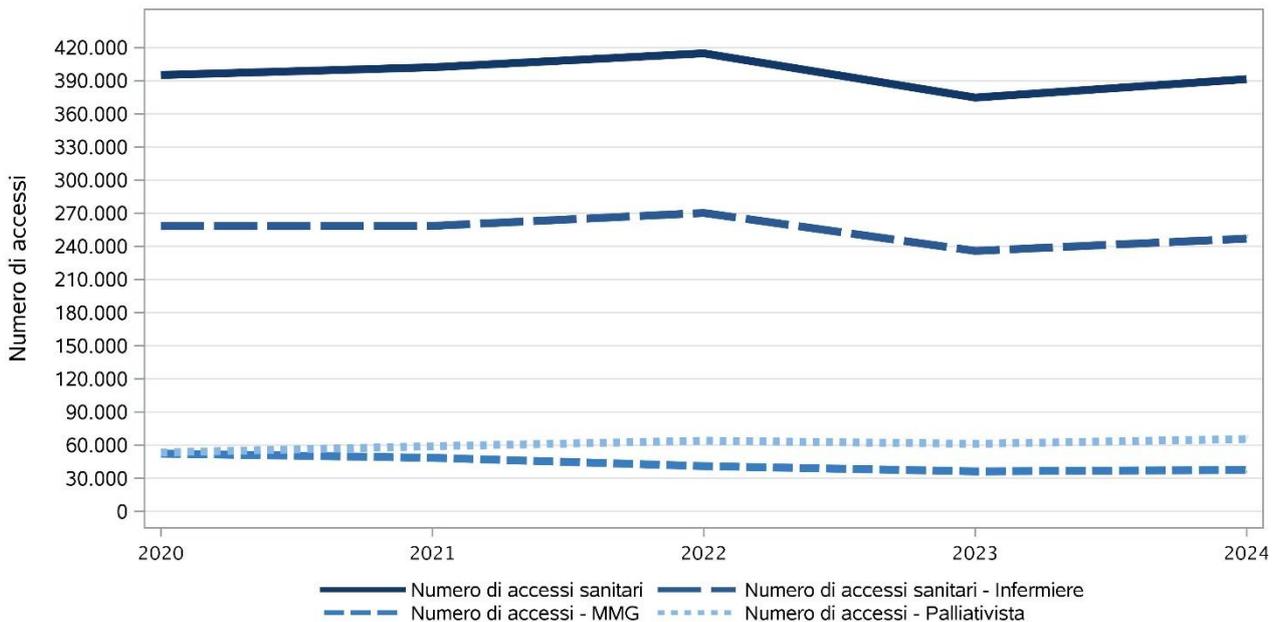
Considerando la sola attività UCPDOM nel 2023 sono stati erogati 391.424 accessi domiciliari a soggetti residenti in Veneto, 316.384 dei quali a malati oncologici.

Rispetto al 2020 si registra una diminuzione dell'attività (-0,9%); calcolando la differenza rispetto al 2022 il calo risulta molto più marcato (-5,6%), soprattutto nei pazienti non oncologici (-11,2%) rispetto a quelli oncologici (-4,2%).

Complessivamente nel 2024 l'infermiere risulta essere l'operatore che effettua più accessi (63%, 247.015 accessi), seguito dai medici palliativisti (17%, 65.508 accessi) e dai medici di medicina generale (10%, 37.546 accessi).

Negli ultimi 5 anni, a causa del nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative, il numero di accessi registra un diminuzione in tutte le figure professionali (Figura 3.1.2) tranne che nei medici palliativisti (+17%); negli infermieri il calo risulta meno elevato (-4,4%) rispetto ai medici di medicina generale (-28,2%) che, come già rilevato nel capitolo precedente, pagano anche una diminuzione della complessiva attività di Cure Domiciliari.

Figura 3.2.1 Numero di accessi domiciliari erogati nel corso di prese in carico di pazienti in stato di terminalità per figura professionale - Veneto anni 2020-2024



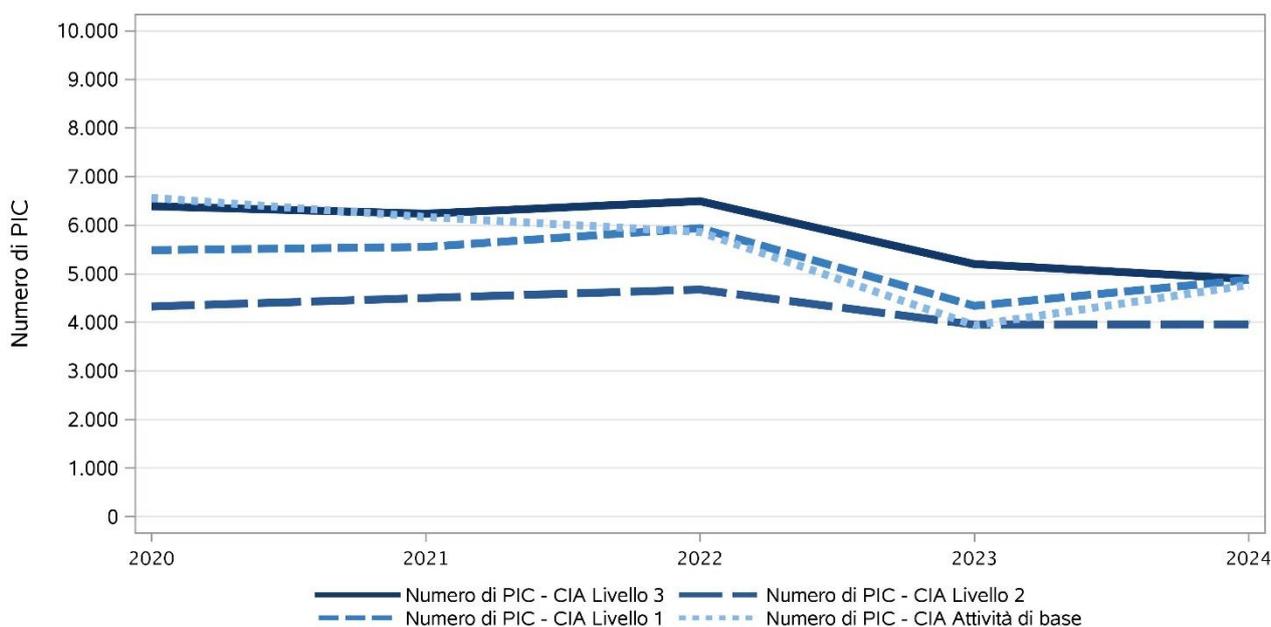
3.3 Prese in Carico erogate

Nel 2024 sono state erogate 18.484 PIC UCPDOM a soggetti residenti in Veneto, pari ad un tasso regionale di 3,8 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 4 volte maggiore rispetto a quelli non oncologici (3,1 vs 0,7) mentre non si evidenziano differenze significative nei vari livelli di intensità assistenziale CIA (1,0 livello 3, 0,8 livello 2, 1,0 livello 1 e 1,0 livello Attività di base).

Come per gli accessi, il nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative ha comportato nel 2024 un calo dell'attività rispetto al 2022, maggiore nelle PIC non oncologiche (-27%; tasso per 1.000 residenti 0,7 vs 1,0) rispetto a quelle oncologiche (-18%; tasso per 1.000 residenti 3,1 vs 3,8) e nel livello CIA 3 (-25%; tasso per 1.000 residenti 1,0 vs 1,3) rispetto agli altri livelli di intensità assistenziale (-15% CIA livello 2, -18% CIA livello 1 e -19% CIA livello Attività di base), Rispetto al 2023 invece si nota un aumento (+6,1%) e soprattutto nei livelli CIA Attività di base (+21,0%) e 1 (+12,4%) (Figura 3.3.1) e nelle PIC non oncologiche (+14,8%).

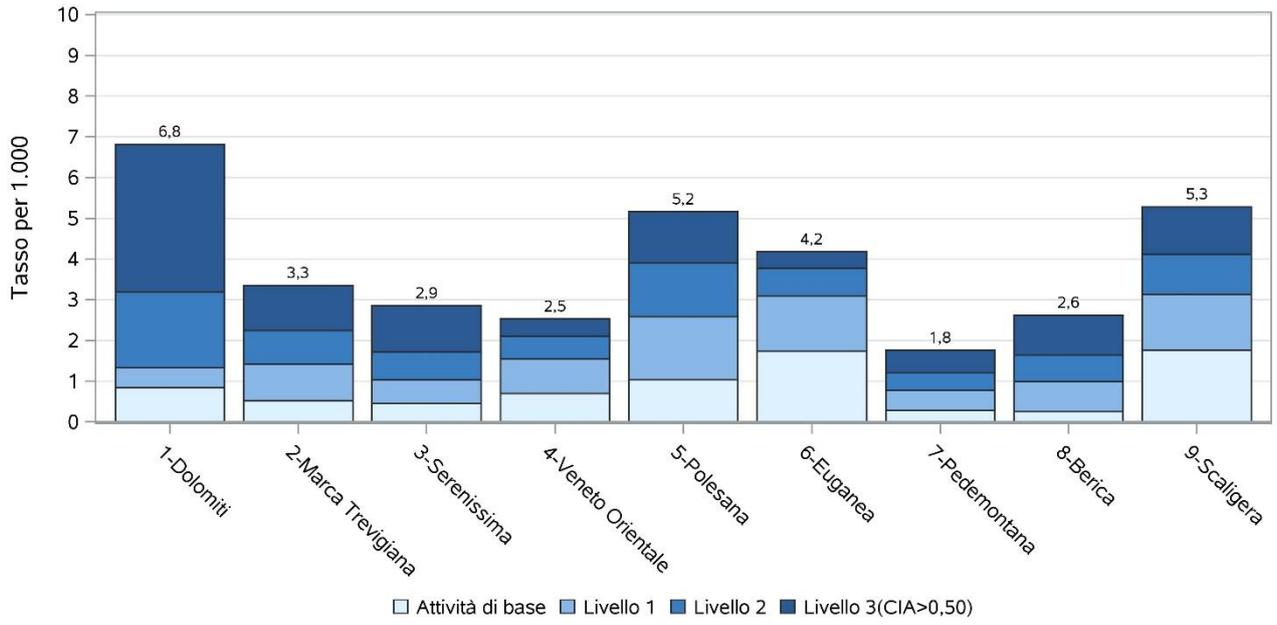
Figura 3.3.1 Numero di prese in carico di Cure Palliative per livello d'intensità assistenziale CIA – Veneto, anni 2020-2024



La variabilità del tasso di PIC ogni 1.000 residenti per Azienda ULSS varia dal 1,8 dell'ULSS 7 Pedemontana al 6,8 dell'ULSS 1 Dolomiti e risulta molto variabile anche per livello di intensità assistenziale

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

Figura 3.3.2 Tasso di prese in carico per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2024

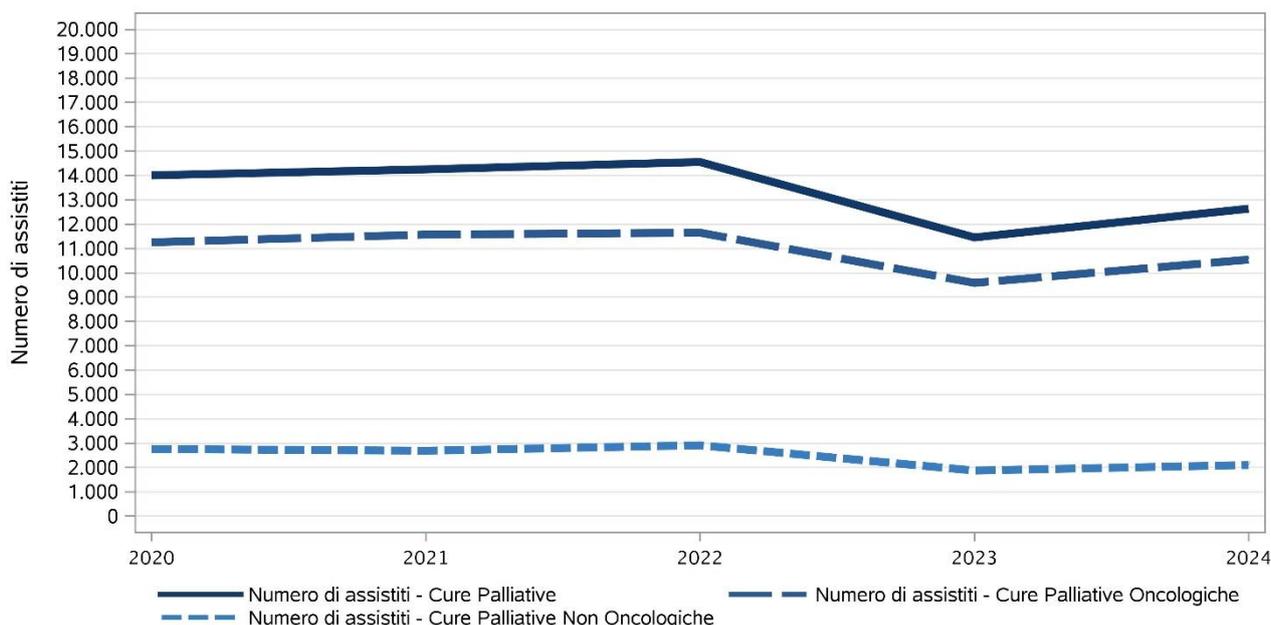


3.4 Numero di assistiti

Nel 2024 le persone residenti in Veneto prese in carico con una PIC UCPDOM sono stati state 12.629 (2,6 ogni 1.000 residenti), di cui 10.536 (2,2 ogni 1.000 residenti) con diagnosi oncologica e 2.093 (0,4 ogni 1.000 residenti) con diagnosi non oncologica.

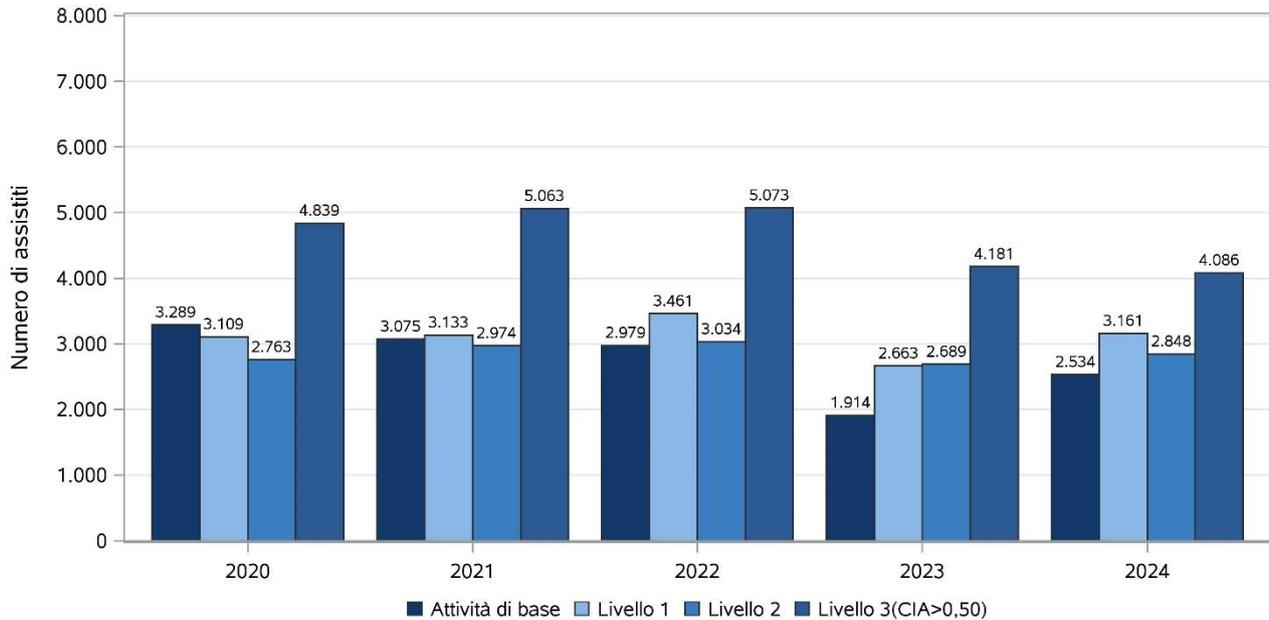
Anche per il numero di assistiti il criterio di individuazione delle Cure Palliative sulla sola tipologia di presa in carico UCPDOM ha comportato nel biennio 2023-2024 un calo del numero di assistiti (-13,2% nel 2024 vs 2022) più marcato negli assistiti non oncologici (-28,0%) rispetto a quelli oncologici (-9,5%). Nel 2024 si registra però un’inversione di tendenza rispetto al 2023 (+10.3%) sia negli oncologici (+10,0%) che nei non oncologici (+12,0%) (Figura 3.4.1).

Figura 3.4.1 Numero di assistiti in Cure Palliative e loro suddivisione in oncologici e non – Veneto, anni 2020-2024



Considerando invece la massima intensità assistenziale erogata ai soggetti nell’anno (Figura 3.4.2), si nota che il calo dell’ultimo biennio è presente in tutti i livelli CIA mentre l’aumento registrato nel 2024 riguarda i livelli CIA Attività di base, 1 e 2 (+32%, +19% e +6% rispetto al 2023) ma non il livello 3 (-2%).

Figura 3.4.2 Numero di assistiti in Cure Palliative per livello CIA massimo erogato nell'anno – Veneto, anni 2020-2024

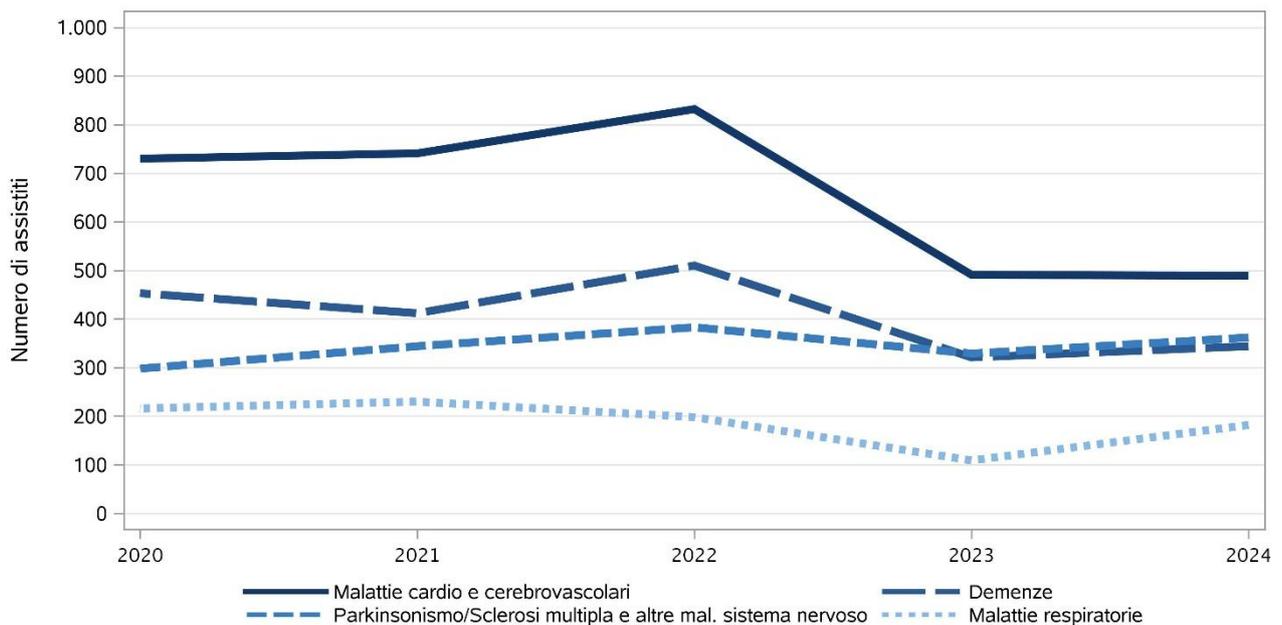


Nel 2024 le principali neoplasie maligne registrate in diagnosi principale nei pazienti oncologici sono quelle dei bronchi/polmone (12,6%), del colon/retto (9,1%), del pancreas (7,7%), della mammella (7,2%), e dello stomaco (4,6%).

Nei pazienti non oncologici le diagnosi prevalenti risultano invece essere le malattie cardio e cerebrovascolari (23%), le demenze (17%), il Parkinson e le sclerosi multiple (17%) e dalle malattie respiratorie (9%).

Rispetto al 2023 (Figura 3.4.3) le diagnosi che sono aumentate maggiormente sono le malattie respiratorie (+67%), il Parkinson e le sclerosi multiple (+10%) e le demenze (+7%).

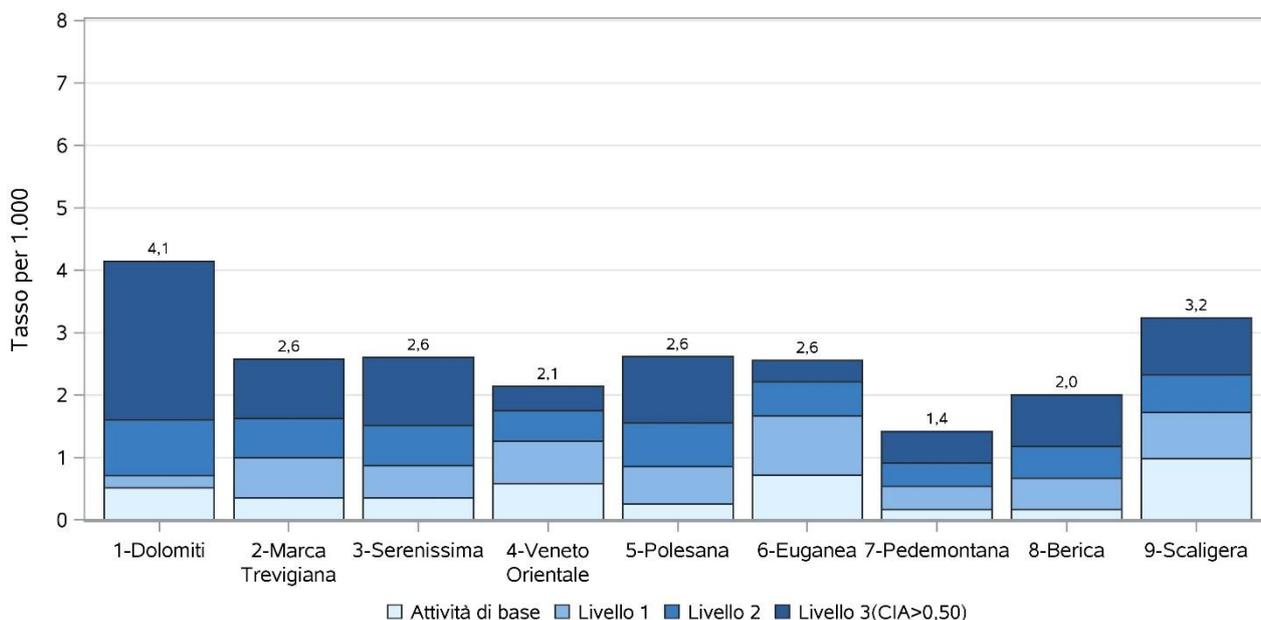
Figura 3.4.3 Numero di assistiti in stato di terminalità per diagnosi – Veneto, anni 2020-2024



Il tasso di assistiti in Cure Palliative del 2024 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 3,2 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 1 e 9), il secondo da un valore pari a 2,6 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 2, 3, 5 e 6) e il terzo da valori compresi tra 2,1 e 1,4 assistiti ogni 1.000 residenti (ULSS 4, 7 e 8).

Per quel che riguarda invece il tasso di soggetti ogni 1.000 residenti per intensità assistenziale (Figura 3.4.4), quello con CIA di livello 1 varia tra 0,2 e 0,9 (media regionale 0,7), quello di livello 2 tra 0,4 e 0,9 (media regionale 0,6) e di livello 3 tra 0,3 e 2,5 (media regionale 0,8).

Figura 3.4.4 Tasso di assistiti in Cure Palliative per 1.000 residenti per livello d'intensità assistenziale CIA e ULSS di residenza – Veneto, anno 2024



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 Componente1 - 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/>).

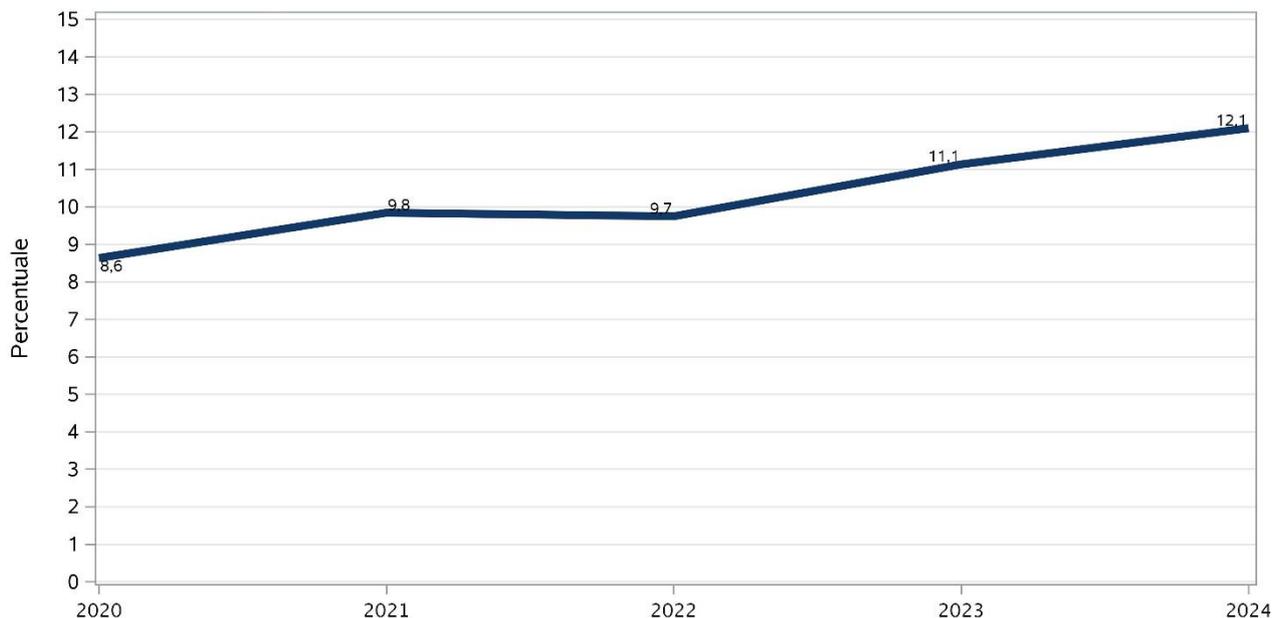
In particolare l'obiettivo assegnato all'assistenza domiciliare previsto dal sub investimento M6C111.2.1 "Assistenza domiciliare" è prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni entro il 2026. Il Ministero della salute con il Decreto del 23 gennaio 2023 "Ripartizione delle risorse relative 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 11% degli assistiti con 65 anni o più.

Nel 2024 questo obiettivo viene monitorato a livello regionale dall'indicatore S.3.S.7 PNRR: "ADI" e "Telemedicina", come definito dalle DGR n. 1682 del 29/12/2023 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024".

La percentuale di assistiti di 65 anni o più assistiti in cure domiciliari nel 2024 risulta del 12,1%, pari a 143.485 assistiti. A partire dal 2022 l'indicatore mostra un incremento di circa 1 punto

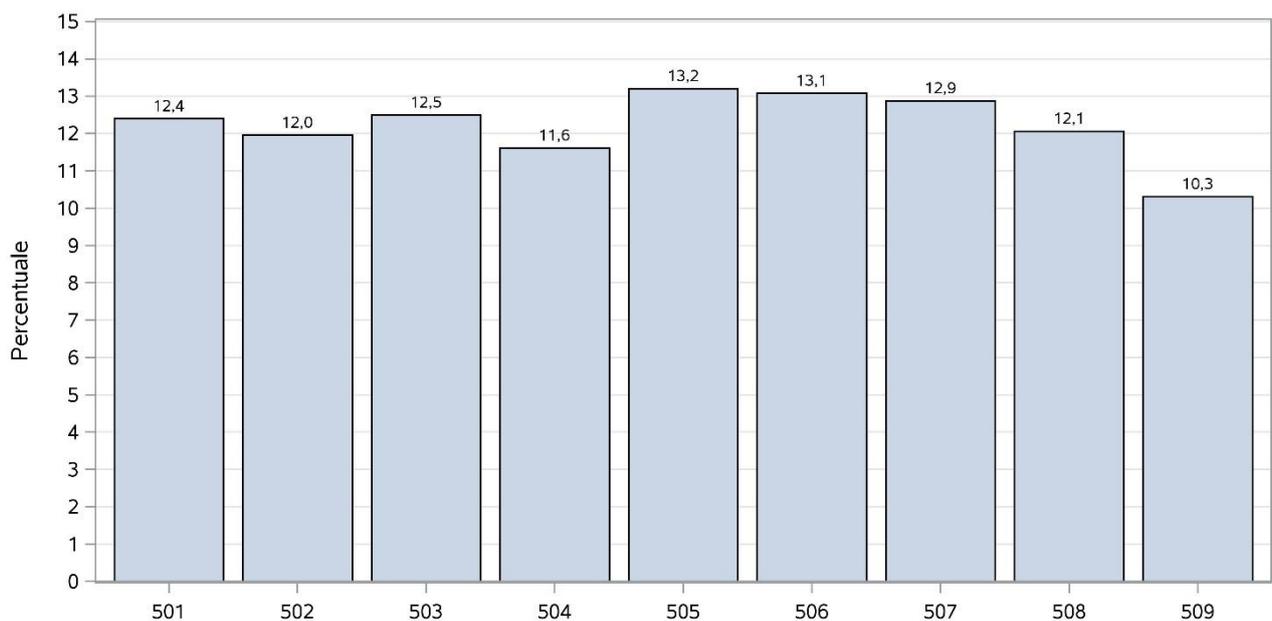
percentuale annuo (Figura 4.1.1), soprattutto nelle ULSS 3, 7 e 9 (rispettivamente +3,5, +5,9 e +4,3 punti percentuali).

Figura 4.1.1 Indicatore S.3.S.7 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” – Veneto, anni 2020-2024



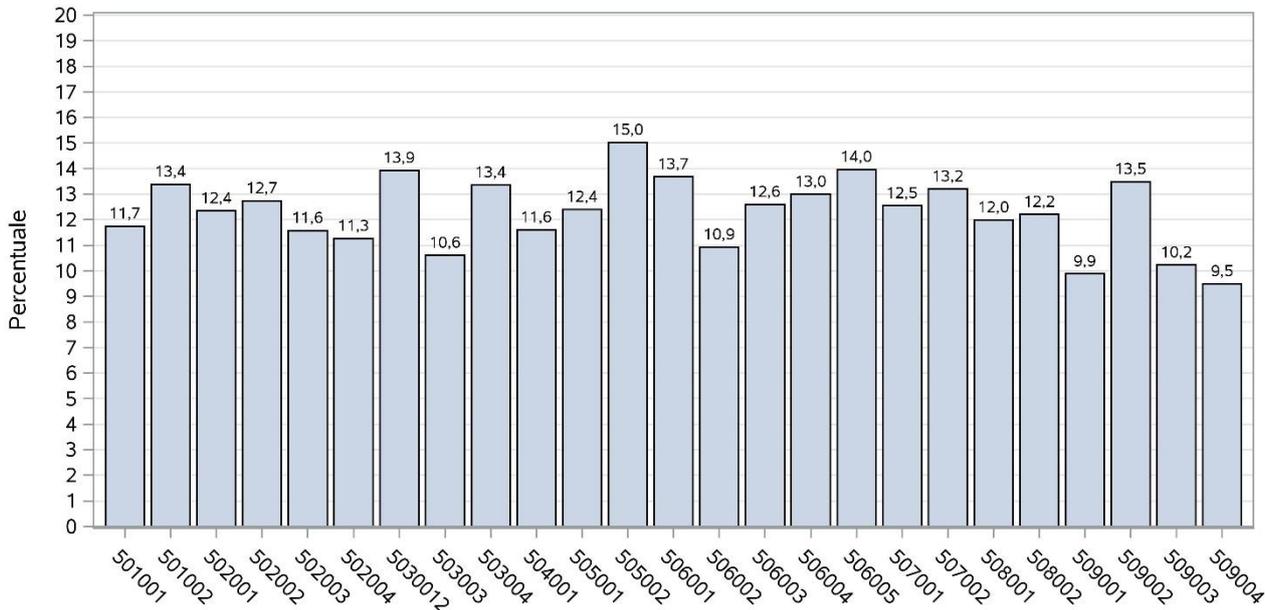
Considerando i valori per ULSS di residenza (Figura 4.1.2) si nota che l’ampia variabilità di valori rilevata nel 2022 (range 12,4%-6,1%) si sia notevolmente ridotta nel 2024 (range 13,2%-10,3%) e che i valori si siano tutti attestati su una percentuale più alta. Infatti mentre nel 2022 solo le ULSS 2, 4, 5 e 6 avevano raggiunto una percentuale di presi in carico superiore al target fissato dal Ministero per il PNRR, ora il target nazionale del 10% viene superato da tutte le Aziende ULSS.

Figura 4.1.2 Indicatore S.3.S.7 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” per ULSS di residenza – Veneto, anno 2024



Scendono ancora di livello e considerando i valori dell'indicatore per distretto socio sanitario (DSS), anche nel 2024 permane una certa variabilità interna alle Aziende ULSS ma con differenze tra distretti generalmente ridotte rispetto al 2022 (Figura 4.1.3).

Figura 4.1.3 Indicatore S.3.S.7 “% anziani ≥ 65 anni trattati in ADI” per DSS di residenza – Veneto, anno 2024



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).

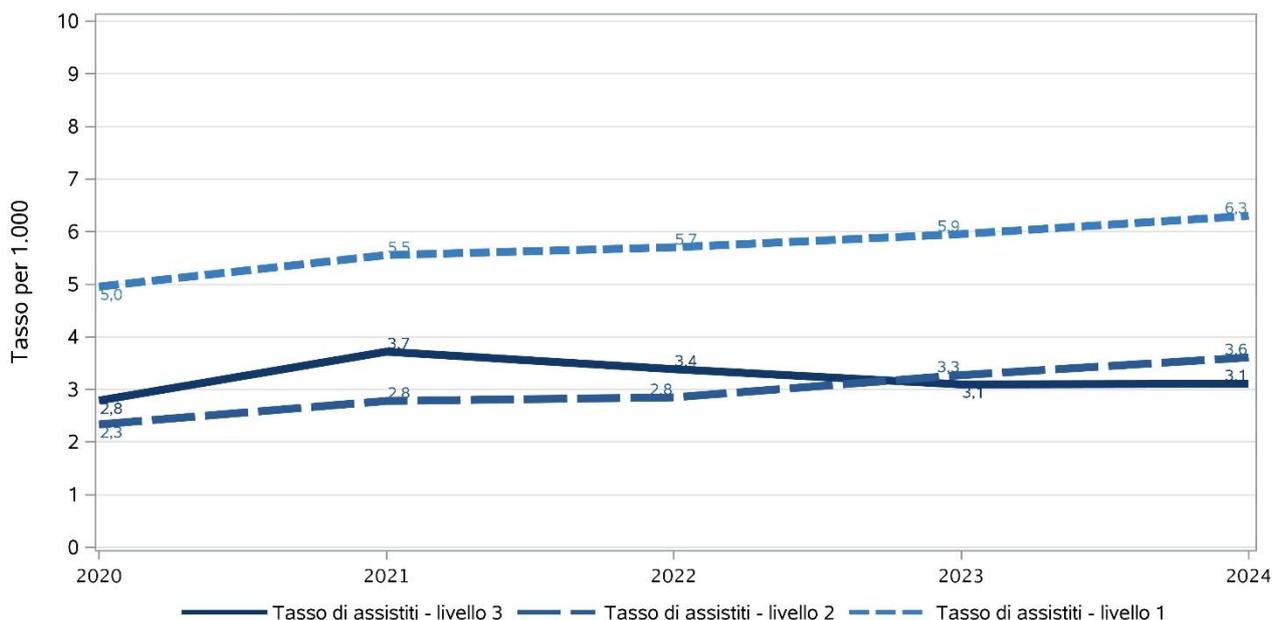
Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020 (fonte <https://www.salute.gov.it/portale/lea>).

Nel 2024, come previsto dalla DGR n. 1682 del 29/12/2023 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024.", 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 2024 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 6,3 per il livello 1; 3,6 per il livello 2 e 3,1 per il livello 3.

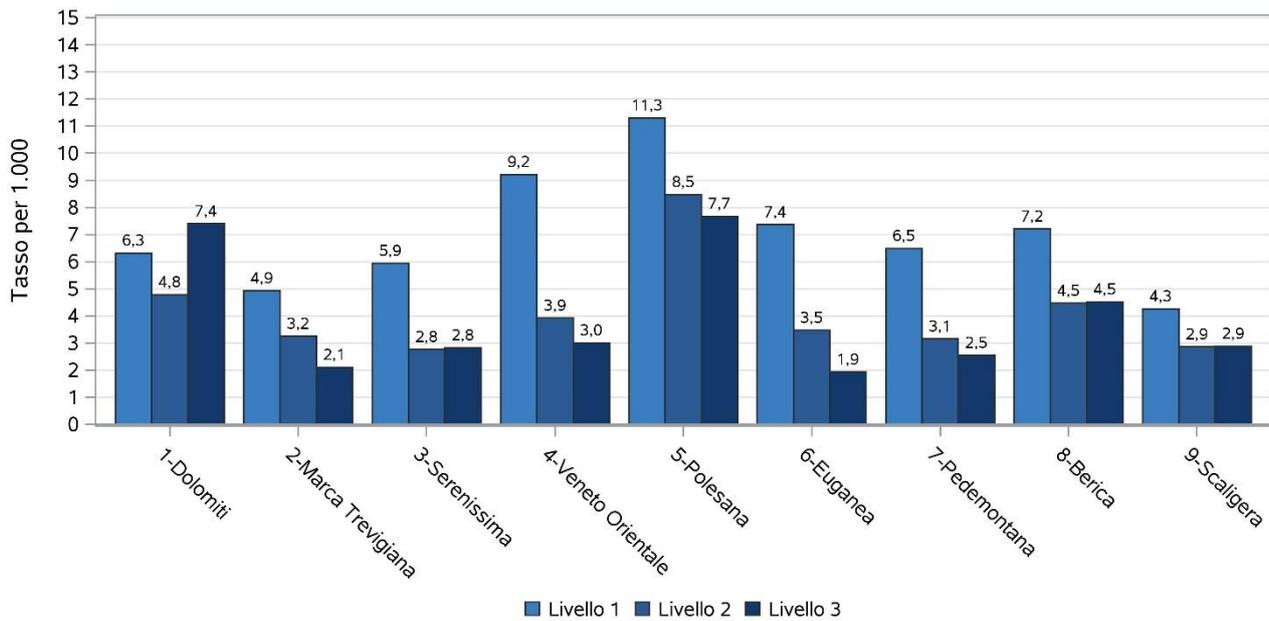
Il trend degli ultimi 5 anni l'indicatore mostra un incremento nei livelli CIA 1 e 2 (+1,3 punti percentuali rispetto al 2020) e un leggero decremento, dal 2021, nel livello CIA 3 (Figura 4.2.1).

Figura 4.2.1 Indicatore A.D._D22Z "Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)" – Veneto, anni 2020-2024



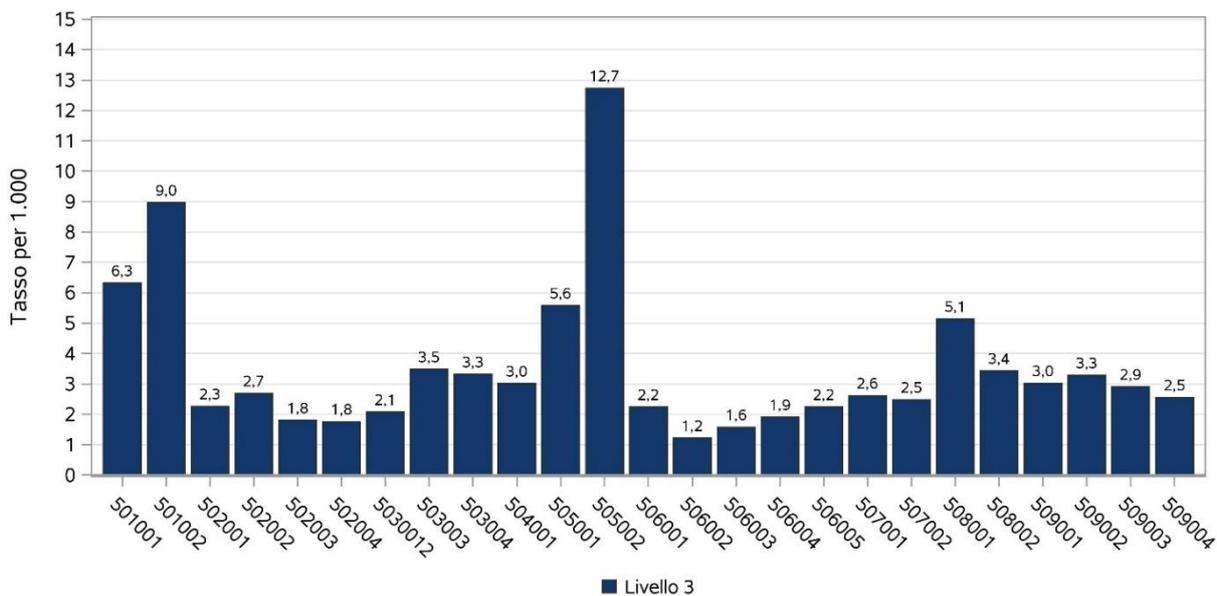
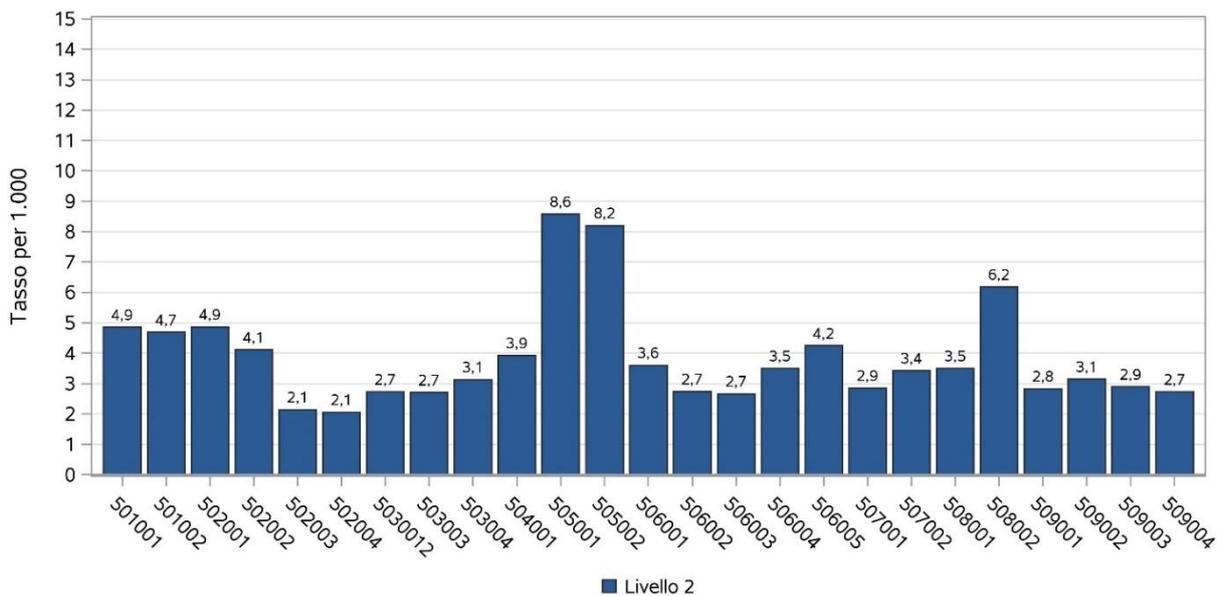
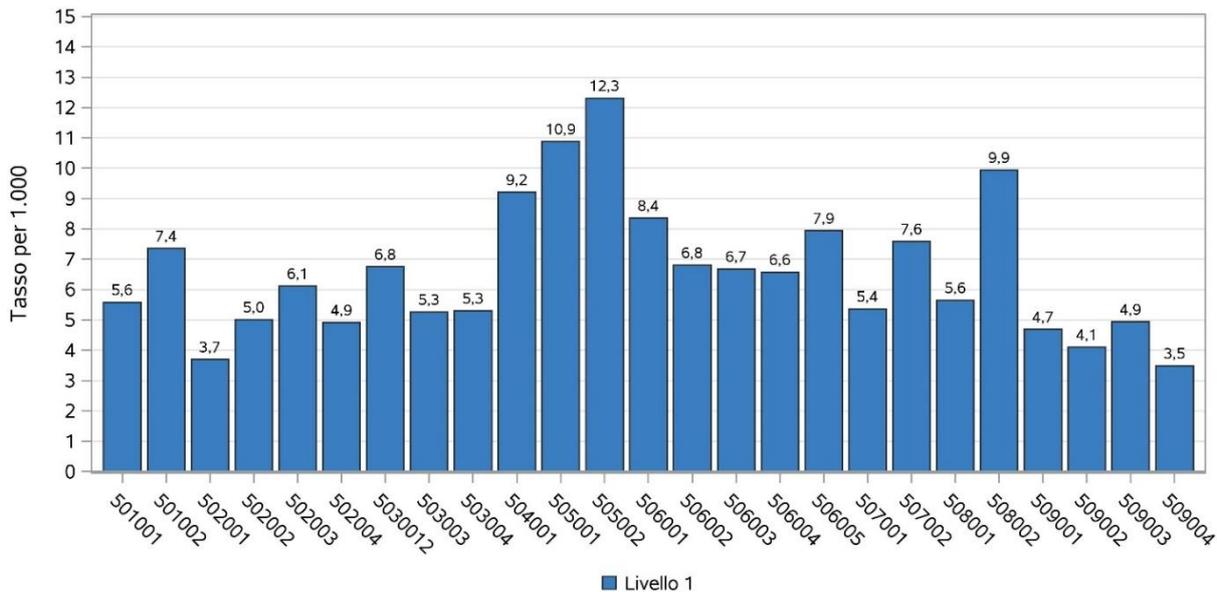
Considerando i valori relativi all'anno 2024 per ULSS di residenza (Figura 4.2.2) si evidenzia una grande variabilità con tassi di assistiti ogni 1.000 residenti che variano tra 4,3 e 11,3 per il livello 1, tra 2,8 e 8,5 per il livello 2 e tra 1,9 e 7,7 per il livello 3.

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 2024



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 1, 7 e 8 per il livello 1, nelle ULSS 2 e 8 per il livello 2 e nelle ULSS 1, 5 e 8 per il livello 3 (Figura 4.2.3).

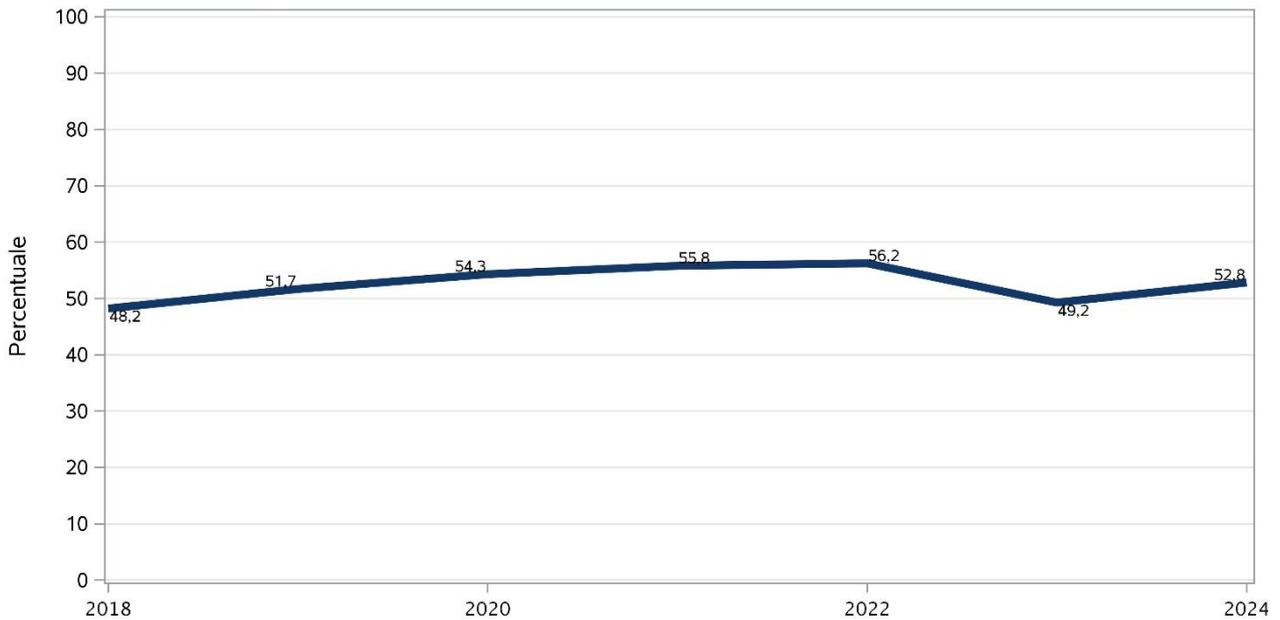
Figura 4.2.3 Indicatore A.D._D22Z “Tasso di pazienti trattati in ADI (livello CIA 1, CIA 2, CIA 3)” per DSS di residenza – Veneto, anno 2024



Nel 2024 l'indicatore A.D._D30Z "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" risulta superiore al target parziale ($\geq 33\%$) ma di poco inferiore al target ottimale ($\geq 55\%$), con un valore pari a 52,8% (Figura 4.2.4).

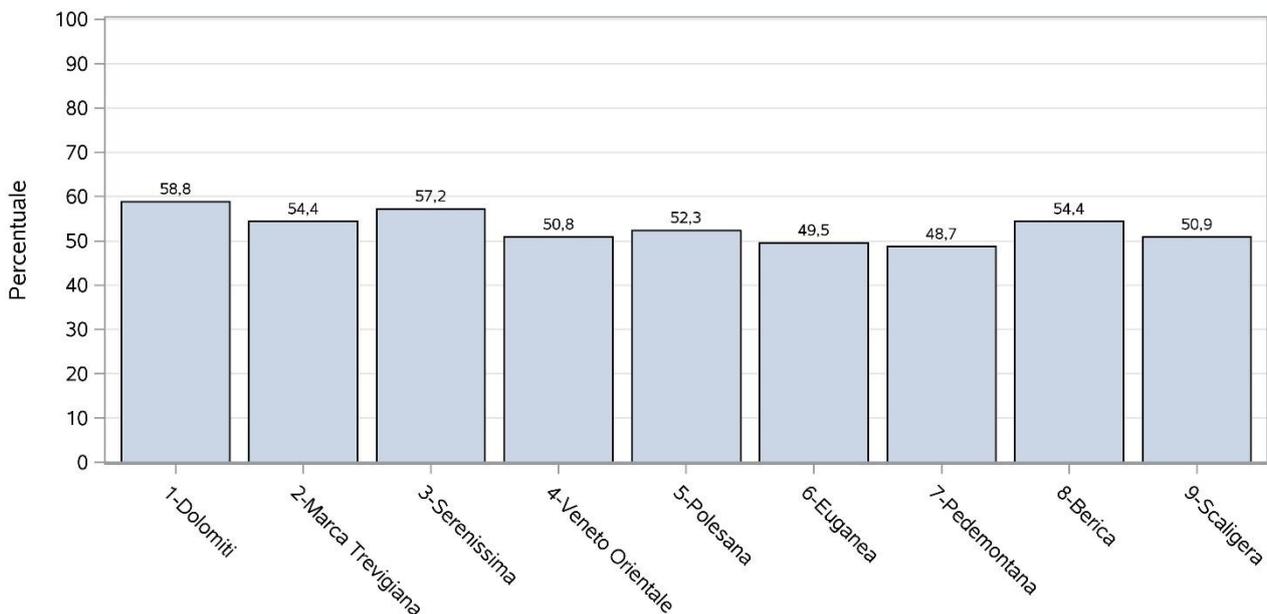
Rispetto al 2023 l'indicatore mostra un incremento di +3,6 punti percentuali (Figura 4.2.4), soprattutto nelle ULSS 3, 7, 8 e 1 dove risulta un aumento rispettivamente di +9,4, +5,5 +5,3 e +5,2 punti percentuali.

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 2020-2024



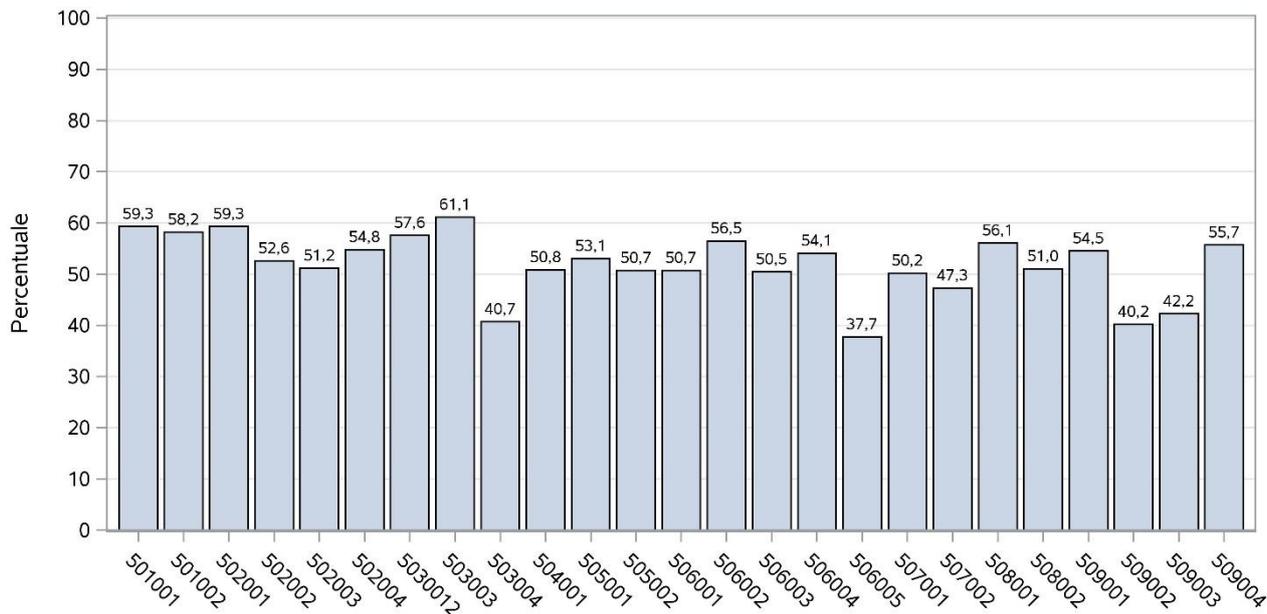
Considerando i valori relativi all'anno 2024 per ULSS di residenza (Figura 4.2.5), si evidenzia una minor variabilità tra Aziende rispetto all'indicatore A.D._D22Z con percentuali che variano tra 48,7% e 58,8%.

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 2024



Osservando 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 20 punti percentuali, in particolare nelle ULSS 3, 6 e 8 (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 2024



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 “% 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 (fino dal 2023)

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, come modificato dal DM 7 agosto 2023 "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare». (23A05146) (GU Serie Generale n.220 del 20-09-2023)", 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: Numero di assistiti distinti in Hospice + Numero di assistiti distinti in SIAD

Numero di assistiti distinti in Hospice:

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.

Numero di assistiti distinti in SIAD:

- per anno < 2023: 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). I valori relativi alla patologia responsabile e allo stato terminale oncologico si riferiscono rispettivamente ai valori patologia prevalente e stato terminalità oncologica presenti sulla prima valutazione (PIC). Nel calcolo non sono stati considerati gli assistiti in Strutture e ASL non presenti nelle anagrafiche nell'anno di riferimento

- per anno >=2023: 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. Tipologia presa in carico = 2 “UCPDOM”. Nel calcolo non sono stati considerati gli assistiti in Strutture e ASL non presenti nelle anagrafiche nell'anno di riferimento.

Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili. I dati vengono estratti in riferimento al luogo di decesso e la data di riferimento è riportata nell'intestazione del report.i

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”

DECRETO 7 agosto 2023. Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare».

Valore soglia: Valore > 35%

6. Normativa di riferimento

Provvedimenti nazionali	
DMS 07/08/2025	Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare».
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 62/2025	Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2025, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197
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.