I quaderni di

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA
LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA

Strumenti di conoscenza per una strategia condivisa nell’attuazione della Legge 38
L’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l’analisi dei costi; la formulazione di proposte per l’organizzazione dei servizi sanitari; l’analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell’assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l’educazione continua in medicina.
LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA

PRESENTAZIONE
R. Balduzzi, F. Moirano

UNA SFIDA PER LA MEDICINA DEI PROSSIMI DECENNI
G. Zaninetta - Società Italiana di Cure Palliative

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI - Paradigma della complessità assistenziale
C. Cricelli - Società Italiana di Medicina Generale

UNO STRUMENTO PER GLI OBIETTIVI DELLA LEGGE 38
L. Moroni - Federazione Cure Palliative

UNA COLLABORAZIONE A GARANZIA DELLA QUALITÀ
F. Crippa Floriani - Fondazione Floriani

LE CURE PALLIATIVE NELLA PROSPETTIVA DELLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE
M. Spizzichino

INTRODUZIONE
G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile, M. D. Bellentani

INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: I risultati

METODOLOGIA E DISEGNO DELLA RICERCA
P. Lovaglio

SVILUPPO DEL LEA CURE PALLIATIVE DOMICILIARI NELLE ASL
G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile, P. Lovaglio, M.D. Bellentani, M. Crippa

L’EROGAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile, P. Lovaglio, M.D. Bellentani, M. Crippa

STRUMENTI OPERATIVI Q-ASL (Q-1)

TABELLE ANALITICHE Q-ASL (Q-1)

STRUMENTI OPERATIVI Q-CENTRI (Q-2)

TABELLE ANALITICHE Q-CENTRI (Q-2)

UN CONTRIBUTO DI CONOSCENZA PER GESTIRE IL CAMBIAMENTO
F. Zucco

INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:
Le voci delle Regioni e delle Province Autonome

Regione Abruzzo
R. Borgia, P.P. Carinci

Regione Basilicata
C. Di Lorenzo

Regione Campania
R. Romano, A. Greco

Regione Emilia Romagna
M. Rolfini
# SOMMARIO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Region</th>
<th>Authors</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Friuli Venezia Giulia</td>
<td>G. Simon</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>V. Mantini, L. Gerosa</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>M. Beccaro, M. Costantini</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>G. Borghi, C. Tridico</td>
<td>196</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>S. Gioggetti</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>M. Musacchio</td>
<td>201</td>
</tr>
<tr>
<td>Trentino</td>
<td>A. Andrenacci, M. Mastellaro</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>F. Lovaldi, R. Ferraris</td>
<td>203</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>V. Pomo, E. Gargano</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>G. Trizzino</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>S. Rogiatti</td>
<td>207</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>M. Chiodini</td>
<td>209</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>M. Bonetti</td>
<td>211</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:**

- Professionisti a confronto ..................................................... 215
- Medici di medicina generale, medici palliativi e infermieri a confronto
  - M. Costantini, M. Beccaro, G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile ....................... 216

**INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:**

- Documento di consenso .................................................................. 231

**ACCANTO AL MALATO QUALE ÉQUIPE**

- G. Scaccabarozzi, P. Lora Aprile, G. Zaninetta, F. Limonta, G. Ventriglia ........ 232

**INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:** Allegati .......... 235

**RIFERIMENTI NORMATIVI**

- M. D. Bellentani, E. Guglielmi ................................................... 236

**LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38** ..................................................... 247

**RINGRAZIAMENTI** .................................................................... 257
Come è noto, l’aumento dell’aspettativa di vita della popolazione italiana da un lato, e la contemporanea necessità di riorganizzazione dei servizi dall’altro, pongono il sistema sanitario di fronte a scelte non più prorogabili nell’individuazione di modalità organizzative che assicurino appropriatezza delle cure alle persone affette da malattie degenerative e croniche.

Di conseguenza, conoscere il panorama delle cure palliative domiciliari in Italia ci è sembrata una sfida da affrontare con tempestività e, per questo motivo, siamo particolarmente lieti di presentare questo studio sulle cure palliative domiciliari - il primo realizzato a livello nazionale - che “fotografa” lo sviluppo delle cure palliative domiciliari - il primo realizzato a livello nazionale - che “fotografa” lo sviluppo di tali cure, sia sul versante della programmazione operata dalle aziende sanitarie locali, sia su quello dell’erogazione dei servizi da parte dei centri accreditati. Nella stessa pubblicazione, inoltre, vengono presentati i risultati di un’inchiiesta svolta tra i professionisti impegnati nelle cure palliative, così da consentire di conoscere le loro opinioni, attitudini e comportamenti sull’argomento.

Il Quaderno di Monitor sulle cure palliative domiciliari assume, pertanto, un particolare valore strategico al fine di rendere concreti ed attuabili le indicazioni normative emerse dalla recente approvazione della legge 15 marzo 2010, n.38, “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, il cui testo recepisce sia i principi contenuti nelle normative nazionali e regionali prodotte nell’ultimo decennio, sia le raccomandazioni delle più rappresentative Società scientifiche.

Nel Quaderno vengono riportati i risultati di un’indagine conoscitiva nazionale condotta da questa Agenzia e dal Ministero della Salute, congiuntamente alla Società Italiana di Medicina Generale e alla Società Italiana di Cure Palliative, che ha avuto l’obiettivo di conoscere, per ogni realtà regionale, il livello di attuazione dei LEA Cure Palliative Domiciliari.

Reputiamo, al riguardo, che il presente studio possa essere particolarmente utile in questo momento, in cui è in fase di avanzata discussione il provvedimento di definizione dei LEA in sostituzione del DPCM del 2001, che fornisce maggiori specificazioni sui contenuti dei LEA sociosanitari, introducendo l’indicazione di “percorsi assistenziali integrati”. Per la prima volta vengono individuati percorsi assistenziali a domicilio, costituiti dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Occorre mettere in evidenza che, nell’ambito del nuovo provvedimento, si tratta anche (né potrebbe essere diversamente dopo la citata legge n. 38) delle “cure palliative domiciliari alle persone in fase terminale della vita”.

Due sono gli aspetti, a nostro avviso, che caratterizzano e danno rilevanza a questa pubblicazione, da un lato, sul versante dell’organizzazione, vie-
ne offerta l’opportunità al sistema dei professionisti di verificare lo stato dell’arte delle cure palliative domiciliari nel nostro Paese e, di conseguenza, di prendere atto delle differenze regionali e di-strettuali che ancora permangono nell’approccio alle cure, nella pratica professionale e nell’effettiva disponibilità di adeguati setting di cura e assistenza.

Da un altro lato, sul versante della conoscenza, nell’indagine effettuata viene analizzata la percezione delle cure palliative da parte degli operatori sanitari, vengono esplorate le opinioni, le conoscenze, le attitudini e i comportamenti dei principali professionisti coinvolti nell’assistenza domiciliare in ogni Regione.

Dal punto di vista metodologico, è bene precisare che la ricerca ha coinvolto, percorrendo le vie institutional, tutte le Regioni italiane e le Province Autonome. È stato identificato un referente regionale che fosse competente per l’ambito sanitario e, laddove possibile, anche per le cure palliative domiciliari in particolare. Ogni punto di riferimento regionale, a sua volta, ha indicato un referente per ognuna delle Asl della Regione di appartenenza, incaricato di compilare il relativo questionario on line.

In conclusione, pur avendo in questa ricerca evidenziato una serie di buone pratiche già esistenti sull’intero territorio, dobbiamo constatare non-ostante gli sforzi, sia a livello nazionale sia da parte delle Regioni e delle Province (con le normative nazionali e regionali, i documenti del Comitato MINISTERO della SALUTE “Cure palliative” - “Ospedalizzazione domiciliare”, i documenti/raccomandazioni della Società Italiana di Cure Palliative e della Federazione Cure Palliative e, infine, naturalmente, la legge n. 38) la risposta assistenziale del Paese sulle tematiche riguardanti le cure palliative ed il dolore, sia cronicamente riferito alla fase terminale della vita, sia ancora scarsa, lacunosa e disomogenea soprattutto a livello territoriale.

Una situazione critica, quindi, che si presenta concentrata in gran parte sui malati oncologici dei quali, comunque, si mostra incapace di intercettare l’intero fabbisogno, con cure che vengono erogate in gran parte nei pronto soccorso, nei reparti per acuti o intensivi delle strutture ospedaliere o a domicilio, ovvero da parte dei familiari non adeguatamente supportati per compiti di tale complessità ed esposti a devastati impatti sociali. Viceversa, i programmi di cure palliative dovrebbero poter contare su professionisti adeguatamente preparati e su caregiver e familiari formati, e inoltre rappresentare un continuum tra i vari setting assistenziali.

L’elemento centrale che caratterizza le cure palliative consiste, infatti, nella ricerca delle soluzioni migliori per ciascun malato in un contesto di persone competenti e di fiducia. Per fare questo è necessario disporre di un team di assistenza affiatato. Le cure palliative, infatti, prevedono la collaborazione di specialisti in diversi campi di competenza, quello medico, quello della cura, quello dell’aiuto domestico, quello della fisioterapia e dell’ergoterapia, quello della psicologia e dell’assistenza spirituale. Familiari e volontari completano la cerchia di sostegno.

Tutte queste persone formano una rete che offre sicurezza ai malati aiutandoli nel loro percorso di comprensione della malattia e delle sue conseguenze.

In futuro, com’è noto, un numero più elevato di persone necessiterà di maggiore assistenza nella fase terminale della vita, soprattutto perché l’età media della popolazione è in continuo aumento e, con il passare del tempo, si assisterà a una più frequente insorgenza di malattie croniche incurabili. L’obiettivo principale perseguito dal presente studio e dalle azioni svolte in questo ultimo periodo è di ancorare, in collaborazione con gli attori più importanti, le cure palliative nel sistema sanitario nonché nella politica della formazione e della ricerca. L’auspicio che esprimiamo è che, nel nostro Paese, tutte le persone affette da malattie croniche degenerative possano ricevere cure palliative adeguate alla loro situazione. Per raggiungere questo risultato, un obiettivo fondamentale da perseguire è la sensibilizzazione; i risultati dell’indagine dimostrano chiaramente che le conoscenze in merito sono ancora insufficienti e che dunque sussiste, anzitutto, un bisogno d’informazione.
Dopo la scomparsa, e a ragione, si è affermata la centralità delle cure domiciliari nell’assistenza al malato cronico in fase terminale di malattia, arrivando addirittura, sul finire degli anni ’80, al paradoxo di negare la necessità degli hospice. Per una curiosa nemesis proprio gli hospice nell’ultimo decennio hanno incontrato, soprattutto grazie alla legge 39 del 1999, un rapido sviluppo mentre le cure domiciliari stanno tuttora vivendo grandi difficoltà che, in moltissime Regioni italiane, ripetono, amplificandoli, i limiti della sanità territoriale.

Queste difficoltà sono diventate ancor più evidenti proprio a causa della progressiva maggiore offerta di ricovero in hospice che ha, di fatto, creato una potenziale “concorrenza” con le cure domiciliari, con uno spostamento della domanda verso la degenza, soprattutto da parte delle famiglie.

Risulta evidente che questa possibile distorsione è tanto più probabile quanto più è presente una disparità di offerta: malati e famiglie preferiranno (quasi) sempre un hospice ben organizzato piuttosto di un’assistenza domiciliare zoppicante.

Al di là dei percorsi di integrazione, come abbiamo accennato, molto problematici, restava assai nebuloso il quadro dell’offerta dei servizi di cure palliative domiciliari anche a causa dell’estrema variabilità sia organizzativa (in termini qualitativi e di autonomia o dipendenza da altri servizi) sia descrittiva (denominazioni a volte generiche o fuorvianti). Se a ciò aggiungiamo i prevedibili costi di una rilevazione a livello nazionale e l’oggettiva difficoltà, come soggetto non istituzionale, di avere informazioni dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie locali, si comprende come la SICP, da sola, non avrebbe potuto affrontare la questione in maniera soddisfacente.

Per questo la nostra Società ha avviato nel 2009, con una consensus conference tenutasi a Lecce in occasione del XVI congresso nazionale, una fase propedeutica di confronto con gli altri importanti protagonisti nell’erogazione di cure pal-
liative domiciliari, i medici di medicina generale, attraverso il coinvolgimento della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale).

I medici di famiglia si trovano, infatti, nella medesima situazione degli operatori di cure palliative, confrontandosi, nella pratica quotidiana, con realtà regionali ed aziendali assai diverse e con interlocutori professionali non sempre ben definiti (medici esperti in cure palliative, geriatri, oncologi, neurologi, eccetera).

Il confronto costruttivo con SIMG ed il generoso e disinteressato supporto della casa farmaceutica Wyeth ci hanno consentito di avviare e di concludere questa impresa non semplice che mettiamo a disposizione di tutti gli operatori della salute ed in particolare dei programmatori ministeriali in questa prima fase di attuazione della legge 38 del 2010. Proprio la legge 38, infatti, afferma che l’integrazione delle cure palliative domiciliari con le strutture di degenza rappresenta un obiettivo ingerabile e strategico nella realizzazione della continuità di cura, quale caratteristica fondamentale di qualità e di efficacia.

Ci auguriamo che questa indagine sia esemplare e proattiva di un percorso di conoscenza e di approfondimento della complessa e più ampia realtà delle cure domiciliari che rappresentano, in maniera ormai da tutti condivisa, la sfida della medicina dei prossimi decenni, perché anche fuori dagli ospedali i malati possano ricevere le cure migliori, nel luogo più razionale, a loro più gradito, oltre che al costo più appropriato.
Oggi, “Albo signanda lapillo” e sono lieto che SIMG abbia contribuito alla pubblicazione di questa complessa indagine che segna un importante passo verso la conoscenza del livello di organizzazione di Regioni, Aziende sanitarie e Centri erogatori sulle Cure Palliative Domiciliari nel nostro Paese, passo indispensabile per promuovere la diffusione e lo sviluppo. Le cure palliative sono comparse in modo strutturato negli ultimi vent’anni, ma nel settore si è creata vieppiù confusione anche per la mancanza di una normativa chiara, che desse un indirizzo per costruire percorsi integrati tra i comparti sanitari (ospedale-hospice-Rsa-territorio) e definisse ruoli e compiti dei professionisti della salute coinvolti. 

Si sono costruite strutture di degenza, gli hospice, di varia tipologia, ubicate in modo molto disomogeneo nel Paese (concentrati quasi esclusivamente al Nord), comunque inefficienti a produrre un’inversione di tendenza nei processi di accompagnamento del malato verso una morte dignitosa. Un indicatore significativo di processo: in Italia a tutt’oggi il 60% delle persone muore in una corsia di ospedale per acuti e molti di loro ogni anno sono malati in fase terminale di malattia. “La casa” resta il luogo di cura considerato ideale da molti malati e dalle loro famiglie. L’Assistenza Domiciliare, nel nostro Paese, è storicamente strutturata nell’ambito delle cure primarie e vede coinvolti in primis il medico di medicina generale e l’infermiere territoriale (Assistenza Domiciliare Programmatà e Assistenza Domiciliare Integrata). Il termine “Assistenza” viene spesso riferito al contributo del medico di medicina generale perpetrando di fatto un errore semantico, che determina attese/pretese tra programmator ed esecutore. La medicina di famiglia è un settore professionale dei sistemi sanitari moderni che si connota per dare un’uniforme erogazione di alcuni processi di cura e non assistenza, che implica invece il coinvolgimento di altri professionisti ad essa dedicati (infermieri, collaboratori famigliari, assistenti sociali ecc.). Le Cure Palliative Domiciliari sono il paradigma della “complessità assistenziale” e questo rende del tutto inadeguato il tradizionale approccio clinico, poiché non è sufficiente la cura della malattia, ma vi è la necessità di un approccio globale ai problemi e l’organizzazione dei servizi diventa una variabile importante non solo in termini di efficienza, ma di “buona” qualità delle cure. Questo tipo di assistenza, in accordo con i modelli avanzati di cura nei Paesi europei più evoluti, dovrebbe essere erogata da una “équipe di curanti” in cui oltre al medico di famiglia e all’Infermiere del territorio si aggiungono medici esperti nel campo delle cure palliative, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, spirituali ecc. La recente legge 38/2010 ha indicato l’architettura
del sistema di cura attraverso l’istituzione di un unico “Centro erogatore”, che governi la “Rete di Cure palliative” occupandosi peraltro della continuità delle cure tra domicilio e centri di cura residenziali (ospedale - hospice, Rsa).

Questa indagine disegna con estremo realismo la precarietà delle cure palliative domiciliari in Italia, molto spesso lasciate alla sensibilità e buona volontà del Medico di famiglia, che in una parte significativa del Paese resta l’unico operatore a sostenere non solo il processo di cura, ma anche l’assistenza. Essa rappresenta, per il livello di definizione, un dossier completo a disposizione delle Istituzioni e delle Società scientifiche indispensabile per iniziare una concreta applicazione della nuova legge.
non si può parlare di cure palliative domiciliari senza andare col pensiero al coraggio e alla lungimiranza delle Organizzazioni non profit (Onp) che, oltre 30 anni fa, per prime hanno creduto nei valori delle cure palliative. Esse ne hanno fatto la loro mission investendo lavoro, soldi ed energia con tenacia, entusiasmo e fantasia. Molte di queste Onp, pioniere nel terreno allora deserto delle cure palliative, sono oggi associate alla Federazione. A distanza di tanti anni il panorama del non profit in questo campo ha avuto una notevole crescita accompagnata da una costante evoluzione: dei 312 Centri analizzati in questa ricerca il 42% risulta essere supportato dall’attività di volontariato delle Onp. La percentuale sale addirittura al 56% nei Centri dove operano equipe specificamente dedicate alle cure palliative. L’indagine evidenzia che i volontari svolgono principalmente un servizio di relazione d’aiuto al malato e ai familiari al domicilio; mansioni burocratiche e amministrative; attività ricreative e, importantissimo, di raccolta fondi. Ma oggi molte Onp sono in grado di offrire in proprio i servizi di cure palliative domiciliari attraverso forme di accreditamento o di convenzionamento con le Asl. La diffusione delle cure palliative domiciliari è avvenuta in Italia sull’onda di iniziative a carattere locale da parte di Organizzazioni non profit o di Centri afferenti al servizio pubblico. Ne risulta una grande ricchezza di modelli organizzativi, ma anche una forte disomogeneità sia negli standard sia nella diffusione a livello nazionale. L’indagine appare quindi estremamente importante in quanto disegna la prima mappatura dettagliata dello stato dell’arte e può rappresentare uno strumento rilevante per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla legge 38/10 sulle cure palliative. La qualità di vita di un malato terminale è intrinsecamente legata alla possibilità di mantenere i contatti con il proprio mondo relazionale e il proprio contesto sociale. Assistere un malato a domicilio significa consentirgli la vicinanza ai familiari ed evitare l’isolamento che caratterizza ogni forma di istituzionalizzazione. Ma l’efficacia delle cure domiciliari è legata alla capacità del territorio di realizzare intorno al malato una rete integrata che dia garanzie di continuità e di risposte efficaci ai bisogni di tipo clinico e sociale. Ritengo che la realizzazione della rete, in particolare a supporto delle cure domiciliari, rappresenti la sfida più rilevante dei prossimi anni e che in tal senso, grazie al radicamento che sono in grado di raggiungere nel tessuto sociale, le Onp possano svolgere, e sempre più svolgeranno, un ruolo fondamentale.
La realizzazione della survey e il “documento di consenso” frutto della collaborazione tra le società scientifiche di Cure palliative e di Medicina generale, rappresentano passaggi importanti nello sforzo di integrazione tra le figure professionali coinvolte nella cura del paziente. Integrazione basata sul riconoscimento della specificità e della complementarietà dei ruoli delle diverse figure mediche e sulla consapevolezza che è solo grazie al lavoro d’équipe che è possibile affrontare la complessità delle cure palliative domiciliari.
Fondazione Floriani è nata nel 1977 grazie ad una donazione di Virgilio e Lorenza Floriani, con l’obiettivo di diffondere e applicare ai malati inguaribili quelle cure che affrontano tutti gli aspetti della sofferenza, fisici, psicologici e sociali: le cure palliative. La Fondazione ha promosso e sostenuto i primi centri di cure palliative domiciliari italiani (18 a Milano e nell’Hinterland) e due importanti hospice (Hospice Virgilio Floriani presso l’Istituto Nazionale dei Tumori – Milano; Hospice del Pio Albergo Trivulzio – Milano). Fondazione Floriani, pioniera delle cure domiciliari in Regione Lombardia (1980 – Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, in collaborazione con Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) ha dato vita ad un modello di assistenza organizzato in rete, divenuto paradigmatico per il Paese. In questo modello i servizi domiciliari, insieme agli hospice e ai servizi territoriali, rappresentano un punto importante ed imprescindibile della risposta al fabbisogno di cure palliative: quella che oggi viene definita, anche dalla recente legge (38/2010), la “rete di cure palliative”. Essa garantisce ai malati e alle loro famiglie il diritto di essere curati fino all’ultimo istante, nell’ambiente che meglio si adatta alle loro esigenze. Fondazione Floriani, nel suo impegno ormai trentennale dall’assistenza alla ricerca, dalla formazione alla cultura, ha ritenuto molto importante partecipare attivamente a questo primo censimento ufficiale sulla diffusione dei servizi di cure palliative domiciliari, in continuità con quello già avvenuto sui servizi in ambito residenziale (“Hospice in Italia” prima e seconda rilevazione ufficiale). È suo preciso convincimento che la crescita ed il miglioramento dei servizi ai cittadini passi anzitutto attraverso un’attenta conoscenza, scientificamente fondata, di queste realtà. La realizzazione di questa opera, attraverso il prezioso coordinamento di Gianlorenzo Scaccabarozzi (componente del Comitato Scientifico di Fondazione Floriani), ha visto il coinvolgimento di molte organizzazioni che, con ruoli e funzioni differenti, operano per la cura e l’assistenza ai malati inguaribili e alle loro famiglie. L’alta livello di collaborazione raggiunto nell’attuazione del lavoro ne rappresenta garanzia di qualità e completezza e riflette unmodo di operare che è proprio di Fondazione Floriani ed è nello spirito stesso delle cure palliative. La pubblicazione “Le cure palliative domiciliari in Italia” rappresenta non solo uno strumento prezioso per gli operatori, le organizzazioni non profit del settore, le istituzioni e i cittadini, ma anche un valore aggiunto per l’ormai improrogabile realizzazione organica e strutturata della rete delle cure palliative.
La Commissione nazionale per i Livelli essenziali di assistenza, nel documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” elaborato nel 2006, definiva nel seguente modo le cure domiciliari: “Le cure domiciliari consistono in trattamenti medic, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell’ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l’integrazione con i servizi sociali dei Comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse”.

Nel 1999 la legge 39 sanciva l’introduzione in Italia di una modalità assistenziale, le cure palliative, incentrata sul territorio e capace di garantire al paziente una maggiore qualità nella fase finale della sua vita.

Proprio nella citata legge e nei seguenti decreti attuativi veniva ribadito che il luogo dove oltre il 75% dei pazienti desiderano trascorrere la fase finale della loro vita è il domicilio e sempre il domicilio rappresenta il perno di tutto il processo assistenziale palliativo.

In particolare, la Commissione nazionale per i Livelli essenziali di assistenza nello stesso documento caratterizzava in modo puntuale le cure domiciliari rivolte al paziente terminale, sottolineando la necessità dell’intervento di una equippe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

Se, nel decennio seguente l’emanazione della legge 39, le strutture residenziali hospice si sono diffuse sul territorio nazionale anche grazie al finanziamento messo a disposizione, non altrettanto si può dire rispetto alla diffusione dell’assistenza domiciliare rivolta al malato terminale e al livello di coinvolgimento dei medici di medicina generale nell’erogazione di queste prestazioni.

La reale criticità nell’erogazione di cure palliative nel nostro Paese è individuabile nell’assistenza domiciliare; la scarsezza di unità operative di cure palliative domiciliari attivate e la mancanza di un reale monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate provocano enormi ritardi nel processo di creazione delle reti regionali.

Alle valutazioni espresse riguardanti l’attuale capacità regionale di erogazione di questo livello assistenziale, incluso tra i Livelli essenziali di assistenza, la legge 38 del 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” cerca in qualche modo di assicurare maggiori certezze per il futuro; nella legge infatti si ribadisce più volte l’indispensabilità dell’as-
sistenza domiciliare, elemento irrinunciabile e portante nella rete di cure palliative e la necessità di programmare la creazione di equipe con personale dedicato.
Sempre la legge prevede la creazione di un sistema informativo che permetta un puntuale monitoraggio sia sullo stato di sviluppo della rete, sia sulle prestazioni erogate e, in particolare, sul livello di qualità delle prestazioni stesse.
Con il decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 è stato attivato il sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare, flusso informativo che nel prossimo futuro permetterà la rilevazione del processo assistenziale domiciliare di ogni singolo paziente; in attesa dell’attivazione di questo nuovo flusso informativo permane la necessità di colmare il vuoto conoscitivo attualmente esistente.
La ricerca promossa dalla SICP e dalla SIMG si propone di mettere a disposizione un’attenta fotografia, puntuale e completa, non solo sui servizi di assistenza domiciliare attivati, ma anche sul livello di coinvolgimento dei medici di medicina generale nell’assistenza palliativa. I risultati sono certamente positivi in quanto capaci di mettere in rilievo luci ed ombre sull’approccio dei medici di medicina generale alle cure palliative e alla terapia del dolore.
Anche sull’aspetto specifico dei servizi di cure palliative domiciliari attivati è da sottolineare l’elevato tasso di risposta delle Asl registrato; tale valore denota come tematiche come quelle trattate in questa indagine sono di particolare interesse per gli operatori sanitari, in quanto la presenza di tali livelli assistenziali aumenta la qualità dei percorsi di cura e comporta dei notevoli risparmi sotto il profilo economico.
Ma un dato in particolare richiede una profonda riflessione: dai risultati del questionario risulta che nel 59% delle Asl è attiva una rete di cure palliative. Purtroppo la realtà italiana non presenta un livello così esteso di copertura delle reti di cure palliative; il problema è da identificare nella definizione stessa di rete assistenziale. L’universalità del linguaggio permetterà di assicurare che tale livello assistenziale sia garantito nello stesso modo su tutto il territorio nazionale. Solo attraverso una puntuale valutazione dei servizi realmente attivati sarà possibile creare nel nostro Paese la rete di cure palliative.
LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA

INTRODUZIONE

di Gianlorenzo Scaccabarozzi*, Pierangelo Lora Aprile**, Mariadonata Bellentani***
*Direttore Dipartimento della Fragilità Asl/AO Lecco, Consigliere SICP
**Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area Cure Palliative – Società Italiana di Medicina Generale
***Dirigente sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari - Agenas

Gli autori hanno curato l’indagine sulle cure palliative domiciliari in Italia

L’incremento delle cure domiciliari è avvenuto, nell’ultimo decennio, nel contesto di un forte mutamento: accanto ad una crisi dei modelli organizzativi di riferimento, primo tra tutti l’ospedale, sono avvenuti importanti cambiamenti che hanno investito la struttura sociale e demografica della popolazione, con una crescente prevalenza delle coorti più anziane (circa il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni) rispetto a quelle più giovani ed una progressiva differenziazione delle strutture familiari. L’aumento dell’aspettativa di vita pone come urgente il problema della qualità degli anni di vita guadagnati, interrogando il sistema sanitario circa la capacità di soddisfare i bisogni attraverso servizi domiciliari che rispondano a criteri di proporzionalità e appropriatezza delle cure. Sebbene alcuni principi e valori di fondo siano entrati a far parte del patrimonio comune, come testimoniato dai Piani Sanitari Nazionali dell’ultimo decennio, il sistema cure domiciliari e in particolare quello di cure palliative, si configurano come non ancora compiuti. L’offerta di questi servizi è in molti casi lacunosa, disomogenea, poco flessibile, scarsamente organizzata e, quindi, incapace di garantire in modo adeguato accessibilità, continuità delle cure, multidisciplinarietà dei trattamenti e integrazione tra i diversi setting assistenziali. Ciò è quanto emerge anche all’interno del PSN 2006 – 2008 con la seguente indicazione: “Allo stato attuale occorre recuperare il ritardo accumulato nell’attuazione del programma nazionale per la realizzazione delle strutture delle Cure palliative”. Pertanto il Piano evidenzia “la necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata e non sempre programmati, adeguati ai bisogni dei malati e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido”. Per questo motivo è “necassario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie fra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti. La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale fra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata e in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione. La rete deve offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, garantendo, ove necessario e richiesto, un adeguato intervento psicologico e religioso.” Principi già anticipati a livello europeo dal Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa, che ha approvato una Raccomandazione inerente all’organizzazione delle cu-

1 Capitolo 3, “L’evoluzione del servizio sanitario nazionale: le strategie per lo sviluppo”.
L’INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI COME LEA

La recente legge 38 indica una serie di accordi che devono essere stipulati in sede di Conferenza Stato-Regioni, in merito alla tipologia di strutture che costituiscono la rete di cure palliative, alla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l’accreditamento, agli standard strutturali qualitativi e quantitativi, all’adeguata disponibilità di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza, alle modalità organizzative volte a consentire l’integrazione tra le strutture, alla definizione di un sistema tariffario di riferimento e alla programmazione di sistemi formativi e di aggiornamento.

L’indagine fornisce una fotografia aggiornata dello sviluppo di questi elementi.

Se da un punto di vista generale si è potuta riscontrare una buona compliance delle Aziende sanitarie locali, con un’adesione pari al 97% (vedi articolo “Metodologia e disegno della ricerca”), l’analisi dei dati documenta come lo sviluppo dei servizi di cure palliative domiciliari non costituisca una priorità nella loro programmazione strategica né, tautomeno, un ambito sottoposto ad un monitoraggio strutturato.

È, ad esempio, significativa la differenza tra il numero di centri segnalati dalle Asl (544), il numero di centri identificati attraverso la scheda analitica (379) e le realtà che effettivamente erogano cure palliative domiciliari attraverso equipe dedicate (167) ed altre forme di erogazione (144) (Figura 1). Altrettanto sintomatico è l’elevato numero di Asl che dichiarano la presenza di una “rete di cure palliative” ma che, quasi certamente, attribuiscono al termine “rete” un significato diverso da quanto indicato nell’ambito della legge. I dati presentati, infatti, permettono di affermare l’esistenza di un “sistema formalmente istituito” di servizi di cure palliative a cui non sembra cor-
rispondere un network reale. Solo una parte delle Asl è stata in grado di fornire informazioni necessarie all’assolvimento del debito informativo di cui al DM 43 del 2007 e anche considerando le informazioni fornite, solo una minima parte raggiunge gli standard ministeriali da questo stabiliti. Dalla ricerca emergono la carenza di sistemi di valorizzazione economica e la parzialità dei sistemi di accreditamento che, laddove operanti, risultano essere spesso espressione di un’iniziativa delle singole Asl più che di un’indicazione regionale. Le informazioni relative al controllo di gestione, quando fornite, risultano essere poco significative, molto eterogenee e, quindi, difficilmente analizzabili.

Inoltre, la distribuzione dei centri erogatori risulta geograficamente disomogenea tra le diverse Regioni anche in conseguenza del processo di regionalizzazione della programmazione sanitaria, che anziché tradursi in una differenziazione virtuosa ha in alcune realtà rallentato lo sviluppo delle reti regionali di cure palliative. Anche all’interno delle stesse Regioni si evidenzia una disomogeneità nello sviluppo di queste reti, che sono cresciute soprattutto in presenza di équipe professionali strutturate, motivate e supportate da or-

**FIGURA 1 - Numerosità dei Centri (équipe dedicate/équipe non dedicate)**

![Diagramma mostrante la distribuzione geografica dei centri erogatori di cure palliative in Italia](image-url)
ganizzazioni del terzo settore (Figura 2 e Figura 3). Complessivamente, tuttavia, le realtà censite non sono in grado nella maggioranza dei casi di rispondere adeguatamente al bisogno di cure palliative domiciliari, ponendosi da un punto di vista quantitativo significativamente al di sotto degli standard di riferimento (Figura 4, Tabella 1). Al 40% dei residenti, soprattutto nelle Regioni del Nord, viene attualmente offerto un servizio di cure palliative domiciliari da equipe dedicate. Il restante 60% dei cittadini risiede in Asl dove non sono stati individuati Centri dedicati. Inoltre, dai dati emerge che in 20 Asl, che compren- dono 6 milioni di residenti, non esistono Centri (dedicati e non dedicati). Qui il Mmg costituisce l’unico potenziale riferimento per garantire un percorso palliativo domiciliare.

A fronte di un’insufficiente offerta di servizi di cure palliative domiciliari, gli indicatori di struttura e di processo utilizzati dimostrano un buon livello qualitativo delle strutture erogatrici rilevate. Ciò risulta ancor più evidente qualora si faccia specifico riferimento alle realtà dotate di equipe dedicate, che rappresentano il 54% circa dei centri segnalati e che hanno assistito il 64% del totale dei malati censiti. Queste realtà si ca-

**FIGURA 2 - Localizzazione Centri con équipe dedicate**

![Diagramma della localizzazione dei centri con equipe dedicate in Italia](image-url)
ratterizzano per un approccio pluridisciplinare alle cure in grado di garantire in oltre il 53% dei casi la continuità assistenziale sulle 24 ore e, nel 45%, una pronta disponibilità medica ed infermieristica. Per quanto attiene agli indicatori quali la tempestività nella presa in carico (oltre il 90% entro le 72 ore e nell’86% dei casi preceduta da un colloquio strutturato con i familiari) e la fornitura diretta di farmaci, presidi ed ausili (intorno al 60%) i Centri con équipe dedicate si avvicinano ai valori suggeriti dalle buone pratiche in cure palliative domiciliari.

Nella maggior parte dei casi ciò è vero per l’integrazione con le Organizzazioni non profit, per la continuità assistenziale sui 7 giorni e per l’orario di erogazione del servizio nella fascia 8-20, festivi inclusi. L’assistenza fornita da équipe dedicate garantisce inoltre un’adeguata intensità assistenziale con un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) medio di 0.6 e un numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) medio pari a 4.2. Più dell’80% dei Centri garantisce un supporto formativo ECM, il 90% un percorso formativo propedeutico all’inserimento in équipe e il 65% dichiara una frequenza almeno set-
CONOSCENZE, OPINIONI, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI DEI MEDICI E DEGLI INFERMIERI

Accompagnare un malato che si avvia al “confine della vita”, prendendosi cura anche della sua famiglia, chiama a un confronto con scelte importanti, dove problemi di relazione e di comunicazione, la necessità di modulare la propria attività lavorativa sulle esigenze del paziente e la questione di come affrontare la morte rappresentano sfide di grande attualità per la Medicina Generale.

Per questo SICP e SIMG hanno scelto di approfondire, tramite una survey, la prima realizzata a livello nazionale, su un campione rappresentativo, le conoscenze, le opinioni, le attitudini e le attività dei Mmg italiani rispetto alle cure palliative e di fine vita. In particolare, nelle aree delle conoscenze e delle attività-comportamenti, le risposte dei Mmg sono state confrontate con un gruppo esterno di Medici esperti in cure palliative e di Infermieri.

Questa survey confuta gli stereotipi spesso abbi...
TABELLA 1 - Malati assistiti

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regioni</th>
<th>Popolazione residente 2007</th>
<th>Malati assistiti - oncologici e non oncologici - 2007</th>
<th>Malati assistiti - oncologici e non oncologici - 2007</th>
<th>Malati oncologici assistiti ogni 100.000</th>
<th>Stima del malati oncologici assistiti e deceduti ogni 100.000 residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1.309.797</td>
<td>50,8</td>
<td>41,5</td>
<td>34,6</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>591.338</td>
<td>119,2</td>
<td>68,5</td>
<td>48,5</td>
<td>38,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1.998.052</td>
<td>63,1</td>
<td>61,1</td>
<td>33,7</td>
<td>26,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5.790.187</td>
<td>50,8</td>
<td>49,0</td>
<td>35,1</td>
<td>28,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>4.223.264</td>
<td>246,1</td>
<td>159,7</td>
<td>131,3</td>
<td>105,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli Venezia Giulia</td>
<td>1.212.602</td>
<td>106,5</td>
<td>73,0</td>
<td>66,9</td>
<td>53,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>5.493.308</td>
<td>153,1</td>
<td>94,5</td>
<td>33,0</td>
<td>26,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1.607.878</td>
<td>135,4</td>
<td>111,6</td>
<td>108,0</td>
<td>86,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>9.545.441</td>
<td>145,2</td>
<td>131,6</td>
<td>69,5</td>
<td>55,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1.536.098</td>
<td>113,5</td>
<td>64,3</td>
<td>64,1</td>
<td>51,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>320.074</td>
<td>84,0</td>
<td>31,2</td>
<td>31,2</td>
<td>24,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>4.352.828</td>
<td>95,1</td>
<td>76,6</td>
<td>73,6</td>
<td>58,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4.069.869</td>
<td>77,6</td>
<td>46,7</td>
<td>46,7</td>
<td>37,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1.639.443</td>
<td>136,4</td>
<td>100,8</td>
<td>37,8</td>
<td>30,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>5.016.961</td>
<td>99,6</td>
<td>84,0</td>
<td>84,0</td>
<td>67,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>3.636.211</td>
<td>94,1</td>
<td>81,4</td>
<td>78,1</td>
<td>62,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Trentino Alto Adige</td>
<td>994.703</td>
<td>121,4</td>
<td>110,9</td>
<td>93,9</td>
<td>75,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>872.967</td>
<td>111,0</td>
<td>92,9</td>
<td>91,0</td>
<td>72,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle D'Aosta</td>
<td>124.812</td>
<td>99,3</td>
<td>99,3</td>
<td>99,3</td>
<td>79,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>4.773.554</td>
<td>97,6</td>
<td>56,1</td>
<td>43,6</td>
<td>34,9</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTALE</td>
<td>59.131.287</td>
<td>116,1</td>
<td>88,1</td>
<td>63,9</td>
<td>51,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fonte: www.demo.istat.it

4 Il dato è il risultato di una stima del numero di malati oncologici assistiti nell’arco dell’anno. La stima, coerentemente ai dati di letteratura, è stata calcolata assumendo che il 20% dei malati in carico presso servizi di cure palliative domiciliari erano già assistiti nel corso dell’anno precedente.

TABELLA 2 - Focus su centri con équipe dedicate

- 167 Centri con équipe dedicate all’erogazione di cure palliative domiciliari
- Questi Centri, come volume di malati assistiti, sono rappresentativi del 64% del campione totale
- 85% dei malati assistiti da questi Centri sono oncologici

| C-3 Centri supportati ONP | Si: 56% |
| D-9 Modalità di remunerazione | Allocazione di budget: 54% Valorizzazione tariffaria: 33% Enambri 5% |
| E-11 Continuità assistenziale | Lun–dom: 69% Lun–sab: 19% Lun–ven: 12% |
| E-12 Orauri di erogazione del servizio | 8.00 – 16.00: 17% 8.00 – 18.00: 7% 8.00 – 20.00: 76% |
| E-14 Orauri di erogazione festivi | 8–16: 18% 8–18: 4% 8–20: 78% |
| E-16 Continuità assistenziale | h24: 53% h12: 33% < h12: 14% |
| E-17 Pronta disponibilità | Sì: 45% INF: 16% MCP: 17% |
| E-18 Presidi e ausili | Ausili forniti nel 59% dei Centri Entro 72 ore: 100% |
| E-19 Farmaci | Forniscono direttamente e gratuitamente i farmaci 63% di cui 31% tutti i farmaci di cui 32% farmaci specifici CP |
| E-22 Integrazione MMG–MCP | Esiste integrazione: 83% |
| F-27 Luogo del decesso | Domicilio: 75% Hospice: 12% Altre: 13% |
| F-28 CIA | CIA medio: 0,6 – GEA/sett: 4,2 |
| F-29 Accessi per figura professionale | MCP: 30% INF: 53,4% Altre: 14,5% |
| G-35 Frequenza riunioni di équipe | Una o più volte alla settimana: 65% |
| H-37 Supporto formativo ECM | Si: 81% |
| H-38 Formazione propedeutica all’inserimento in équipe | Si: 91% |
| I-39 Colloquio con i familiari precedente la presa in carico | Si: 86% |
| I-40 Invio al Centro | MMG: 47% Ospedale: 26% Disness: 12% |
| I-41 Temporaneità di presa in carico | Entro 24 ore: 36% 24–48 ore: 37,4% 48–72 ore: 19,6% |
| I-42 Durata delle cure | 0 – 7 gg: 16% 8–30 gg: 30% 31–60 gg: 25% |
| I-43 Lista d’attesa | Si: 11% |
| K-44 Contabilità analitica | Si: 45% |
| K-45 Budget medio per Centro | Budget medio per Centro: 976.548 Spese per il personale: 75% |
nati al medico di medicina generale, legati al disinteresse, alla scarsa motivazione e partecipazione attiva alle cure palliative. I risultati complessivi di questa indagine mostrano infatti un generale riconoscimento dell’importanza attribuita dai Mmg a queste cure, dell’utilità del loro ruolo nel contesto di un programma domiciliare e della disponibilità ad essere coinvolti. Viene giudicato come appropriato l’approccio multiprofessionale, realizzato attraverso un lavoro di équipe che prevede la presenza di un medico esperto di cure palliative quale consulente e coordinatore. Per quanto riguarda le attività inerenti all’assistenza al malato negli ultimi giorni di vita, le risposte denotano consapevolezza circa i principi di base delle cure di fine vita e l’importanza di perseguire cure appropriate e proporzionate. Buona è anche la conoscenza dell’uso degli oppioidi e la disponibilità ad essere reperibile nell’arco dell’intera giornata, almeno nei giorni feriali. È invece sugli aspetti normativi e sui fondamenti teorici che si registra la maggior incertezza: coincidenza tra terapia del dolore e cure palliative, poca chiarezza circa la loro definizione e, conseguentemente, circa gli obiettivi dalle stesse perseguiti.

Questa survey è uno stimolo per il programmatore a perseguire progetti volti all’integrazione, lanciando una sfida a tutti coloro, sia medici di medicina generale, sia palliativisti, che hanno coltivato a tutt’oggi, a volte in modo fazioso, solo logiche corporativistiche.

**QUALE ÉQUIPE ACCANTO AL MALATO? DOCUMENTO DI CONSENSO**

Per molti anni i progetti regionali e nazionali sulle cure palliative domiciliari hanno dovuto fare i conti con la diatriba tra medici di medicina generale e medici esperti in cure palliative: ognuno dei contendenti riteneva di avere buone ragioni...
per avocare a sé la presa in carico di questi mala-
ti, causando in pratica una sorta di incomunica-
bilità tra le due posizioni che finiva per favorire l’elaborazione di percorsi assistenziali disconti-
nui o addirittura alternativi.

Il documento di consenso è il risultato di un cambiamiento fondamentale nell’approccio, che vede protagonisti sia i Mg sia i medici esperti di cu-
re palliative, originato dalla consapevolezza che il percorso di cura di questi malati presenta caratteristiche cliniche, psicologiche e organizzative che mutano nel tempo e che richiedono rispo-
ste tempestive e flessibili di varia intensità, da par-
te di diversi operatori nei differenti momenti del-
la malattia terminale.

Con questa convinzione ha preso inizio una col-
laborazione, che siamo certi si concretizzerà anche nei decreti relativi alla legge 38, attraverso cui la centralità dei bisogni del malato e della sua fami-
glia sia realmente il punto di riferimento a cui orientare l’impegno di tutti gli operatori che, nel-
evolversi della situazione clinica si alterneranno presso il malato a domicilio, razionalizzando gli in-
terventi e assicurando quella continuità di cura che è l’obiettivo imprescindibile delle cure palliative.

Dieci sono gli enunciati sui quali si è raggiunto un consenso nell’ambito del workshop congress-
suale “Cure palliative domiciliari: accanto al ma-
lato quale equipe?”

CONCLUSIONI
Le cure palliative sono la massima espressione del-
la medicina della complessità che, occupandosi di persone fragili e clinicamente instabili, richiede una maggiore qualificazione dei servizi e la capacità di operare in rete attraverso una prospettiva unitaria, senza frammentazioni. Un impulso in tal senso lo si potrà ottenere quando lo sviluppo della rete, nei suoi snodi fondamentali (casa, hospice, ospedale, day hospital) diventerà una priorità della pro-
grammmazione regionale e locale, attraverso speci-
fici obiettivi di mandato per i Direttori Generali.

La recente legge 38/2010 rappresenta un passo decisivo in tale direzione, definendo al suo interno quali sono i futuri obiettivi della programmazione nazionale, tra cui: la definizione degli standard assistenziali, l’accreditamento degli erogatori, l’individuazione e la forma-
zione delle figure professionali coinvolte, l’adozione di un sistema tariffario che va-
lorizzi l’unitarietà degli interventi, l’attiva-
zione di un monitoraggio.

In tal modo si potrà superare la contrapposizio-
nne, ancora largamente presente, tra l’ospedale che dimette in tempi brevi, senza la garanzia di una reale continuità di cura ed un territorio che si sente gravato di compiti e responsabilità in ca-
renza dei necessari strumenti professionali, organ-
izzativi ed economici.
INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
I risultati
Il progetto “Indagine conoscitiva nazionale sullo sviluppo delle cure palliative domiciliari come livello essenziale di assistenza”, promosso e curato da SICP1 e SIMG2, con il supporto di Agenas3, del Ministero della Salute, di Fondazione Floriani, della FCP4, di tutte le Regioni italiane e di Wyeth Lederle Spa, che ha contribuito a sostenerlo economicamente, concorre a fornire e strumenti conoscitivi sulle cure palliative domiciliari dal punto di vista dell’offerta, analizzando l’esistenza e la strutturazione dei servizi sanitari forniti da Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituzioni, Enti, Organizzazioni ed altri soggetti, definiti generalmente Centri erogatori.

La ricerca ha interessato tutte le Regioni italiane e le Province autonome ed è stata complessivamente organizzata in due fasi:

- la prima (che dal punto di vista analitico costituisce uno studio descrittivo di popolazione) ha previsto la somministrazione di un questionario on-line a tutte le Aziende sanitarie locali (Indagine-Asl5) italiane. Il gruppo costituisce la popolazione oggetto dello studio (inerente all’anno 2008). Tale popolazione è stata identificata percorrendo le vie istituzionali, attraverso una metodologia partecipativa, grazie al coinvolgimento di “testimoni privilegiati”: un referente regionale competente per l’ambito sanitario e, laddove possibile, anche per le cure palliative domiciliari che, a sua volta, ha indicato un referente per ognuna delle Asl della Regione di appartenenza;

- la seconda (Indagine-Centri) ha identificato, secondo la segnalazione del referente Asl per ciascuna Regione, sul territorio nazionale, l’esistenza di Centri erogatori che hanno erogato cure palliative domiciliari nel corso del 2008. I responsabili di tali Centri, contattati e supportati dalla segreteria scientifica del progetto, sono stati invitati a compilare il questionario on-line, specifico del Centro.
Gli strumenti utilizzati nella rilevazione consistono in due questionari appositamente sviluppati da un gruppo di esperti in cure palliative (Board scientifico):

- il primo Q-Asl (Q-1), utilizzato per la rilevazione Asl, si componeva di 32 domande, di cui una quota a risposta multipla e, in alcuni casi, a risposta aperta;
- il secondo Q-Centri (Q-2), utilizzato per la rilevazione Centri, prevedeva invece, oltre alla sezione anagrafica iniziale, 63 domande. Anche in questo secondo caso, alcune domande contemplavano risposte multiple o risposte aperte.

**ESPERIENZE DI SURVEY NAZIONALI IN AMBITO SANITARIO E PARTECIPAZIONE ASL**

In questa sezione saranno mostrate sommariamente analoghe esperienze di ricerche nazionali in ambito sanitario, che confermano l’alta partecipazione da parte delle Asl (dimensione di interesse) all’indagine in questione.


Tassi di partecipazione più elevati sono emersi dal progetto nazionale “Riconoscimento ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l’erogazione delle Cure Primarie” del 2004 svolto dal Dipartimento di qualità del Ministero della Salute. L’ente promotore ha somministrato un questionario a tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, indagine che ha registrato la partecipazione del 93% delle Asl (181 su 195).

**RICERCHE SULL’OFFERTA ASSISTENZIALE SANITARIA DI CURE PALLIATIVE**

Studi di popolazione sulla distribuzione ed offerta delle cure palliative per malati oncologici su tutto il territorio nazionale, e più in generale sulle condizioni di cura dei malati oncologici, sono recenti in Italia.

Tre recenti studi sono venuti a colmare questa lacuna informativa, sebbene il tasso di copertura rispetto alla popolazione corrispondente sia alquanto limitato.

Lo studio *End Of Life in Ospedale* (Eolo, 2003), basato su interviste strutturate ai *caregiver* professionali entro 36 ore dal decesso, ha campionato in 40 diversi ospedali italiani 370 decessi di cui un terzo oncologici.

Il secondo studio (*Italian Survey on the Dying Of Cancer: ISDOC*, anni 2002-2003), specificamente indirizzato sulla modalità del morire in ospedale, è basato su interviste strutturate mediamente a sei mesi dal decesso ai *caregiver* non...

Da tale studio emerge che la grande variabilità nel luogo del decesso e nel luogo di cura dei malati oncologici suggerisce un uso inappropriato della risorsa ospedaliera nel periodo terminale della malattia oncologica. L’insieme di questi dati caratterizza una situazione non solo mediamente di non sufficienza nel trattamento delle ultime fasi di vita del malato oncologico ma anche di disequità crescente (misurata dalla differente crescita nel tempo del numero di hospice tra Centro-Nord e Sud, che tuttavia, per gli autori, sembra giustificata più dal supporto politico e finanziario che è stato attribuito a questa forma di assistenza piuttosto che a un programma globale di cure palliative).

Questi studi, tuttavia sono focalizzati su un’ottica clinica e non di gestione del sistema nel suo complesso.

Più simile all’indagine che qui presentiamo è un terzo studio nazionale (più ridotto in termini di partecipazione di Asl e Centri erogatori), condotto nel 2006 dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). La ricerca ha coinvolto 16 Aziende sanitarie locali (che coprono complessivamente il 12,5% della popolazione italiana) e 26 Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, distribuite su tutto il territorio nazionale, per verificare l’assistenza sanitaria ai 260.000 italiani che ogni anno si ammalano di tumore (Modelli gestionali in oncologia, AIOM, 2006). Da essa emerge che, sebbene i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) risultino attivi nel 90% delle Asl analizzate, la possibilità di fruire effettivamente di cure palliative a domicilio, grazie alla presenza di un palliativista specificamente dedicato, è concretamente attiva solo nel 63% delle Asl.

**PER APPROFONDIMENTI**

- [Ministero della Salute: NSIS](http://www.nsis.salute.gov.it/)
- [ASSR, ora Agenas](http://www.agenas.it/index.htm)
- [Progetto End Of Life in Ospedale (EoLO): sito dell'Istituto Maestroni](http://www.istituto.org/)
- [Italian Survey on the Dying of Cancer (ISDOC): Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006 (3.2.3 Le cure palliative, pag.60)](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_150_documenti_000_dокументi_2_fileDocumento.pdf)
- [AIOM: Modelli gestionali in oncologia](http://www.aiom.it/Attivit%20Scientifica/Pubblicazioni/1.23.1).
Nella fase di interlocuzione con i referenti regionali sono state segnalate globalmente 158 Asl. Sulla base dei dati raccolti ne sono state identificate, invece, 155 effettivamente eleggibili. Il differenziale può essere facilmente spiegato, da un lato con la segnalazione ridondante dell’Asl di Firenze, dall’altro con l’indicazione di due Aziende ospedaliere (Verona e Padova) che, in quanto tali, non possono essere equiparate alle Asl. La popolazione è quindi costituita da 155 Asl operanti sul territorio italiano e monitorate rispetto alle attività inerenti all’anno 2008 (Figura 1). Da una prima analisi della sezione anagrafica è possibile notare come la denominazione “Asl” non sia rappresentativa dell’intero panorama nazionale: in numerosi contesti, infatti, le medesime realtà possono assumere qualificazioni differenti (ad es. Azienda Sanitaria Unica Regionale o Azienda Sanitaria Provinciale). Dalla raccolta dei dati anagrafici è emerso come le “unità di rilevanza” possano essere considerate equipol-

**FIGURA 1 - Metodologia, disegno della ricerca, tassi di risposta e compilazione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>POPOPOLAZIONE e PERIODO</th>
<th>155 ASL (Anno 2008)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TASSO DI RISPOSTA</td>
<td>151 ASL (97,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>TASSO DI COMPLETATE COMPLETA</td>
<td>141 ASL (91%)</td>
</tr>
<tr>
<td>4 ASL HANNO COMPLETATO, 10 SOLO PARZIALMENTE</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
lenti al fine di rendere omogenea la successiva analisi delle informazioni ottenute.

Un primo elemento in grado di qualificare i dati raccolti riguarda il tasso di risposta. La quota di Asl rispondenti rispetto all’universo di riferimento, depurato dei duplicati e delle realtà non identificabili come Asl, è pari al 97,4%. Il residuo 2,6% è composto da due realtà della Regione Veneto, una della Regione Piemonte ed una della Regione Toscana che non hanno compilato il questionario. Il valore del 97,4%, ad ogni modo, sta ad indicare che la quasi totalità delle Asl esistenti ha effettuato almeno un accesso al questionario online.

Il tasso di compilazione, ovvero il numero di Asl che, oltre ad aver effettuato l’accesso, ha compilato il questionario in tutte le sue sezioni, è leggermente inferiore e si attesta con un valore pari al 91%. In alcuni casi (10 Asl) il referente ha compilato solo alcuni item del questionario, omettendo quindi una parte delle informazioni richieste.

Riassumendo, su 155 Asl esistenti: 151 hanno risposto ad almeno un item, 141 hanno compilato l’intero questionario, 10 lo hanno compilato solo parzialmente, 4 non lo hanno compilato affatto (Figura 1).

Per ogni quesito sono state riscontrate un numero di risposte “missing” o “mancanti” ed un numero di risposte “incoerenti”, ovvero non associate alla domanda corrispondente.

Su 32 item del questionario 18 item presentano la totalità delle risposte (Figura 2).

Gli item con maggior tasso di risposta riguardano: la dotazione di personale nell’ambito della Asl; la presenza o meno di una rete di cure palliative; la segnalazione dei Centri; l’utilizzo della cartella clinica e del Coefficiente di intensità assistenziale (CIA); l’esistenza di un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari, se gestito direttamente dalla Asl, nonché la relativa modalità.

Le dimensioni più carenti in termini di risposte fanno riferimento: alla sezione relativa al ritiro del ricettario speciale per i farmaci oppioidi (mediamente 50 risposte mancanti); alla tipologia di sistema di remunerazione nel caso in cui le attività di cure domiciliari fossero gestite da parte di soggetto accreditato (97 risposte mancanti) ed infine agli indicatori inerenti al numero di pazienti oncologici deceduti e assistiti dalla rete di cure palliative, domicilio-hospice e solo domicilio (50 risposte mancanti) (Figura 2).

**DATI GENERALI ASL**

*Contesto territoriale:* rispetto al tasso di ultrasettan-
Sviluppo del LEA cure palliative domiciliari nelle Asl
tacinquenni sulla popolazione residente nelle Asl
totale dei residenti con età maggiore di 75 anni rispetto al totale dei residenti reperiti dal servizio statistico regionale in base ai dati Istat forniti dai Comuni, il valore mediamente dichiarato dalle Asl si attesta attorno al 10,3% (valore leggermente inferiore al 12%, ricavabile dal censimento Istat 2001) (Figura 3).
Tale dato viene ricavato rispetto a 119 Asl le cui risposte mantengono un grado di coerenza tra l’anno del numeratore (anno di riferimento dell’indicatore “Residenti con età maggiore di 75 anni”) e del denominatore (anno di riferimento dell’indicatore “numerosità della popolazione residente”). 32 Asl hanno infatti fornito dati incoerenti e quindi non comparabili.

Medici di cure primarie: è stato chiesto alle Asl di indicare al 31/12/2008 la presenza in termini di numerosità delle figure professionali che potrebbero risultare coinvolte nell’erogazione delle cure palliative domiciliari: Medici di medicina generale (Mmg), Pediatri di libera scelta (Pls) e Medici di continuità assistenziale (Mca).
Ancorché maggioritaria, solo una parte delle realtà coinvolte nell’indagine ha indicato la presenza congiunta di tutte e tre le figure professionali. In dettaglio, 146 Asl indicano la presenza di Mmg, 145 dichiarano l’esistenza di Pls e 140 confermano la presenza di Mca. Tra le figure riferibili alle cure primarie, la prima (Mmg) supera per presenza numerica la quota di Pls e Mca attivi nella maggior parte delle Regioni italiane. In totale sul territorio operano: 44.279 Mmg, 7.632 Pls e 14.290 Mca.
Questi dati si riferiscono agli incarichi professionali, potrebbero perciò essere viziati dalla compresenza del medesimo professionista su più Asl. Globalmente le Asl hanno in organico per 100.000 residenti: 78 Mmg (valore variabile in un range tra 11 e 448 Mmg per le Asl considerate), 13 Pls (range 2-87) e 22 Mca (range 4-144).

A livello regionale, il numero di Mmg per 100.000 residenti varia dai 116 Mmg della Toscana ai 54 Mmg della Provincia di Bolzano (Figura 3).

Medici di cure primarie e ricettario speciale: rispetto al numero di Mmg, Pls e Mca che nel periodo 2007-2008 hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei, sono emerse le seguenti evidenze (Figura 4):
In totale, per il biennio 2007-2008, hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei 23.771 Mmg, 308 Pls e 1.627 Mca.
Rispetto ai valori medi (216 Mmg, 3 Pls, 17 Mca)
calcolati tra le Asl rispondenti, esiste una forte variazabilità, specialmente per quanto riguarda i Mmg. Rapportando i valori assoluti ai residenti emerge che, su 100.000 residenti, 42 Mmg (0,5 Pls e 2,9 Mca) hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici nel biennio 2007-2008 (Figura 4).

Più significativi sono i tassi che valutano il rapporto tra Medici di cure primarie che hanno ritirato il ricettario speciale ed il totale del personale medico stimato per il biennio 2007-2008. Tali informazioni sono state calcolate su 110 Asl (41 missing) per il tasso relativo ai Mmg, su 105 Asl (46 missing) per il tasso relativo ai Pls e su 96 Asl (80 missing) per il tasso relativo ai Mca.

L’analisi dei tassi (totale personale che ha ritirato il ricettario su totale personale medico, separatamente per figura professionale) mostra che tali rapporti si attestano complessivamente attorno al 27% per i Mmg (tasso mediano 38%), mentre diminuisce considerevolmente per i Pls (2%) e per i Mca (5,7%). Esiste comunque forte variabilità di questi tassi tra le Regioni in cui operano le Asl. Ad esempio il tasso che riguarda i Mmg varia da percentuali del 6% e 8% (Calabria e Puglia, rispettivamente) a percentuali del 44% e 42% (per Friuli V.G. e Lombardia) (Figura 4).

Analizzando globalmente il personale medico, il numero complessivo di Mmg, Pls e Mca che ha prescritto almeno una ricetta con farmaci ATCN02A (oppiodi), all’interno del periodo 2007-2008, è pari a 25.164 prescrittori, con un dato medio Asl pari a 350 prescrittori (media 227 range 25-2.366 prescrittori). Rapportati ai residenti, globalmente i dati mostrano 44 prescrittori ogni 100.000 residenti, valore variabile tra i 7 e gli 838 tra le 71 Asl che presentano dati validi (Figura 5).

Più significativo per l’interpretazione di tale dimensione risulta essere il tasso relativo al totale dei prescrittori di farmaci ATCN02A (oppiodi), valutato sul totale del personale medico stimato per il biennio 2007-2008 (dato più robusto rispetto al totale del personale medico che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei). Tale rapporto si attesta ad un valore globale del 19.6% (su 71 Asl), mostrando che in sostanza un Medico di cure primarie su 5 ha prescritto almeno un farmaco ATCN02A nel biennio in esame.1

Tale valore in realtà sconta situazioni di tassi mol-

---

**FIGURA 4 - Medici di Cure Primarie e ritiro del ricettario speciale**

| B-4 M M G | TASSO GLOBALE = 27% (MEDIANA tassi ASL = 38%) |
| B-5 P L S | TASSO GLOBALE = 2% (MEDIANA tassi ASL = 1,8%) |
| B-6 M C A | TASSO GLOBALE = 6% (MEDIANA tassi ASL = 8%) |

VARIABILITÀ REGIONALE (TASSO M M G)

- CALABRIA = 6%
- PUGLIA = 8%
- FVG = 44%
- LOMBARDIA = 42%

---

1 Incrociando i dati con il questionario Centri, emerge che la percentuale di Mmg che ha ritirato il ricettario speciale sul totale di Mmg della Asl varia a seconda che nelle Aziende Sanitarie Locali siano presenti o meno dei Centri erogatori (25% e 29%, rispettivamente). Tale divario è ancora più marcato se si analizza, non solo i Mmg, ma la percentuale di medici prescrittori (MMG+PLS+MCA) sul totale personale medico delle Asl: 30% nelle Asl in cui non esistono Centri e 18% per le Asl in cui esistono Centri sul territorio.
to bassi per alcune Asl (Sicilia, Calabria e Basilicata) che sottostimano il dato italiano. In effetti, il valore mediano si attesta ben al di sopra (39%) grazie all’apporto di un gruppo di Asl localizzate nella P.A. di Trento, Lombardia, Veneto e Valle d’Aosta.

Si registra, infatti, una contrapposizione piuttosto marcata tra le Regioni del Nord e Centro-Nord rispetto alle Regioni del Sud Italia. Infatti, Lombardia (49%), P.A. di Trento (56%), Veneto (33%), Emilia Romagna (27%) e Piemonte (27%) detengono il primato circa il rapporto tra professionisti (Mmg, Pls, Mca) che hanno prescritto almeno una ricetta di farmaci ATCN02A e il totale di professionisti in organico alle Asl. Basilicata, Calabria e Sicilia rappresentano, invece, le Regioni italiane associate alle minori percentuali di professionisti prescrittori (rispettivamente 7%, 6% e 4%). Questo dato, pur significativo ed affidabile, è stato calcolato su un numero di Asl ridotto, dovuto principalmente alla mancata compilazione ed al tasso di non risposta, in alcuni casi piuttosto elevato (Figura 5).

*Ricette ATCN02A*: tale sezione analizza il numero di ricette per farmaci ATCN02A (oppioidi) prescritte nel periodo 2007-2008. Specificamente, il numero complessivo di ricette per farmaci ATCN02A (oppioidi) prescritte dai Mmg, Pls, Mca nel biennio è stato di 3.071.817.

All’interno delle Asl, indipendentemente dalla numerosità dei professionisti dotati di ricettario speciale, sono state prescritte nel biennio in esame 5.429 ricette per farmaci oppioidi su 100.000 residenti. Tale valore è fortemente sottostimato dal’apporto di alcune Asl che riducono il tasso globale. Considerando la mediana, emerge che come minimo il 50% delle Asl analizzate ha prescritto almeno 9.800 ricette (per 100.000 residenti) nel biennio 2007-2008 (Figura 6).

Come parzialmente evidenziato, tali valori assumono situazioni molto variabili sia tra le Asl (range 61-59.417 ricette su 100.000 residenti) sia a livello regionale (dalle 275 su 100.000 residenti della Basilicata alle oltre 16.600 nelle Marche).

Infine, analizzando il rapporto tra numero di ricette prescritte e numero di prescrittori segnalati (per 61 Asl che presentano entrambi i dati), si evince che mediamente il singolo prescrittore ha prescritto 91 ricette relative a farmaci opioidei nel biennio 2007-2008 (valore variabile nel ran-
ge 16–360 ricette). Anche a livello regionale tale dato mostra una discreta variabilità (200 ricette per prescrittore in Sicilia, 40 in Valle d’Aosta).

**CURE DOMICILIARI PALLIATIVE ALL’INTERNO DELLE ASL**

Nel 59% delle Asl esiste una rete di cure palliative costituita con provvedimento formale, locale o regionale, con almeno i due principali setting assistenziali (Centri residenziali di cure palliative/hospice e Assistenza domiciliare). Un’importante premessa metodologica, necessaria per la corretta interpretazione dei dati, è relativa proprio al concetto di rete: occorre infatti conside-

---

**FIGURA 6 - Ricette prescritte di farmaci oppioidi ATCN02A**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Biennio 2007 - 2008</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.071.817</td>
</tr>
<tr>
<td>5.429</td>
</tr>
<tr>
<td>9.800</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Valore sottostimato non rappresentativo per poche Asl con tassi molto bassi

**FIGURA 7 - Presenza della rete di cure palliative**

- **ASL**
  - **Toscana**: 41%
  - **Friuli**: 59%
  - **Piemonte**: 39%
  - **Sardegna**: 54%
  - **Abruzzo**: 52%
  - **Calabria**: 46%

- **Presenza/assenza rete CP per ASL regionali**

---
rare la possibilità che alcuni dei compilatori abbiano assimilato la presenza territoriale dei due principali setting di cura alla presenza di una rete di cure palliative. Alla luce di ciò sembra corretto valutare il dato (59%) come sovrastimante l'effettivo status quo (Figura 7).

In ogni caso, anche in relazione alla presenza della rete di cure palliative, emerge una netta differenziazione territoriale: il 41% delle Asl che non garantisce questo sistema di offerta si localizza prevalentemente nel Sud Italia e nelle Isole (25 Asl). Situazioni di minore presenza di una rete di cure palliative si registrano nelle Asl dell’Abruzzo (1 su 5), della Calabria (1 su 6), della Sardegna (2 su 8) e una totale assenza nelle due Asl della P.A. di Bolzano e della Valle d’Aosta. All’opposto, maggiori prevalenze di Asl che prevedono reti di cure palliative si riscontrano nelle Asl del Piemonte (11 su 12), del Friuli V.G. (5 su 6), dell’Umbria (3 su 4), dell’Emilia Romagna e della Toscana (8 su 11), oltre alle Asl uniche del Molise, delle Marche e della P.A. di Trento (Figura 7).

Analizzando tali risposte è interessante notare che anche all’interno della stessa Regione, le risposte sulla presenza/assenza della rete di cure palliative nelle varie Asl non necessariamente risultano univoche.

Centri erogatori segnalati: come descritto nella parte iniziale dell’articolo, alle Asl è stato richiesto di indicare l’esistenza, il numero e la tipologia di Centri presenti sul territorio di competenza (bacino di utenza) eroganti cure palliative domiciliari (Figura 8).

Da un’analisi preliminare delle risposte ottenute emerge che, complessivamente, sono stati segnalati dalle Asl 544 Centri. Di questi Centri, tuttavia, sono state fornite informazioni anagrafiche per una quota parziale, pari a 448 soggetti. Quindi, 96 Centri non vengono individuati dalle stesse Asl per la compilazione del Q-Centri (Q-2).

Sui 448 Centri contattabili (poiché si disponeva della scheda anagrafica) ed effettivamente contattati, solamente 379 soggetti erogatori hanno partecipato all’indagine, compilando il Q-Centri (Q-2).

È importante osservare che all’interno di questo sottogruppo sono presenti unità di rilevazione eterogenee tra loro, che possono però essere assimilate qualora vengano considerate come “Centri erogatori di cure palliative domiciliari”. La varietà delle organizzazioni eroganti si concretizza nella coesistenza di Centri erogatori distrettuali, caratterizzati dalla presenza di singole equipe; realtà aziendali pubbliche, che non dichiarano una

---

**FIGURA 8 - Centri erogatori di cure palliative domiciliari**

<table>
<thead>
<tr>
<th>544 Centri segnalati dalle ASL</th>
<th>448 Centri effettivamente esistenti (esiste scheda anagrafica in Q1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Analisi dati Q2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>379 Centri individuati e contattabili hanno effettuato l’accesso al questionario on line.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dei 379 Centri:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 312 CENTRI HANNO EROGATO CP DOMICILIARI NEL 2008</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 28 CENTRI NON HANNO MAI EROGATO CP DOMICILIARI</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 29 CENTRI HANNO EROGATO CP DOMICILIARI DOPO IL 2008 O HANNO TERMINATO PRIMA DEL 2008</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 10 CENTRI HANNO EFFETTUATO L’ACCESSO MA NON HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

3 Il differenziale si può spiegare con una delle seguenti motivazioni: Centri non rintracciabili, Centri inesistenti, Centri assimilabili ad altri Centri già indicati e quindi duplicati.
suddivisione di tipo distrettuale e che forniscono pertciò dati aggregati; realtà del privato e del terzo settore che presentano caratteristiche non necessariamente omogenee tra loro.

Dei 379 soggetti erogatori che hanno compilato il questionario, partecipando all’indagine, 312 si qualificano come Centri che hanno erogato cure palliative domiciliari nel 2008. Dei rimanenti: 28 non hanno mai erogato cure palliative, 29 hanno iniziato ad erogare cure palliative dopo il 2008 o hanno terminato prima del 2008 e 10 non hanno compilato il questionario (Figura 8).

Rispetto alla copertura garantita dai Centri sul territorio, una prima fondamentale dimensione analizzata è relativa al numero di Centri, dedicati e non, che operano sul territorio delle Asl; una seconda altrettanto importante dimensione valuta invece, per ogni Asl, il rapporto tra numero di malati oncologici assistiti dai Centri e il bacino di utenza potenziale all’interno della stessa (popolazione residente). Per questa specifica analisi si rimanda alla sezione “Strumenti operativi Q-Asl (Q-1)”. 

Per quanto concerne la tipologia dei soggetti erogatori (valutati sui soli 311 attivi nel 2008) si riscontra che:

- il 38,6% rientra nella categoria Centri Asl con equipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano CP all’interno del modello ADI;
- il 25,1% sono Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/non profit con equipe specificamente dedicate alle CP domiciliari;
- il 19,3% sono Centri ospedalieri/Asl/hospice pubblici che erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari;
- il 7,7% sono Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/non profit senza equipe specificamente dedicate alle CP domiciliari;
- il 6,8% sono Centri Asl in cui operano equipe distrettuali specificamente dedicate alle CP domiciliari;
- il 2,5% rientrano nella categoria Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente CP domiciliari.

Complessivamente, quasi il 24% dei Centri segnalati si localizza in Regione Lombardia, il 13% in Emilia Romagna, mentre lo 0,6% in Valle d’Aosta.

Pertanto, sui 311 Centri di cui si conosce la tipologia:

- il 21,8% rappresenta Centri dedicati all’erogazione diretta di cure palliative domiciliari;
- il 31,9% sono Centri Asl di cure domiciliari che dispongono di equipe distrettuali, o di provider privati accreditati, specificamente dedicati;
- il 46,3%, invece, non dispone di equipe dedicata.

Analizzando i dati in funzione della natura pubblica o privata del Centro (valutati sui 311 soggetti erogatori di cui si conosce la tipologia), emerge una prevalenza di servizi di tipo pubblico (64,6% pari a 201 Centri di cui il 40% dotati di equipe dedicate). I Centri “privati” sono il 35,4% dei Centri segnalati (110 Centri), di cui più di tre quarti (78%, pari a 86 Centri) con equipe dedicata.

Sempre rispetto alla copertura garantita dai Centri sul territorio, dai dati emergono due interessanti evidenze:

- in 26 Asl esistono globalmente 55 “altri” soggetti erogatori non definibili Centri, che nelle Asl erogano cure palliative domiciliari (18 di questi concentrati in un’unica Asl);
- in 20 Asl esistono 75 realtà territoriali (distretti) in cui le cure palliative non vengono erogate da Centri di riferimento (pubblici e/o privati), ma esclusivamente dal Mmg. La quota maggiore si concentra nelle Regioni Campania, Marche, Lazio e Lombardia nelle province di Napoli, Caserta, Ancona, Viterbo e Brescia (Figura 9).

Restringendo l’analisi alle sole Asl in cui non è presente una rete di cure palliative costituita con provvedimento formale, le zone territoriali rela-
tive ai distretti in cui le cure palliative non vengono erogate da Centri (erogate potenzialmente dai soli Mmg) coprono un bacino di utenza di 3.104.632 residenti (tale dato si riferisce all’intero ammontare dei residenti nel bacino delle sudette Asl e non ai residenti dei distretti senza Centri erogatori). 4

Cartella clinica: quasi il 77% delle Asl ha dichiarato di richiedere una cartella clinica/scheda per la gestione delle cure palliative (con risposte diverse tra Asl anche all’interno della stessa Regione). Sebbene in tutte le Regioni il numero di Asl che richiedono la cartella clinica per la gestione dei percorsi di cure palliative risulti superiore al numero di Asl che non lo fanno, in alcune Regioni (Liguria, Sicilia e Friuli V.G.) si osserva un minor utilizzo da parte delle Asl della cartella clinica (non prevista nella Asl della P.A. di Bolzano) (Figura 10).

Intensità assistenziale: solo il 38% utilizza tra gli indicatori di monitoraggio dell’intensità assisten-
ziale di cure palliative domiciliari il Coefficiente di Intensità Assistenziale. È importante rilevare che per Lombardia, Emilia Romagna, Molise e Sicilia è stata registrata una quota elevata (sul totale Asl esistenti) di Asl che utilizzano l’indicatore di intensità assistenziale (Figura 10).

**MODALITÀ DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI/SERVIZI DOMICILIARI**

In caso di erogazione diretta da parte delle Asl, solo per un quarto (26,5%) delle Asl censite è previsto un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari (Figura 11). Si osserva che in generale nelle diverse Regioni, a parte il Piemonte, prevalgono le Asl in cui non è previsto un tale sistema di valorizzazione, mentre all’interno di alcune Regioni, nessuna delle Asl coinvolte prevede un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari (Emilia Romagna, Molise, Marche, Puglia, Umbria, Valle d’Aosta, P.A. di Bolzano).

Delle 39 Asl in cui è previsto un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari (nel caso di erogazione diretta da parte delle Asl), una quota elevata (51%) utilizza un sistema di valorizzazione a prestazione/accesso. Solo una minoranza (10%) ha implementato un sistema di valorizzazione economica a caso clinico omnicomprensivo. Il 23% prevede una valorizzazione giornaliera omnicomprensiva, il 13% una valorizzazione mensile omnicomprensiva e, infine, è stata registrata una quota pari al 25% di Asl che implementano un’altra modalità di valorizzazione economica, non specificata e comunque differente da quelle precedentemente citate (Figura 11).

Secondariamente, in caso di erogazione da parte di soggetto accreditato, all’interno del contratto/convenzione, la quota di Asl che prevede un sistema di valorizzazione tariffaria stabilita dalla Regione o dall’Asl è pari al 38%. È comunque ipotizzabile che il sistema di valorizzazione incluso all’interno delle suddette convenzioni/contratti possa essere, in alcuni casi, aspecifico rispetto alle sole cure palliative domiciliari. Alla luce di ciò, occorre considerare l’ipotesi che il dato (38%) sovrastimi l’effettiva contrattualizzazione formale per le sole cure palliative domiciliari. A questo sottogruppo appartengono sia realtà in

---

5 Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) rappresenta il rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza e il numero di giornate di presa in carico.

6 Per valorizzazione economica si intende l’attribuzione di un valore monetario alle attività di cura erogate. Tale valore è calcolato tramite un sistema di contabilità analitica attraverso differenti modalità: a prestazione/accesso; a tariffa giornaliera omnicomprensiva; a tariffa mensile omnicomprensiva; a caso clinico omnicomprensivo; con altra modalità.
cui è la Asl a stabilire il sistema di valorizzazione tariffaria (56%), sia realtà in cui è la Regione di appartenenza ad individuarelo (44%) (Figura 12). Sempre in caso di erogazione da parte di soggetto accreditato, alcune Regioni si caratterizzano per una maggior quota di Asl che dichiarano la presenza di un sistema di valorizzazione economica rispetto alle Asl che non la prevedono (Lombardia, Lazio, Marche, Puglia, Piemonte, Sicilia e Valle d’Aosta), mentre in alcuni contesti tale modalità non è prevista da nessuna Asl (P. A. di Trento, P. A. di Bolzano, Umbria, Abruzzo e Molise) (Figura 12). In ogni caso, le informazioni circa l’analisi detta-ghata del sistema di valorizzazione impiegato sono poco significative, in quanto la qualità del dato è scarsa: 97 risposte sono mancanti e le rimanenti 55 risposte sono molto eterogenee, difficilmente raggruppabili ed analizzabili.

**SVILUPPO DELLA RETE AI SENSI DEL DM N. 43 DEL 22 FEBBRAIO 2007**

L’ultima sezione riguarda lo sviluppo della rete di cure palliative e l’analisi degli indicatori contenuti nel DM n. 43 del 22 febbraio 2007. Nell’anno 2008, le Asl che hanno risposto (100) documentano un numero di malati deceduti per malattia oncologica all’interno dell’area di pertinenza pari a 115.513 (questo dato risulta pressoché allineato con il numero atteso di malati deceduti per malattia oncologica sulla popolazione residente – 3 ogni 1000 abitanti – valutata sulle popolazioni residenti dichiarate dalle Asl stesse). Il valore medio è pari a 1.155 deceduti. Esso assume risposte molto eterogenee tra le Asl (variabili nel range 0-7.931 deceduti).

Globalmente nell’anno 2008 il numero di dati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di CP sia a domicilio sia in hospice è stato di 42.909 unità.

Infine il numero totale di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di CP dotata del solo setting domiciliare, nell’anno 2008, è pari a 30.089 unità.

Nel valutare gli indicatori del citato DM (domande E-17 ed E-18 rispetto al numero di malati deceduti a causa di malattia oncologica nel 2008) si evidenzia che solo per un’esigua parte di Asl (rispettivamente 84 ed 86 per E-17 ed E-18) è stato possibile valutare tali rapporti.

Inoltre, per la scarsa qualità del dato (alcune Asl non sempre forniscono tutti e tre i valori necessari per valutare i due indicatori ministeriali), la sud-
detta valutazione a livello regionale (aggregando cioè i dati relativi alle Asl della stessa Regione) risulta ancor meno robusta. Per questo motivo si è preferito riportare nella successiva parte riguardante le tabelle analitiche Q-Asl (Q-1) la sinottica completa dei dati forniti dalle singole Asl su tali dimensioni. Nello specifico, per valutare la qualità dei dati forniti, all’interno di ogni Asl è stato comparato il numero di malati deceduti per malattia oncologica e il suo valore atteso (3 ogni mila abitanti), calcolato sul numero di residenti dichiarati (Figura 13).

Analizzando tali informazioni emerge che, rispetto alle soglie ministeriali indicate per gli standard qualitativi e quantitativi, 71 Asl (su 84 analizzate) assumono un tasso al di sotto del valore standard previsto dal DM (indicatore relativo ai deceduti assistiti sia a domicilio sia in hospice), 67 Asl (su 86 analizzate) assumono un tasso al di sotto del valore standard del DM (indicatore relativo ai deceduti assistiti solo a domicilio).

Seppur viziato da un alto tasso di non risposta, questo dato dimostra una scarsa adesione agli standard quali-quantitativi introdotti dal Ministero: percentualmente l’84,5% delle Asl rispondenti dichiara di non aver ancora raggiunto gli standard

**FIGURA 13 - Numero deceduti oncologici per Asl rispetto al valore atteso**
ministeriali per quanto attiene l’assistenza di malati attraverso i due principali setting di cure palliative (hospice e domicilio) (Figura 14). Parimenti, il 78% delle Asl dichiara di non raggiungere la soglia minima (45%) di malati assistiti da servizi di cure palliative domiciliari⁹ (Figura 15).

I dati della presente analisi forniscono utili spunti di discussione circa l’attuale panorama delle cure palliative domiciliari, specialmente in merito al reale sviluppo della rete, all’analisi critica delle soglie minime di assistenza in cure palliative e ai possibili percorsi da intraprendere per il suo effettivo sviluppo.

---

⁹ Si riportano comunque per completezza i due indicatori ministeriali per le Asl che hanno risposto su tali dimensioni: il rapporto tra il numero di deceduti a causa di tumore assistiti dalla Rete di CP domicilio-hospice nell’anno 2008 e il numero di malati deceduti per malattia oncologica nell’anno 2008 assume un valore pari al 37%. Il rapporto tra il numero di deceduti a causa di tumore per i malati assistiti dalla Rete di CP all’interno del solo setting domiciliare nell’anno 2008 e il numero di malati deceduti per malattia oncologica nell’anno 2008 assume un valore pari al 25%.
L’EROGAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

di Gianlorenzo Scaccabarozzi*, Pierangelo Lora Aprile**, Piergiorgio Lovaglio***, Mariadonata Bellentani°, Matteo Crippa°°

* Direttore Dipartimento della Fragilità Asl/AO Lecco, Consigliere SICP
** Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area Cure Palliative - Società Italiana di Medicina Generale
*** Professore Associato Statistica, Università di Milano-Bicocca
° Dirigente sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari - Agenas
°° Fondazione Floriani

L’indagine, come precedentemente riportato, ha previsto l’inclusione dei servizi eroganti cure palliative domiciliari (definiti con termine convenzionale Centri) segnalati dalle Asl nel questionario della prima fase, che sono stati invitati alla compilazione di un questionario specifico alle attività del Centro per l’anno 2008. I Centri, considerati “Centri erogatori di cure palliative domiciliari”, possono essere di diversa natura:
- Centri erogatori distrettuali, caratterizzati dalla presenza di singole equipe dedicate e non;
- realtà aziendali pubbliche, che non dichiarano una suddivisione di tipo distrettuale e che forniscono dati aggregati;
- realtà del privato e del terzo settore accreditate/convenzionate che presentano caratteristiche non necessariamente omogenee tra loro.

CENTRI EROGATORI SEGNALATI

ANALISI DELLA QUALITÀ DEI DATI
Per ogni quesito sono state riscontrate un numero di risposte “missing” o “mancanti” ed un numero di risposte “incoerenti”, ovvero non associate alla domanda corrispondente. A parte la sezione anagrafica, completa per tutti i 312 Centri, il questionario consta di 63 item: 29 item presentano meno del 10% di valori mancanti, 10 item più del 50% di valori mancanti e i rimanenti item una quota di risposte valide compresa tra il 50% e il 90% dei Centri (Figura 17). Gli item con maggior tasso di risposta sono ine-

1 La differenza si deve a vari fattori: Centri non rintracciabili o Centri effettivamente inesistenti (per la mancanza della scheda anagrafica). Centri assimilabili ad altri Centri già indicati e quindi duplicati.
renti alle seguenti dimensioni: modalità di remunerazione, tipologia del Centro erogatore, composizione dell’équipe, presenza di Organizzazioni non profit e attività di volontariato, continuità assistenziale, fornitura di presidi-ausili e farmaci a domicilio, esistenza di un protocollo che formalizza il rapporto di équipe, presenza del Piano di Assistenza Individuale (PAI), presenza o meno di cartella clinica, giornate di erogazione del servizio, facilities concesse al personale che si reca a domicilio, presenza o meno di colloquio prima della presa in carico, presenza o meno di lista di attesa, presenza o meno di piano di aggiornamento del personale, presenza o meno di un centro di costo per le cure palliative domiciliari e orari di erogazione.

Le dimensioni più carente in termini di risposte riguardano i dati sugli standard ministeriali, le ore totali lavorate dal personale, il totale delle giornate di cura e di effettiva assistenza per i pazienti deceduti, la divisione dei pazienti (non oncologici) per diagnosi e i costi annui totali.

DATI GENERALI SUL CENTRO

Per ciò che concerne la tipologia dei soggetti erogatori (valutati sui soli 311 soggetti che hanno erogato CP nel 2008 e di cui si conosce la ti-
pologia), il 38,6% rientra nella categoria “Centri Asl con equipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano CP all’interno del modello ADI”, il 25,1% sono Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/non profit con equipe specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari, il 19,3% sono Centri ospedalieri/Asl/hospice pubblici che erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari”, il 7,7% Centri erogatori accreditati/convenzionati privato profit/non profit senza equipe specificamente dedicate alle CP domiciliari, il 6,8% Centri Asl in cui operano equipe distrettuali specificamente dedicate alle CP domiciliari ed infine il 2,5% rientrano nella categoria “Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente CP domiciliari” (Figura 18).

Complessivamente, quasi il 24% dei Centri segnalati si localizza in Regione Lombardia, il 13% in Emilia Romagna, mentre lo 0,6% in Valle d’Aosta.

Pertanto, sui 311 Centri di cui si conosce la tipologia, il 21,8% rappresenta Centri dedicati all’erogazione diretta di cure palliative domiciliari, il 31,9% sono Centri Asl di cure domiciliari, 46,3% sono Centri che non dispongono di equipe dedicate e 64,6% Centri pubblici con servizi di tipo pubblico (di cui 40% con equipe dedicate) e 35,4% Centri privati con servizi di tipo privato (di cui 78% con equipe dedicate).
liari che dispongono di équipe distrettuali o di provider privati accreditati, specificamente dedicate. Il 46,3%, invece, non dispone di équipe dedicate.

In Puglia, Marche, Molise, Sicilia e Piemonte più dell’80% dei Centri erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari, mentre in P.A. di Bolzano, in Emilia Romagna, Calabria e Abruzzo meno del 25% dei Centri è di tale tipo. Analizzando i dati in funzione della natura pubblica o privata del Centro (valutati sui 311 soggetti erogatori), emerge una prevalenza di servizi di tipo pubblico (64,6% pari a 201 Centri) di cui il 40% dotati di équipe dedicate. I Centri “privati” sono il 35,4% dei Centri segnalati (110 Centri), di cui più di tre quarti (78%, pari a 86 Centri) con équipe dedicata (Figura 19).

L’importanza che riveste la presenza/assenza nel Centro di équipe distrettuali/territoriali dedicate giustifica nelle analisi successive la scelta di tale dimensione come fondamentale variabile di stratificazione. Tale strategia consente di valutare le risposte dei Centri erogatori separatamente per le due tipologie analizzate.

CENTRO E ORGANIZZAZIONI NON PROFIT (ONP)

Il 42% dei Centri è supportato dall’attività di volontariato di Organizzazioni non profit (con punte dell’89% in Puglia e 67% in Umbria). Tale percentuale sale al 56% per Centri con équipe dedicate e scende al 26% per Centri senza équipe dedicate (Figura 20).

In generale, l’area di attività delle ONP per il 44% è orientata su più Comuni, per il 30% a livello provinciale e per il 26% su base comunale (percentuali omogenee tra le due tipologie di Centri). Inoltre, la gran parte (84%) dei Centri supportati da attività di volontariato non organizzato (solo il 18% dei Centri lo prevede), viene supportato in attività di relazione d’aiuto al malato e ai familiari al domicilio.

SEZIONE D:
MODALITÀ DI REMUNERAZIONE

Per il 67,5% dei Centri, i costi sono sostenuti solo e direttamente dalla Asl attraverso allocazione di budget, per un 22% solo attraverso un sistema di valorizzazione tariffaria, per il 4,5% con entrambe le modalità e per un 6% con altra modalità. All’interno dei Centri con équipe dedicata la prima forma di finanziamento scende al 54% (la sola valorizzazione tariffaria sale al 33%), mentre per i Centri senza équipe dedicata sale all’84% (la seconda scende all’8% dei Centri con équipe non dedicata) (Figura 21).
A livello regionale, nelle due Province trentine (100%), Emilia Romagna e Friuli, per più del 90% dei Centri i costi sono sostenuti solo e direttamente dalla Asl attraverso allocazione di budget, mentre le maggiori percentuali di Centri che sostengono i costi solo con valorizzazione tariffaria si trovano in Sicilia (58%), Lazio (56%), Abruzzo (42%). Interessante notare che più del 50% dei Centri pugliesi si finanzia con altra modalità.

Nel caso di valorizzazione tariffaria, le risposte disponibili (72 su 81) si concentrano sulle modalità legate alla tariffa giornaliera omnicomprensiva (36%), a prestazione (21%) e a caso clinico omnicomprensivo (18%). Gli importi segnalati non sono robusti né trattabili dal punto di vista statisticо.

**LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA**

**MODALITÀ OPERATIVE DEL CENTRO CHE EROGA CURE PALLIATIVE**

_Cartella clinica_: il 95% dei Centri (su 307 Centri con risposta valida), utilizza una cartella/scheda clinica per la gestione delle cure palliative domiciliari. Percentuali di minor utilizzo si riscontrano nei Centri di Liguria (66%) e Friuli (77%). Il 99% dei Centri con équipe dedicate utilizza la
cartella, mentre solo il 90% dei Centri senza équipe dedicata la prevede.

La cartella è prevalentemente cartacea (67% dei Centri che la prevedono) o parzialmente informatizzata (28%).

**Giorni di erogazione:** globalmente il 69% dei Centri eroga il servizio da lunedì a domenica, il 20% da lunedì a sabato e l’11% non include sabato e domenica (percentuali omogenee tra le due tipologie di Centri erogatori) (Figura 22).

A livello regionale le maggiori prevalenze del servizio da lunedì a domenica si osservano nei Centri delle due province trentine, in Basilicata ed Emilia Romagna (percentuali pari o vicine al 100% dei Centri), mentre la copertura settimanale completa, in Calabria e Campania, viene registrata rispettivamente dal 23% e 29% dei Centri.

L’erogazione tra lunedì a venerdì viene tipicamente svolta nell’orario 8–20 (73% delle risposte: nei Centri dedicati sale al 76% e scende al 69% nei Centri non dedicati, con punte di ecceellenza per Basilicata, Sicilia, Umbria, Molise e P.A. di Bolzano) (Figura 23).

Durante il sabato e i prefestivi prevale ancora l’orario di erogazione 8–20 (68%, omogeneo tra tipologie di Centri). La domenica e i festivi, globalmente, l’orario 8–20 viene garantito dal 74% dei Centri (questa volta con differenze più marcate tra tipologie di Centri: 79% per Centri con équipe dedicate e 69% per Centri senza équipe dedicate) (Figura 24).


**Figure stabilmente presenti o che collaborano al piano assistenziale individuale:** il 96% dei Centri prevede la figura dell’infermiere (Inf); l’84% dei Centri prevede la figura del medico di cure palliative (Mcp), 96% nei Centri dedicati e 70% in quelli non dedicati; il 65% prevede il Mmg, 45% nei Centri dedicati e l’89% in quelli non dedicati; il 64% lo psicologo, 79% nei Centri dedicati e il 46% in quelli non dedicati; il 54% il fisioterapista (48% nei Centri dedicati e 61% in quelli non dedicati) (Figura 25).

**Continuità assistenziale:** il 43% dei 299 Centri analizzati rispetto alla continuità assistenziale dichiara di garantirla per 24 ore (rispettivamente 53% e 29% per Centri dedicati e non), il 37% per 12 ore e il 20% per meno di 12 ore (rispettivamente 14% e 28% per Centri dedicati e non) (Figura 26).
**FIGURA 24** - Orari di erogazione dei servizi nei giorni festivi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>8.00 – 16.00</th>
<th>8.00 – 18.00</th>
<th>8.00 – 20.00</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>25%</td>
<td>5%</td>
<td>69%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>18%</td>
<td>4%</td>
<td>79%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale Centri</strong></td>
<td>21%</td>
<td>5%</td>
<td>74%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FIGURA 25** - Figure professionali presenti nelle équipe

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Centri con equipe dedicata: 96%</th>
<th>Centri senza equipe dedicata: 4%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>INFERMIERE</strong></td>
<td>96%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEDICO PALLIATIVISTA</strong></td>
<td>84%</td>
<td>16%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEDICO DI MEDICINA GENERALE</strong></td>
<td>65%</td>
<td>35%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PSICOLOGO</strong></td>
<td>64%</td>
<td>36%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FISIOTERAPEUTA</strong></td>
<td>54%</td>
<td>46%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ASSISTENTE SOCIALE</strong></td>
<td>47%</td>
<td>53%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPERATORE SOCIO-SANITARIO</strong></td>
<td>45%</td>
<td>55%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VOLONTARI</strong></td>
<td>34%</td>
<td>66%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FIGURA 26** - Centri e continuità assistenziale sanitaria

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Per 24 ore</th>
<th>Per 12 ore</th>
<th>Per meno di 12 ore</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>29%</td>
<td>43%</td>
<td>28%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>53%</td>
<td>33%</td>
<td>14%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale Centri</strong></td>
<td>43%</td>
<td>37%</td>
<td>20%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
La gran parte dei Centri nella P.A. di Bolzano (100%), in Sicilia (75%) e Puglia (67%) assicura assistenza per 24 ore, mentre in Regioni come Valle d’Aosta, Molise, P.A. di Trento e Piemonte meno del 15% dei Centri garantisce la continuità 0-24h. Globalmente, la continuità assistenziale sanitaria viene garantita sia attraverso il servizio di consulenza telefonica (per il 65% dei Centri) sia attraverso il servizio di pronta disponibilità (per il 62% dei Centri). Il 55% dei Centri che assicura il servizio di pronta disponibilità sono Centri di natura dedicata.

Nel primo caso, sono tipicamente Medici e Infermieri (Inf) a garantire la continuità assistenziale, nel 58% delle risposte sono solamente Inf (23% dei Centri) e solamente Medici (15% dei Centri) ed in maniera più marcata per Centri di tipo dedicato (64% Medici e Inf, rispetto al 50% garantito dai Centri non dedicati) (Figura 27).

Nel caso di pronta disponibilità, nel 54% dei Centri sono ancora Medici e Inf a garantire la continuità assistenziale (solo Inf 31%, solo Medici 13%). Per i Centri di tipo dedicato tale percentuale sale al 64%, rispetto al 41% garantita dai Centri non dedicati (Figura 28).

Ausili e farmaci: il 58% dei Centri fornisce diretta

FIGURA 27 - Continuità assistenziale attraverso consulenza telefonica

FIGURA 28 - Continuità assistenziale attraverso pronta disponibilità
tamente presidi e ausili (percentuali omogenee tra tipologie di Centri) (Figura 29).

Più del 90% dei Centri della P.A. di Bolzano, della Valle d’Aosta e dell’Emilia Romagna forniscono tali supporti. Nel 52% dei casi sono forniti entro 48 ore (percentuale variabile tra il 69% dei Centri dedicati e il 30% per quelli non dedicati). Rispetto ai farmaci, il 32% fornisce direttamente e gratuitamente farmaci ai malati, un altro 32% solo i farmaci specifici per le cure palliative, mentre il 36% non fornisce farmaci (percentuali omogenee nelle due tipologie) (Figura 30).

Nel caso di fornitura di farmaci, nel 54% dei Centri esiste una procedura formalizzata per la prescrizione e l’erogazione dei farmaci oppioidi (nel 70% dei Centri dedicati e solo nel 37% di quelli non dedicati), con prevalenze maggiori nei Centri di Umbria e Molise. I farmaci forniti direttamente e gratuitamente ai malati vengono di norma consegnati anche a domicilio per l’84% dei Centri fornitori, in maniera omogenea tra i due tipi di Centri.

**Protocollo rapporto équipe-Mmg, presenza Mmg e PAF:** il legame esistente tra i membri dell’équipe del
Centro e i Medici di medicina generale del territorio è definito da uno specifico protocollo operativo formalmente approvato dall’Asl per il 61% dei Centri (dato omogeneo all’interno della tipologia di Centri) (Figura 31).

A livello regionale, questo avviene più marcatamente in Emilia Romagna (100% dei Centri), P.A. di Trento ed Umbria (rispettivamente 87% ed 83% dei Centri). Al contrario, in Molise, Campania e Lazio si registrano prevalenze, sul numero totale di Centri della Regione, pari rispettivamente a 0%, 21% e 25%.

Rispetto alla stesura del Piano di Assistenza Individuale, esso viene redatto nell’87% dei Centri, con prevalenza per i Centri senza équipe dedicate (94% dei Centri senza équipe e 82% dei Centri con équipe dedicata).

Le Regioni che presentano un maggior tasso di compilazione PAI sono Basilicata, Calabria, P.A. di Trento, Sicilia e Umbria (100% dei Centri), il contrario avviene in Molise (33%), Valle d’Aosta (50%) e Lazio (56%) (Figura 32).

All’interno del PAI, nel 67% dei Centri il MMG opera in modo integrato (consultenza frequente) con lo specialista in cure palliative, nel 22% dei Centri con la consulenza sporadica del medico palliativista e nell’11% come uni-

---

**FIGURA 31 - Rapporti tra Centro e Medico di Medicina Generale**

**FIGURA 32 - Le cure palliative e il Piano di Assistenza Individuale (PAI)**
co referente medico dell’équipe (Figura 32). Tali percentuali variano largamente per tipologia del Centro: il Mmg opera in modo integrato con il medico di cure palliative nell’83% dei Centri dedicati (50% per i Centri non dedicati), con consulenza sporadica per il 14% dei Centri dedicati (31% nei Centri non dedicati) e come unico referente nel solo 3% dei Centri dedicati (19% nei Centri non dedicati). Tutti i Centri di Basilicata, Molise, Toscana, Valle d’Aosta prevvedono la presenza del Mmg all’interno del PAI in modo integrato con lo specialista in cure palliative, invece tale modalità viene prevista per meno del 50% dei Centri della P.A. di Bolzano, Emilia Romagna e Campania.

Infine, per il 31% dei Centri, nell’attuazione del PAI è prevista la possibilità di passaggio in cura dal Mmg ad altro medico del Centro. Tale possibilità è maggiormente consentita nei Centri dedicati (38% ammette tale possibilità) rispetto ai Centri non dedicati (24%) (Figura 32).

**DATI DI ATTIVITÀ**

*Pazienti assistiti:* i dati inerenti ai pazienti assistiti nell’anno di interesse mostrano che i Centri (considerando 286 Centri con risposte valide) hanno assistito globalmente 68.628 pazienti nel 2008 (di cui solo una quota inferiore all’1% relativa a minori). Mediano i Centri hanno assistito nell’anno 240 pazienti, valore che risente di un dato anomalo (una struttura ha assistito 2.500 pazienti’), come conferma il valore mediano (144 pazienti assistiti). Il numero di pazienti assistiti è inoltre variabile tra i diversi Centri: il 50% dei Centri che stanno nella parte centrale della distribuzione (per numero di pazienti assistiti) ha avuto in carico nel 2008 un numero di pazienti variabile nel range 68-270. Rispetto alla tipologia dei Centri, il 64% dei pazienti è stato assistito da Centri conéquipe dedicate (Figura 33).

Lombardia (20%), Emilia Romagna (15%), Lazio (12%) e Sicilia (7%) hanno assistito globalmente più del 50% del totale dei pazienti in carico nel 2008. Esiste, infine, forte variabilità rispetto alla Regione di appartenenza del Centro: analizzando il numero medio di pazienti assistiti dai Centri di ogni Regione, si passa da valori più elevati per i Centri di Lazio (600 pazienti) e Sicilia (417) a valori nettamente inferiori per quelli di Abruzzo, Molise, Valle d’Aosta (valori inferiori ai 100 malati assistiti nel 2008).

*Mmg e PAI:* solo il 53% dei Centri ha segnalato il numero di pazienti assistiti per i quali è stato pre-
visto il coinvolgimento del Mmg nella stesura del PAI. Globalmente (dato valutato su meno di 30mila pazienti sui 68mila totali), il Mmg ha partecipato alla stesura del PAI per il 72% dei pazienti assistiti. Tale percentuale varia in funzione della tipologia dei Centri: nei Centri con équipe dedicata, il Mmg ha partecipato alla stesura del PAI nel 58% dei pazienti assistiti, mentre per l’84% dei pazienti all’interno dei Centri senza équipe dedicate. Pur variando tra i Centri la percentuale di pazienti per i quali il Mmg ha partecipato alla stesura del PAI, essa si attesta a valori molto elevati (media = 100%, 25° percentile = 44%). A livello regionale (sebbene, come detto, il dato sia calcolabile globalmente sul solo 50% dei pazienti assistiti nel 2008) si passa da percentuali di compliance del Mmg pari al 100% in Liguria, Toscana, Umbria e Sardegna, a percentuali inferiori in Piemonte (18%), Lazio (29%), Friuli V.G. (32%) e Lombardia (33%).

Diagnosi: Rispetto alle diagnosi, globalmente il 72% dei pazienti assistiti nel 2008 è di tipo oncologico (calcolato sul 70% dei Centri con dati validi inerenti ai 50mila pazienti dei 68mila totali) (Figura 34).

Sebbene la presenza di malati oncologici sul totale dei malati assistiti sembri sottostimata, ciò è dovuto principalmente alla presenza di valori anomali (relativamente alla quota di pazienti non oncologici) per alcuni Centri. In effetti, le percentuali di pazienti oncologici su pazienti assistiti varia tra i Centri e mostra che il 25% dei Centri analizzati indica una quota di malati oncologici assistiti inferiore al 78% (Figura 34).

Valutando la percentuale di pazienti oncologici sul totale di pazienti assistiti per Regione, emerge una maggiore prevalenza per Puglia, Valle d’Aosta, Sicilia e Molise (tassi uguali o prossimi al 100% dei malati assistiti) e valori inferiori nel Lazio (35%), Sardegna (37%), Calabria (55%) e Lombardia (53%). La bassa prevalenza di pazienti oncologici sul totale dei malati assistiti segnalati dai Centri di queste Regioni (che rendono il dato globale, 72% di malati oncologici, così modesto anche in riferimento ai dati internazionali) ci porta ad ipotizzare che tra i malati segnalati nell’indagine siano rientrati anche malati non inseriti in un percorso riferibile ad un setting di cure palliative, quanto piuttosto in un generico percorso di assistenza domiciliare, ancorché di fine vita.

Infatti, separando per tipologia di Centro, i dati relativi alla diagnosi si allineano maggiormente con i valori attesi: i Centri con équipe dedicate hanno in carico 85 pazienti oncologici su 100 pazienti assistiti (ed assistono complessivamente qua-

**FIGURA 34 - I malati assistiti e le diagnosi oncologiche**
si il 70% del totale dei pazienti oncologici.
Rispetto alle patologie non oncologiche, circa il 50% dei Centri ha in carico pazienti con diagnosi neurologica (che costituiscono globalmente il 35,4% dei pazienti non oncologici) mentre il 41% con diagnosi pneumologica (6,4% dei pazienti non oncologici), il 34% con HIV (0,2% dei pazienti non oncologici), il 40% con patologia epatica (9,8% dei malati non oncologici) e il 39% con patologia cardiologica (7,8% dei malati non oncologici), mentre il 40,3% dei pazienti non oncologici viene classificato con “Altra patologia” (Figura 35).

La prevalenza di malati non oncologici con “Altra patologia” è probabilmente imputabile ad un sottoinsieme di Centri che, come sottolineato precedentemente, hanno conteggiato malati non propriamente inseriti in un percorso riferibile ad un setting di cure palliative, quanto piuttosto in un generico percorso di assistenza domiciliare.

Luogo del decesso: su 185 Centri analizzabili (per un totale di 30mila pazienti assistiti nel 2008), il 73% dei pazienti decede a domicilio (11% in hospice e 15% in altro luogo come RSA, Ospedale, ecc.). Tali percentuali variano tra tipologie di
Centri: sul totale dei pazienti in carico a Centri con équipe dedicate il 76% decede a domicilio (solo 12% in altro luogo), mentre nei Centri senza équipe dedicate la percentuale dei decessi a domicilio scende al 68% (ed aumenta al 22% la percentuale dei decessi in altro luogo) (Figura 36). Globalmente, sul totale dei pazienti deceduti a domicilio, il 72% è stato in carico a Centri con équipe dedicate (28% a Centri senza équipe dedicate), mentre il 56% dei pazienti deceduti in altro luogo è stato in carico a Centri con équipe dedicate (44% a Centri senza équipe dedicate) (Figura 36).

A livello regionale, le maggiori percentuali di pazienti che decedono a domicilio (su pazienti assistiti da Centri della Regione) si trovano al Sud (Puglia, Basilicata, Sicilia e Campania con tassi superiori o prossimi al 95%). In Friuli V.G. (28%), Veneto ed Emilia Romagna (43% e 46%) prevalgono, rispetto alle altre Regioni, i decessi in strutture ospedaliere o RSA.

GdC e CIA: globalmente i Centri nel 2008 su un totale di 3.241.457 Giornate di Cura (GdC, con valori medi superiori alle 15.000 GdC, su 215 risposte valide) hanno erogato 1.322.148 Giornate Effettive di Assistenza (GEA), cioè giornate in cui almeno un operatore si è recato a domicilio, con valori medi (su 188 Centri con risposte valide) pari a 7.032 (Figura 37).

Il CIA si attesta ad un valore di 0,52 (che indica 3,6 giornate effettive su 7 di cura), variabile da 0,40 (2,8 giornate effettive su 7 di cura) per Centri senza équipe dedicate a 0,60 (4,2 giornate effettive su 7 di cura) per Centri con équipe dedicate (Figura 37).

A livello regionale, i coefficienti CIA sono molto variabili: da valori superiori a 0,90 (che indica più di 6 giornate effettive su 7 di cura per Abruzzo, Lazio, Sicilia e Sardegna) a valori inferiori a 0,30 (che indica non più di 2 giornate effettive su 7 di cura) per la P.A. di Trento, Emilia Romagna e Friuli V.G.

Analizzando GdC e CIA per i soli pazienti deceduti, i Centri, su un totale di 814.426 giornate di cura (media tra Centri = 6.675 GdC), hanno erogato 407.523 giornate in cui almeno un operatore si è recato a domicilio (media GEA = 4.043). Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (valutato su soli 94 Centri) per i soli pazienti deceduti si attesta ad un valore di 0,58 (che indica 4 giornate effettive su 7 di cura), variabile da 0,50 (3,5 giornate effettive su 7 di cura) per Centri senza équipe dedicate a 0,60 (4,2 giornate effettive su
di cura) per Centri con équipe dedicate (Figura 37). A livello regionale, la variabilità dei coefficienti CIA mostra un pattern simile ai valori analizzati su tutti i pazienti assistiti.

Accessi di figure professionali: globalmente, il numero totale di accessi erogati nel 2008 è stato di 1.812.990, di cui il 23% da Mcp, il 56% da parte di Inf, il 14% da altri operatori e il 7% da parte di Mmg (fortemente minoritari gli accessi di Medici di continuità assistenziale) (Figura 38).

Le percentuali di accessi per figura rispetto al totale di accessi nei Centri mostrano percentuali mediane (valutate sulle distribuzioni percentuali dei Centri) del 17% per i Mcp, del 63% per gli Inf, del 6% per altri operatori e del 20% per i Mmg.

Rispetto alla tipologia del Centro, i Centri con équipe dedicate assorbono il 66% degli accessi totali del 2008: in particolare, l’84% degli accessi totali Mcp, il 63% degli accessi totali Inf, il 70% degli accessi totali di altri operatori e solo il 19% degli accessi totali da parte di Mmg.

Analizzando la composizione degli accessi totali all’interno delle due tipologie dei Centri, si nota che nei Centri con équipe dedicate gli accessi Mcp costituiscono il 30% degli accessi (11% per Centri senza équipe dedicata), gli accessi Inf il 53% degli accessi (60% per Centri senza équipe), il Mmg solo il 2% degli accessi (17% per Centri senza équipe) (Figura 38).

A livello regionale, la prevalenza degli accessi dei Mcp sul totale di accessi si riscontra in Puglia (52%) e Valle d’Aosta (48%), mentre in P.A. di Bolzano (0%) e Sardegna (8%) le prevalenze minori. Le maggiori prevalenze di accessi di Mmg sul totale accessi risulta invece in Emilia Romagna (31%) e in P.A. di Trento (21%).

Accessi per paziente: rispetto al numero di accessi per ogni paziente assistito nel 2008, globalmente si hanno 8 accessi da parte di Mcp, 18 da parte di Inf, 4 di altri operatori e 2 accessi di Mmg. Tali valori variano fortemente tra Centri. I valori mediani (ricavati nelle distribuzioni dei Centri rispondenti) mostrano i seguenti valori: 3 accessi di Mcp per paziente, 17 accessi di Inf per paziente, 1.5 accessi di altri operatori per paziente e 6 accessi Mmg per paziente (Figura 39).

Il numero di accessi (per figura professionale) per singolo paziente assistito, varia fortemente tra tipologia del Centro: si passa dai 10 accessi Mcp per paziente per Centri con équipe dedicate ai 3 per Centri senza équipe dedicate, mentre il nu-
mbero di accessi per paziente si inverte nel caso dei Mmg (6 accessi per pazienti per Centri senza équipe, contro 1 accesso per paziente nei Centri con équipe dedicate) (Figura 39).

Calabria (36) e Puglia (32) mostrano un notevole numero di accessi del Mcp per paziente assunto nell’anno.

**INFORMAZIONI SUL PERSONALE**

*Composizione dell’équipe per figure professionali:* analizzando il personale impegnato nell’assistenza diretta al paziente si nota una presenza elevata di Mmg rispetto agli altri operatori. Tuttavia solo il 53% dei Centri dichiara la presenza del Mmg come figura professionale impegnata nell’assistenza (a fronte dell’88% circa di Centri che prevedono Mcp e Infermieri).

Posta questa premessa emerge che, rispetto al totale del personale del Centro impegnato nell’assistenza diretta al paziente, il 48% degli operatori è costituito da Mmg, il 33% da Inf, l’8% da altri operatori e il 5% da Mcp (Figura 40).

Analizzando i rapporti tra numero di figure professionali e totale personale impegnato nell’assistenza, emerge che in media (al variare dei Centri) i Mcp costituiscono il 21% delle figure, gli Inf il 35% e i Mmg il 25% del totale delle figure impegnate (tuttavia più del 50% dei Centri non prevede il Mmg, confermando il fatto che i Mmg vengono coinvolti in misura elevata solo da un sottoinsieme dei Centri).

Nei Centri con équipe dedicate, la figura del Mcp costituisce il 12% del totale degli operatori impegnati nell’assistenza diretta al paziente (2% per Centri senza équipe), quella dell’infermiere il 24% (38% per Centri senza équipe) e quella del Mmg il 45% (50% per Centri senza équipe).

Sul totale delle figure impegnate, l’80% dei Mcp segnalati, il 26% degli Inf, il 34% dei Mmg, il 70% delle altre figure e il 27% dei Mca opera nei Centri con équipe dedicate.

Il 70% dei Centri mette a disposizione del personale mezzi di trasporto (61% per i Centri dedicati e 80% per i Centri non dedicati) e procedure di rimborso spese (chilometriche) del trasporto con mezzo proprio (58% per i Centri dedicati e 84% per i Centri non dedicati), mentre il 75% dei Centri mette a disposizione del personale telefoni cellulari di sua proprietà per le attività assistenziali (79% per i Centri dedicati e 69% per i Centri non dedicati).

Rispetto alla frequenza delle riunioni periodiche dell’équipe multi-disciplinare erogante assistenza domiciliare di cure palliative, nel 44% dei Centri esse avvengono con frequenza decisa in base alle esigenze e nel 40% dei Centri una volta a
FIGURA 40 - Composizione dell'equipe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Medici cure palliative</th>
<th>INF</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>2%</td>
<td>38%</td>
<td>4%</td>
<td>50%</td>
<td>6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>12%</td>
<td>24%</td>
<td>15%</td>
<td>45%</td>
<td>4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>5%</td>
<td>33%</td>
<td>8%</td>
<td>48%</td>
<td>5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Medici cure palliative</th>
<th>INF</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Quota di professionisti che operano in equipe dedicata</td>
<td>80%</td>
<td>26%</td>
<td>70%</td>
<td>34%</td>
<td>27%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FIGURA 41 - Frequenza delle riunioni di equipe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>In base esigenze</th>
<th>Più volte a settimana</th>
<th>Una volta settimanale</th>
<th>Due incontri mensili</th>
<th>Una riunione al mese</th>
<th>8 incontri l'anno</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>64%</td>
<td>3%</td>
<td>19%</td>
<td>8%</td>
<td>6%</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>26%</td>
<td>7%</td>
<td>58%</td>
<td>4%</td>
<td>5%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>44%</td>
<td>5%</td>
<td>40%</td>
<td>6%</td>
<td>5%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FIGURA 42 - Centri e formazione ECM

<table>
<thead>
<tr>
<th>TOTALE</th>
<th>CENTRI CON ÉQUIPE DEDICATE</th>
<th>CENTRI SENZA ÉQUIPE DEDICATE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NO</td>
<td>21%</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>SI</td>
<td>79%</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
settimana (5% più volte a settimana) (Figura 41). Decisamente differente il pattern delle risposte tra tipologie di Centri: nel caso di Centri con équipe dedicate il 58% dichiara una frequenza settimanale (19% nei Centri di altra natura) e solo il 26% dichiara una frequenza decisa in base alle esigenze (64% nei Centri non dedicati) (Figura 41). Infine, nell’ambito dell’équipe dedicata all’assistenza domiciliare di cure palliative, il Mmg partecipa regolarmente o frequentemente alle riunioni periodiche d’équipe nel 62% dei Centri, mai o raramente nel 38% dei Centri (41% nei Centri dedicati, 33% nei Centri non dedicati).

FORMAZIONE
Quasi l’80% dei Centri prevede un piano di formazione ed aggiornamento professionale Ecm (83% per i Centri dedicati contro 74% dei Centri non dedicati) (Figura 42). In Emilia Romagna, P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli V.G. e Piemonte più del 90% dei Centri prevede tale modalità di formazione professionale. L’aggiornamento professionale Ecm si rivolge prevalentemente a Infermieri (97% dei Centri), Medici palliativisti (74%), altre figure (64%) e Mmg (52%). Infine, nel 76% dei Centri il personale professionista e volontario operativo nel Centro ha partecipato ad attività formative specifiche nelle cure palliative prima di essere inserito nell’équipe (91% dei Centri dedicati, 58% dei Centri non dedicati).

ACCESSO AL CENTRO E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ
Per l’85% dei Centri, la presa in carico del malato al domicilio viene preceduta da un colloquio con i famigliari (in maniera omogenea tra le due tipologie di Centri) (Figura 43). Sul totale di pazienti assistiti nel 2008, il 54% viene inviato ai Centri dai Mmg, il 23% dai Medici specialisti/reparto ospedaliero, il 10% dagli Operatori sanitari nel Distretto Asl e il restante 13% da altri soggetti. Rispetto alla tipologia, per i Centri con équipe dedicate il 47% del totale di pazienti assistiti viene inviato dai Mmg e il 26% dai Medici specialisti/reparto ospedaliero mentre per i Centri senza équipe dedicate dai Mmg il 26% e dai Medici specialisti/reparto ospedaliero il 19% (Figura 44). Il 55% dei pazienti segnalati dai Mmg viene inviato presso Centri dedicati (il 45% presso Centri non dedicati), mentre il 70% dei pazienti segnalati dai Medici specialisti/reparto ospedaliero viene inviato presso Centri con équipe dedicata. A livello regionale, più del 74% dei pazienti di
**FIGURA 44 - Presa in carico dei malati e setting inviante**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>64%</td>
<td>19%</td>
<td>6%</td>
<td>1%</td>
<td>2%</td>
<td>8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>47%</td>
<td>26%</td>
<td>12%</td>
<td>1%</td>
<td>3%</td>
<td>11%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>54%</td>
<td>23%</td>
<td>10%</td>
<td>1%</td>
<td>3%</td>
<td>10%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FIGURA 45 - Tempo trascorso dalla segnalazione e inizio dell’assistenza**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>0-24 ore</th>
<th>24-48 ore</th>
<th>48-72 ore</th>
<th>Oltre 72 ore</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>24.7%</td>
<td>38.3%</td>
<td>21.6%</td>
<td>15.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>36.1%</td>
<td>37.4%</td>
<td>19.6%</td>
<td>6.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>31.9%</td>
<td>37.8%</td>
<td>20.3%</td>
<td>10.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FIGURA 46 - Durata delle cure**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>0-7 gg</th>
<th>8-30 gg</th>
<th>31-60 gg</th>
<th>61-90 gg</th>
<th>Oltre 90 gg</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>11%</td>
<td>25%</td>
<td>22%</td>
<td>13%</td>
<td>29%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>16%</td>
<td>30%</td>
<td>25%</td>
<td>11%</td>
<td>17%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>14%</td>
<td>28%</td>
<td>24%</td>
<td>12%</td>
<td>22%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Campania, Puglia e Toscana vengono inviati ai Centri dai Mmg, mentre in Molise, Liguria e P.A. di Bolzano si hanno le percentuali minori (inferiori al 25% dei pazienti assistiti).

**TEMPISTICA DEL PERCORSO SEGNALAZIONE-DIMISSIONE**

*Tempo dalla segnalazione*: analizzando solo 203 Centri su 312, emerge che il 32% dei pazienti in carico nel 2008 viene assistito entro 24 ore dalla segnalazione, il 38% tra 24 e 48 ore, il 20% tra 48 e 72 ore ed infine il 10% oltre 72 ore dalla segnalazione. All’interno dei Centri dedicati, il 36% dei pazienti in carico viene assistito entro 24 ore (25% per i Centri non dedicati), mentre solo il 7% oltre 72 ore (15% per i Centri non dedicati) (Figura 45).

A livello regionale, le maggiori percentuali di pazienti presi in carico entro 24 ore (su pazienti assistiti) si trovano in P.A. di Bolzano (100%), Lombardia (71%), mentre le percentuali minori in Sardegna (2%), Lazio (5%) e Puglia (10%). Nel Lazio il 53% dei pazienti viene assistito oltre 72 ore dalla segnalazione.

*Durata*: per i 199 Centri che forniscono risposte valide, globalmente il 14% dei pazienti assistiti nel 2008 rimane in carico fino a 7 giorni; il 28% da 7 a 30 giorni; il 24% tra uno e due mesi; il 12% tra due e tre mesi ed infine il 22% oltre tre mesi. Spicca la differenza tra tipologie di Centri rispetto ai pazienti in carico oltre 90 giorni: all’interno dei Centri dedicati, essa scende al 17%, mentre sale al 29% all’interno dei Centri non dedicati (Figura 46).

A livello regionale, nelle Marche, in Liguria e Sardegna la percentuale di pazienti che stanno in carico una settimana è inferiore al 9% dei pazienti assistiti, mentre le prevalenze maggiori si riscontrano in Lombardia e Sicilia (oltre il 20% dei pazienti). Emilia Romagna e Calabria hanno più del 40% dei pazienti in carico per più di tre mesi, mentre Liguria e Sicilia meno del 5% dei pazienti.

*Lista d’attesa*: solo nell’11% dei Centri, infine, esiste una lista d’attesa dopo la valutazione di eleggibilità per la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare superiore alle 72 ore. Il dato è omogeneo per tipologia di Centro (Figura 47).

A livello regionale, nel Lazio e in Puglia più del 40% dei Centri ammette l’esistenza di una lista di attesa superiore alle 72 ore, mentre è totalmente assente nei Centri delle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Sardegna, Toscana.
ASPETTI ECONOMICI
Il 71% dei Centri non utilizza un sistema di contabilità analitica per centri di costo, specifico per le cure palliative domiciliari (questa percentuale sale al 90% per i Centri senza équipe dedicata e scende al 55% per l’altra tipologia).
A livello regionale, tutti i Centri molisani utilizzano un centro di costo specifico per le cure palliative domiciliari, mentre nessun Centro dell’Abruzzo, del Friuli V.G., della Valle d’Aosta e della P.A. di Bolzano lo utilizza.
Tra gli 88 Centri (di cui 74 sono con équipe dedicata) che utilizzano un sistema di contabilità analitica con un centro di costo specifico per le cure palliative domiciliari, solo 48 Centri (più del 90% di natura dedicata), sono in grado di fornire il costo totale annuo per le cure palliative domiciliari nel 2008.
I dati mostrano un costo totale per le cure palliative domiciliari nel 2008 di quasi 49 milioni di euro. Il costo mediano è pari a 292 mila euro, variabile tra 85 mila euro e 715 mila euro (intervallo contenente il 50% di Centri con costi al centro della distribuzione). Inoltre, più del 75% dei costi totali è dovuto ai costi di personale.
Rispetto al modo con il quale i Centri coprono il fabbisogno finanziario annuo complessivo, l’85% dei Centri (262 Centri) dichiara la modalità. Di essi, 174 Centri (66% dei non missing) dichiarano che il fabbisogno viene interamente coperto da parte del Ssn, i restanti attraverso altre forme di copertura.
MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
La comunicazione dei Centri verso il territorio avviene attraverso molteplici strumenti. Il 67% dei Centri rispondenti dichiara di avere una carta dei servizi, il 48% un sito web, il 61% una brochure cartacea, il 30% di gestire la comunicazione attraverso banchetti informativi, il 14% con altra modalità (il 6% non svolge attività di comunicazione).

STANDARD DM43
M-47: Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore e assistiti dal Centro.
L’indicatore è stato fornito da 168 Centri (144 mancanti). Il totale segnalato per il 2008 è di 1.252.984 giornate erogate. Questo dato, aggregato per Provincia del Centro erogatore ed espresso per 100.000 residenti, mostra che su 104 Province esistenti (al 2006, anno utilizzato per la disponibilità della mortalità tumorale per provincia), 12 Province non presentano Centri erogatori (per un bacinario di utenza totale pari a 3.528.074 residenti), 15 Province, pur disponendo di Centri erogatori, presentano un valore mancante dell’indicatore, 2 Province presentano un valore nullo dell’indicatore.
Raffrontando l’indicatore (numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore e assistiti dal Centro per provincia e su 100.000 residenti) con il valore standard ministeriale, emerge che solo alcune province dichiarano di assicurare un numero di giornate uguale, superiore, leggermente inferiore allo standard. Tuttavia da una valutazione del dato, per queste realtà risulta che i Centri o non segnalano il numero totale di giornate di cura per i pazienti deceduti (F28–bis) oppure il dato sulle giornate di cura sul DM coincide con il dato sulle giornate di cura complessivo, deceduti e non.
Anche in questa circostanza, seppur viziato da un alto tasso di non risposta, questo dato dimostra una scarsa adesione agli standard quali-quantitativi introdotti dal Ministero.

M–48 : % malati presi in carico a domicilio per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione.
Solo 151 Centri forniscono risposte valide per il calcolo della domanda M–48 (161 risposte mancanti).
La gran parte dei Centri risulta in linea con lo standard ministeriale (M–48 superiore a 80%): su 151 risposte valide, 107 Centri presentano percentuali pari al 100% e solo 24 Centri (16% dei 151 casi validi) si trovano sotto la soglia ministeriale.

Rispetto alla tipologia dei Centri, emerge che la percentuale di malati presi in carico a domicilio per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione si attesta globalmente ad un 96% per Centri senza équipe dedicate e scende ad un 88% per Centri forniti di équipe dedicate.

L’indicatore, valutato a livello regionale, sebbene valutato su un basso numero di Centri, mostra che Valle d’Aosta, Lazio, Calabria, Molise, Umbria e Piemonte (queste ultime due Regioni in maniera meno marcata) si trovano al di sotto dello standard ministeriale.
STRUMENTI OPERATIVI
Q-ASL (Q-1)

SEZIONI DEL QUESTIONARIO ASL
A Sezione anagrafica
B Dati generali sulla Asl
C Cure domiciliari palliative della Asl
D Modalità di remunerazione delle prestazioni/servizi domiciliari
E Sviluppo della rete ai sensi del DM 43 del 22 febbraio 2007

GLOSSARIO PAROLE CHIAVE
Asl: Aziende Sanitarie Locali quale che sia la denominazione o l’acronimo definito dalle diverse Regioni (USL, ASUR, ULSS ecc.).
ATCN02A: ATC=Anatomical Therapeutic Chemical classification system. Sistema di classificazione dei farmaci. N02A identifica gli oppioidi.
CENTRO: Soggetto erogatore sanitario o socio-sanitario, pubblico o privato, profit o non profit che eroga direttamente prestazioni assistenziali domiciliari di cure palliative (cura, assistenza e supporto ai malati affetti da una patologia inguaribile in fase evolutiva con un’aspettativa di vita, di norma, inferiore a sei mesi e alle loro famiglie), attraverso le modalità elencate nella tabella al punto C-10.
CIA: Rapporto tra il numero di giornate di effettiva assistenza (GEA), in cui c’è stato almeno un accesso da parte di medico o infermiere o altro membro dell’equipe, ed il numero di giornate totali di cura al domicilio (GDC) da parte dei Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari.
MCA: Medico di Continuità Assistenziale (ex guardia medica).
MMG: Medico di Medicina Generale. Nella presente ricerca con questo termine si intende il Medico di Famiglia.
OD: Ospedalizzazione Domiciliare. Modalità di cura caratterizzata da elevata intensità assistenziale, erogata da una équipe multiprofessionale che deve assicurare continuità e pronta disponibilità 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, unitamente alla fornitura di farmaci e presidi.
PLS: Pediatra di Libera Scelta.
Rete di cure palliative: Un sistema di offerta per il malato e la famiglia durante il percorso di cura, di opportunità assistenziali differenziate, funzionalmente e organizzativamente legate a garanzia della continuità assistenziale e coordinate da un esperto in cure palliative.
Valorizzazione economica: Possibilità, attraverso la contabilità analitica, di quantificare i costi (diretti e indiretti) sostenuti per erogare cure palliative domiciliari.
### A SEZIONE ANAGRAFICA

**A-1 Dati relativi alla Asl**  
(Per Asl si intendono le Aziende Sanitarie Locali con denominazioni o acronimi definiti dalle diverse Regioni: USL, ASUR, ULSS ecc.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione:</th>
<th>Denominazione:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indirizzo:</th>
<th>CAP:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Città:</th>
<th>Provincia:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Telefono:</th>
<th>Fax:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-mail:</th>
<th>Sito web:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**A-2 Figure di riferimento**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Direttore Generale</th>
<th>Nome:</th>
<th>Cognome:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Direttore Sanitario</th>
<th>Nome:</th>
<th>Cognome:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Responsabile della compilazione</th>
<th>Nome:</th>
<th>Cognome:</th>
<th>Ruolo:</th>
<th>Telefono:</th>
<th>Cellulare:</th>
<th>E-mail:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B DATI GENERALI SULLA Asl**

**B-3 Residenti, Medici di Medicina Generale (MMG’), Pedietri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA):**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Totale residenti</th>
<th>Anno di riferimento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Residenti con età ≥ 75 anni</th>
<th>MMG al 31/12/2008</th>
<th>PLS al 31/12/2008</th>
<th>MCA al 31/12/2008</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Attenzione alla domanda B-4 alla B-8 sono richieste informazioni che devono provenire da dati ufficiali degli Uffici competenti della Asl (Ufficio farmaceutico, Servizi di medicina di base e cure primarie, Uffici di cooperate).

**B-4 Indicare il numero di MMG che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nel periodo 2007-2008:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-5 Indicare il numero di PLS che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nel periodo 2007-2008:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-6 Indicare il numero di MCA che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nel periodo 2007-2008:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-7 Indicare il numero complessivo di MMG, PLS e MCA che hanno prescritto almeno una ricetta con farmaci ATCN02A (Opioidi), nel periodo 2007-2008:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-8 Se disponibile, indicare il numero complessivo di ricette con farmaci ATCN02A (Opioidi) prescritte dai MMG, PLS e MCA nel periodo 2007-2008**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-9 Nell’ambito della Asl esiste una rete di cure palliative, costituita con provvedimento formale, locale o regionale, con almeno i due principali set assistenziali: Centri residenziali di cure palliative/Hospice e Assistenza domiciliare?**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Si</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. Per MMG si intendono i Medici di Famiglia.
2. Si intendono i residenti reperiti dal servizio statistico regionale in base ai dati ISTAT forniti dai Comuni. Si prega di precisare l’anno di riferimento.
3. Per rete si intende un sistema di offerta per il malato e la famiglia durante il percorso di cura, di opportunità assistenziali differenziate, funzionalmente e organizzativamente legate a garanzia della continuità delle cure e coordinate da un esperto in cure palliative.
### Cure Domiciliari Palliative Della Asl

#### C-10
Indicare la tipologia e il numero di Centri che, nella Asl, erogano cure domiciliari palliative:

(Possibilità di risposta multipla. Attenzione: se all'interno di un Centro esistono più modalità erogative, il Centro deve essere indicato una sola volta secondo la modalità prevalente.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia del Centro erogatore autorizzato/convenzionato/accreditato (LEA cure palliative domiciliari)</th>
<th>Nº</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Centri ospedalieri/Asl/hospice pubblici che erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Centri ospedalieri/hospice privati che erogano specificamente e direttamente cure palliative domiciliari</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Centri Asl in cui operano equipe distrettuali specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Centri Asl in cui operano equipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano cure palliative all’interno del modello ADI°C</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Centri di provider accreditati privati profi/non profit con equipe specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Centri di provider accreditati privati profi/non profit senza equipe specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### C-11
Per completezza di informazione, indicare anche la tipologia e il numero di Soggetti erogatori non definiti Centri che, nella Asl, erogano cure domiciliari palliative:

(Possibilità di risposta multipla)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia del Soggetto erogatore</th>
<th>Nº</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Altri Soggetti (Ad es. Organizzazioni Non Profit non legate da convenzioni o contratti)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Distretti in cui non esistono Centri ma le cure palliative domiciliari sono erogate esclusivamente attraverso l’attività del Medico di Medicina Generale.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### C-11.a Denominazione dei Soggetti erogatori di cui al punto C-11.1 (Altri Soggetti)

---

#### C-11.b Denominazione dei Soggetti erogatori di cui al punto C-11.2 (Distretti...)

---

#### C-12
Elenco dettagliato dei Centri di cui al punto C-10 individuati per la compilazione del Questionario Centri (Q-2):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Denominazione Centro/Codice²</th>
<th>Indirizzo</th>
<th>CAP</th>
<th>Mese e anno inizio attività</th>
<th>Nome referente¹ del Centro</th>
<th>Cellulare referente del Centro</th>
<th>E-mail referente del Centro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### C-13
L’Asl richiede una cartella clinica/scheda per la gestione delle cure palliative domiciliari?

Sì  No

#### C-14
L’Asl utilizza tra gli indicatori di monitoraggio dell’intensità assistenziale di cure palliative domiciliari il CIA?

Per CIA si intende il rapporto tra il numero di giornate di effettiva assistenza (GEA), in cui c’è stato almeno un accesso da parte di medico o infermiere o altro membro dell’équipe, ed il numero di giornate totali di cura al domicilio (GDC) da parte dei Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari.

Sì  No

---

4 Assistenza Domicile Integrata.
5 Solo i Centri segnalati in questa tabella partecipano alla ricerca e risponderanno al Questionario Centri (Q-2).
6 Il codice viene generato in automatica.
7 Attività convenzionata/accreditata.
8 La persona individuata dalla Asl come responsabile della compilazione del Questionario Centri (Q-2).
**D MODALITÀ DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI/SERVIZI DOMICILIARI**

**D-15 In caso di erogazione diretta da parte della Asl è previsto un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Si</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
</table>

**D-15.a Se la risposta alla domanda D-15 è sì, specificare attraverso quale sistema di valorizzazione (Possibilità di risposta multipla)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema di valorizzazione</th>
<th>Importo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 A prestazione/accesso</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 A tariffa giornaliera omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 A tariffa mensile omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Con altra modalità (specificare):</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-16 In caso di erogazione da parte di soggetto accreditato, all’interno del contratto/convenzione è previsto un sistema di valorizzazione tariffaria stabilita dalla Regione o dalla Asl per l’erogazione di cure palliative domiciliari?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Si</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Se la risposta alla domanda D-16 è sì, precisare:**

**D-16.a Da chi è stabilita**

1 Dalla Regione
2 Dalla Asl

**D-16.b Con quale sistema di remunerazione: (Possibilità di risposta multipla)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema di remunerazione</th>
<th>Importo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 A prestazione/accesso</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 A tariffa giornaliera omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 A tariffa mensile omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Con altra modalità (specificare):</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

9 Per valorizzazione economica si intende la possibilità, attraverso la contabilità analitica, di quantificare i costi (diretti e indiretti) sostenuti per erogare cure palliative domiciliari.

**E SVILUPPO DELLA RETE AI SENSI DEL DM 43 DEL 22/02/2007**

(Risposta facoltativa)

Nella tabella sottostante sono riportati due degli standard che ogni Regione dovrebbe raggiungere per la realizzazione della rete delle cure palliative in riferimento agli 8 indicatori di cui al Decreto Ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007 (Regolamento recante: “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, N. 311”). Si richiede alla Asl di rispondere, per la completezza della ricerca.

(Per la compilazione si veda la pagina successiva)

**E-17 Standard quantitativi e qualitativi**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicatori descrizione</th>
<th>N° malati assistiti</th>
<th>N° malati deceduti</th>
<th>Valore rilevato*</th>
<th>Valore standard</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Numero di malati assistiti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e in hospice nell’anno 2008</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>≥ 65%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N° malati deceduti per malattia oncologica nell’anno 2008 nella Asl</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non compilare questo casello, il dato viene calcolato automaticamente.

**E-18 Standard quantitativi e qualitativi**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicatori descrizione</th>
<th>N° malati assistiti</th>
<th>N° malati deceduti</th>
<th>Valore rilevato*</th>
<th>Valore standard</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Numero di malati assistiti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative solo a domicilio nell’anno 2008</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>≥ 45%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di malati deceduti per malattia oncologica nell’anno 2008 nella Asl</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non compilare questo casello, il dato viene calcolato automaticamente.
AVVERTENZE DI CARATTERE GENERALE:

a) Gli standard indicati sono stati definiti esclusivo riferimento ai malati oncologici in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento esperienziale e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al DM 28 settembre 1999 e all’Accordo Stato-Regioni 19/4/2001, che le cure palliative sono rivolte ai malati inguaribili in fase avanzata e terminale indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.).

b) Il numero di malati deceduti per malattia oncologica è sempre calcolato sulla media dei deceduti per malattia oncologica rilevati nel triennio precedente alla rilevazione in ciascuna Regione.

Per gli indicatori c), d), e) si rinvia a pag. 110.

INDICATORI E STANDARD

Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / numero di deceduti per malattia oncologica: \( \geq 65\% \)

**Descrizione e significato**

Rapporto tra il numero di malati oncologici deceduti, assistiti dalla rete di cure palliative al domicilio e/o in hospice, e il numero totale di deceduti per malattia oncologica. L’obiettivo dello standard è quello di incrementare il numero di malati terminali affetti da tumore assistiti dalla Rete. Lo standard è stato definito con esclusivo riferimento ai malati oncologici, sulla base delle esperienze italiane più consolidate e dei dati della letteratura internazionale, pur nella consapevolezza che l’utenza potenziale di cure palliative, secondo quanto indicato dalle normative nazionali, dovrebbe tenere conto anche dell’utenza affetta da malattie inguaribili non oncologiche in fase terminale. Lo standard è stato calcolato considerando che l’Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001 indica un’utenza potenziale per l’inserimento in un programma di cure palliative oncologiche pari al 90% dei deceduti per malattia oncologica, con riferimento ai dati regionali. Per questo motivo è stato fissato un valore soglia pari al 72% dell’utenza potenziale, corrispondente al 65% dei deceduti ogni anno a causa di tumore, in base ai dati ISTAT ICD9 Cod. 140-208.

**Esempio**

Regione con tasso di mortalità per tumore di 300 morti per cancro ogni anno e Asl con 100.000 residenti.

Utenza potenziale = 270 casi.
72% dell’utenza potenziale = 195 casi = 65% dei deceduti per cancro.

Considerata la variabilità epidemiologica sul territorio nazionale, questo indicatore va calcolato con riferimento ai dati regionali.

**Nota**

Lo standard è comprensivo della popolazione pediatrica (0-14 anni), per la quale è necessario procedere a una misura specifica, tenendo presente che l’incidenza nazionale di decessi per tumore è pari a 0.8 ogni 100.000 residenti (le cure palliative pediatriche oncologiche rappresentano 1/3 del bisogno totale di cure palliative in ambito pediatrico).

**Livello di applicazione**

Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Denominazione</th>
<th>Provincia</th>
<th>N° Centri non dedicati</th>
<th>N° Centri dedicati</th>
<th>Totale residenti dichiarati dalle Asl</th>
<th>Pz assic. da Centri della Asl</th>
<th>N° pz oncologici</th>
<th>% oncologici su assic. (da Centri)</th>
<th>N° pz assic. oncologici (da Centri) su 100mila residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl Avezzano – Sulmona</td>
<td>L’aquila</td>
<td>3</td>
<td>202311</td>
<td>165</td>
<td>135</td>
<td>81,8%</td>
<td>66,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl Pescara</td>
<td>Chieti</td>
<td>2</td>
<td>218904</td>
<td>263</td>
<td>223</td>
<td>84,6%</td>
<td>101,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl I. – L’aquila</td>
<td>Aq</td>
<td>1</td>
<td>102765</td>
<td>98</td>
<td>98</td>
<td>100,0%</td>
<td>95,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Azienda Usl Di Pescara</td>
<td>Pe</td>
<td>1</td>
<td>308232</td>
<td>100</td>
<td>90</td>
<td>90,0%</td>
<td>29,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>A.Z.S. (Te)</td>
<td>Teramo</td>
<td>1</td>
<td>309887</td>
<td>40</td>
<td>30</td>
<td>75,0%</td>
<td>9,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Asl N.1</td>
<td>Potenza</td>
<td>1</td>
<td>97102</td>
<td>267</td>
<td>179</td>
<td>17,0%</td>
<td>184,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Asl Apulia</td>
<td>Potenza</td>
<td>1</td>
<td>386640</td>
<td>208</td>
<td>208</td>
<td>100,0%</td>
<td>53,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda San. Usl N.3 – Lagonero</td>
<td>Potenza</td>
<td>1</td>
<td>752150</td>
<td>590</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Asm</td>
<td>Mt</td>
<td>1</td>
<td>123000</td>
<td>138</td>
<td>108</td>
<td>78,3%</td>
<td>36,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda San. N. 3 Montalbano Jonico</td>
<td>Matera</td>
<td>1</td>
<td>80334</td>
<td>92</td>
<td>92</td>
<td>100,0%</td>
<td>114,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Cosenza</td>
<td>Cosenza</td>
<td>7</td>
<td>732869</td>
<td>805</td>
<td>315</td>
<td>39,1%</td>
<td>43,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Di Catanzaro</td>
<td>C.Z.</td>
<td>1</td>
<td>367500</td>
<td>178</td>
<td>147</td>
<td>82,6%</td>
<td>40,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Kt</td>
<td>Kt</td>
<td>1</td>
<td>167000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda San. Provinciale</td>
<td>Vv</td>
<td>1</td>
<td>157046</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>100,0%</td>
<td>25,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>A.S.3 Locri</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td>1</td>
<td>135540</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda San. Provinciale N.5</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td>2</td>
<td>433405</td>
<td>238</td>
<td>211</td>
<td>88,7%</td>
<td>47,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Avellino</td>
<td>Avellino</td>
<td>2</td>
<td>439049</td>
<td>324</td>
<td>144</td>
<td>44,4%</td>
<td>32,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Benevento I</td>
<td>Benevento</td>
<td>1</td>
<td>288832</td>
<td>198</td>
<td>178</td>
<td>89,9%</td>
<td>61,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Caserta I</td>
<td>Caserta</td>
<td>1</td>
<td>408812</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Caserta Ex Caserta2</td>
<td>Caserta</td>
<td>9</td>
<td>414062</td>
<td>833</td>
<td>362</td>
<td>43,5%</td>
<td>87,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Na 1 Centro</td>
<td>Napoli</td>
<td>2</td>
<td>963661</td>
<td>90</td>
<td>76</td>
<td>84,4%</td>
<td>7,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Ex Napol 2</td>
<td>Pozzuoli–Monteruscello</td>
<td>62</td>
<td>121000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Na 1 Sud Es Asl Na 4</td>
<td>Napoli</td>
<td>1</td>
<td>569094</td>
<td>128</td>
<td>110</td>
<td>85,9%</td>
<td>19,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Salerno Ex Asl Sa I</td>
<td>Salerno</td>
<td>1</td>
<td>369946</td>
<td>308</td>
<td>307</td>
<td>99,7%</td>
<td>83,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Salerno</td>
<td>Sa</td>
<td>1</td>
<td>470783</td>
<td>1046</td>
<td>941</td>
<td>90,0%</td>
<td>199,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Salerno 3</td>
<td>Salerno</td>
<td>2</td>
<td>272000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Emilia Romagna Azienda Unità San. Di Piacenza</td>
<td>Piacenza</td>
<td>2</td>
<td>285937</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Unità San. Locale Pr</td>
<td>Piacenza</td>
<td>3</td>
<td>432096</td>
<td>713</td>
<td>540</td>
<td>75,7%</td>
<td>134,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Asl Reggio Emilia</td>
<td>Reggio Emilia</td>
<td>6</td>
<td>591480</td>
<td>1099</td>
<td>927</td>
<td>84,3%</td>
<td>178,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Asl Modena</td>
<td>Modena</td>
<td>7</td>
<td>688286</td>
<td>1260</td>
<td>1078</td>
<td>85,6%</td>
<td>156,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda San. Loc. Di Imola</td>
<td>Bologna</td>
<td>1</td>
<td>129587</td>
<td>155</td>
<td>117</td>
<td>75,5%</td>
<td>90,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Usl Bologna</td>
<td>Bologna</td>
<td>6</td>
<td>846583</td>
<td>4324</td>
<td>4115</td>
<td>95,2%</td>
<td>486,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Usl Ferrara</td>
<td>Ferrara</td>
<td>3</td>
<td>357979</td>
<td>1271</td>
<td>1078</td>
<td>84,8%</td>
<td>301,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Usl Ravenna</td>
<td>Ravenna</td>
<td>3</td>
<td>385279</td>
<td>574</td>
<td>495</td>
<td>86,2%</td>
<td>128,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Usl Di Forlì’</td>
<td>Forlì-Caseina</td>
<td>1</td>
<td>184977</td>
<td>390</td>
<td>314</td>
<td>80,5%</td>
<td>169,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda Usl</td>
<td>Forlì</td>
<td>2</td>
<td>203042</td>
<td>399</td>
<td>324</td>
<td>81,2%</td>
<td>159,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>Azienda San. Loc. Di Rimini</td>
<td>Rm</td>
<td>2</td>
<td>303270</td>
<td>208</td>
<td>206</td>
<td>99,0%</td>
<td>67,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Asl I</td>
<td>Trieste</td>
<td>4</td>
<td>238092</td>
<td>275</td>
<td>274</td>
<td>99,6%</td>
<td>111,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Azienda San. N.2 Ionitina</td>
<td>Gorizia</td>
<td>1</td>
<td>141939</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Azienda San. N.3 Akto Friuli-VG.</td>
<td>Udine</td>
<td>1</td>
<td>76000</td>
<td>193</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Azienda San. N.3 Akto Friuli-VG.</td>
<td>Udine</td>
<td>1</td>
<td>352947</td>
<td>538</td>
<td>500</td>
<td>92,9%</td>
<td>141,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Asl Per i Servi San.4 Medio Friuli-VG.</td>
<td>Ud</td>
<td>1</td>
<td>55225</td>
<td>243</td>
<td>209</td>
<td>86,0%</td>
<td>378,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>Asl &amp; Friuli-VG. Oc. Pordenone</td>
<td>Pordenone</td>
<td>2</td>
<td>137221</td>
<td>43</td>
<td>42</td>
<td>97,7%</td>
<td>30,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Roma/A</td>
<td>Roma</td>
<td>1</td>
<td>501712</td>
<td>496</td>
<td>496</td>
<td>100,0%</td>
<td>98,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Rm B</td>
<td>Roma</td>
<td>1</td>
<td>697580</td>
<td>207</td>
<td>207</td>
<td>100,0%</td>
<td>29,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma C</td>
<td>Roma</td>
<td>1</td>
<td>557505</td>
<td>52</td>
<td>52</td>
<td>100,0%</td>
<td>9,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Roma D</td>
<td>Roma</td>
<td>2</td>
<td>585630</td>
<td>1295</td>
<td>1246</td>
<td>96,2%</td>
<td>212,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma E</td>
<td>Roma</td>
<td>2</td>
<td>532443</td>
<td>1312</td>
<td>322</td>
<td>24,5%</td>
<td>60,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Unità San. Locale Rm F</td>
<td>Roma</td>
<td>1</td>
<td>312176</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Roma G</td>
<td>Roma</td>
<td>1</td>
<td>480350</td>
<td>1273</td>
<td>348</td>
<td>27,3%</td>
<td>72,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma H</td>
<td>Roma</td>
<td>2</td>
<td>520604</td>
<td>353</td>
<td>529</td>
<td>98,9%</td>
<td>101,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Latina</td>
<td>Latina</td>
<td>1</td>
<td>519850</td>
<td>504</td>
<td>498</td>
<td>98,8%</td>
<td>95,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Frosinone</td>
<td>Frosinone</td>
<td>1</td>
<td>494815</td>
<td>2500</td>
<td>100</td>
<td>4,0%</td>
<td>20,2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* La Denominazione riportata in questa tabella è quella indicata dai compilatori del Questionario, senza alcuna modifica.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Denominazione*</th>
<th>Provincia</th>
<th>N° Centri non dedicati</th>
<th>N° Centri dedicati</th>
<th>Totale residenti dichiarati dalle Asl</th>
<th>Pz assistiti da Centri</th>
<th>di cui Pz oncologici</th>
<th>% oncologici su assistiti</th>
<th>N° pz assistiti oncologici (da Centri) su 100mila residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Rieti</td>
<td>Ni</td>
<td>149000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azi Viterbo</td>
<td>Vt</td>
<td>32 17160</td>
<td>234</td>
<td>234 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azienda Sanitaria N.1 Imperia</td>
<td>Imperialia</td>
<td>2</td>
<td>219383</td>
<td>314 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azi Savona</td>
<td>Sv</td>
<td>286666</td>
<td>68</td>
<td>0.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azi3 Genovese</td>
<td>Genova</td>
<td>1</td>
<td>739219</td>
<td>1795 96.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azi4 Chiav.</td>
<td>Ge</td>
<td>14802</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azi 5 Spezzano</td>
<td>Sp</td>
<td>Lombardia Azi Della Provincia Di Bergamo</td>
<td>Bergamo</td>
<td>10</td>
<td>7 1075592</td>
<td>570 59.5%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Brescia</td>
<td>Brescia</td>
<td>5</td>
<td>1136986</td>
<td>588 56.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>A.S.L. Della Provincia Di Como</td>
<td>Como</td>
<td>4 2</td>
<td>583199</td>
<td>345 97.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azienda Di Provincia Di Cremona</td>
<td>Cremona</td>
<td>2 2</td>
<td>355974</td>
<td>398 94.7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Della Provincia Di Lecco</td>
<td>Lecco</td>
<td>1 1</td>
<td>835420</td>
<td>721 93.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azienda San. Locale</td>
<td>Lodigiani</td>
<td>1</td>
<td>227195</td>
<td>230 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>A.S.L. Della Provincia Di Mantova</td>
<td>Mantova</td>
<td>1 4</td>
<td>410003</td>
<td>349 88.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi D Di Milano</td>
<td>Milano</td>
<td>5</td>
<td>1294268</td>
<td>407 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azienda Di Provincia Di Milano N. 1</td>
<td>Milano</td>
<td>3 7</td>
<td>976394</td>
<td>860 99.3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Della Provincia Di Milano Due</td>
<td>Milano</td>
<td>1 4</td>
<td>564309</td>
<td>713 13.6%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Provincia Di Monza E Branza</td>
<td>Monza E Branza</td>
<td>5 10</td>
<td>1057756</td>
<td>2205 2163 98.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Pavia</td>
<td>Pavia</td>
<td>3 3</td>
<td>540199</td>
<td>547 99.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azienda Di Provincia Di Sondrio</td>
<td>Sondrio</td>
<td>1 4</td>
<td>181338</td>
<td>164 98.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi Provincia Di Varese</td>
<td>Varese</td>
<td>2 5</td>
<td>871268</td>
<td>5525 85.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azi D’Vallcamonica Sobino</td>
<td>Brescia</td>
<td>3</td>
<td>101123</td>
<td>234 15.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Azienda San. Unica Regionale</td>
<td>Ascoli Piceno</td>
<td>2 11</td>
<td>1565758</td>
<td>1743 99.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>Asrem Ass.</td>
<td>Avellino</td>
<td>3</td>
<td>320074</td>
<td>269 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi To1</td>
<td>Torino</td>
<td>1</td>
<td>489242</td>
<td>397 97.7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>U.O.C.P.-Azi To2 Nord</td>
<td>Torino</td>
<td>1 6</td>
<td>600000</td>
<td>784 93.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi To3</td>
<td>Torino</td>
<td>1 2</td>
<td>582823</td>
<td>440 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi To4</td>
<td>Torino</td>
<td>1 2</td>
<td>510198</td>
<td>491 92.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi To 5</td>
<td>Torino</td>
<td>1</td>
<td>305427</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi “VC”</td>
<td>Vercelli</td>
<td>1 1</td>
<td>177817</td>
<td>251 83.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Bella</td>
<td>Bi</td>
<td>1 1</td>
<td>178045</td>
<td>334 97.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azienda San. Locale Novara</td>
<td>Novara</td>
<td>2 2</td>
<td>343950</td>
<td>552 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Cn1</td>
<td>Cuneo</td>
<td>1 1</td>
<td>415885</td>
<td>252 90.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Cn2 Alla Bra</td>
<td>Cuneo</td>
<td>1 1 6</td>
<td>169039</td>
<td>212 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi At</td>
<td>Asti</td>
<td>1 1</td>
<td>207601</td>
<td>14 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Al</td>
<td>Alessandria</td>
<td>3 2</td>
<td>421421</td>
<td>441 92.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Bolzano</td>
<td>Bolzano</td>
<td>3 4</td>
<td>498857</td>
<td>398 68.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azi Provens.</td>
<td>Trento</td>
<td>5 3</td>
<td>519800</td>
<td>810 94.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azienda San. Loc. Br</td>
<td>Brindisi</td>
<td>1 4</td>
<td>402985</td>
<td>667 83.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Fg3</td>
<td>Foggia</td>
<td>1</td>
<td>151000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azi Provinciale Di Bari</td>
<td>Bari</td>
<td>4 12 4</td>
<td>1248000</td>
<td>706 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azi Bar</td>
<td>Bari</td>
<td>1 1</td>
<td>94350</td>
<td>142 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azi Ta</td>
<td>Taranto</td>
<td>1 1</td>
<td>580481</td>
<td>996 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azi Lecce</td>
<td>Le</td>
<td>1</td>
<td>808939</td>
<td>648 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi 1 Ss</td>
<td>Sassari</td>
<td>1</td>
<td>334656</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi 2 Olbia</td>
<td>Oristano</td>
<td>1 1</td>
<td>154319</td>
<td>84 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi Nuoro</td>
<td>Nuoro</td>
<td>1 1</td>
<td>161444</td>
<td>229 96.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi 4</td>
<td>Ogliastra</td>
<td>1 1</td>
<td>58000</td>
<td>150 60.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi 5</td>
<td>Oristano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi Sanluri</td>
<td>Sanluri-Villacidro</td>
<td>1 1</td>
<td>103496</td>
<td>68 35.3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Azi 7 Carbonia</td>
<td>Carbonia-Sassari</td>
<td>1</td>
<td>130555</td>
<td>150 14.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>A.S.L. B Cagliari</td>
<td>Cagliari</td>
<td>1 1</td>
<td>557625</td>
<td>100 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Ct</td>
<td>Catania</td>
<td>2 2</td>
<td>1077395</td>
<td>602 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda San. Prov. Messina</td>
<td>Messina</td>
<td>1</td>
<td>664601</td>
<td>769 100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azi Palermo</td>
<td>Palermo</td>
<td>3 2</td>
<td>123923</td>
<td>2233 99.7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P. Pagusa (Azienda San. Prov.)</td>
<td>Ragusa</td>
<td>2</td>
<td>313983</td>
<td>136 98.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* La Denominazione riportata in questa tabella è quella indicata dai Compilatori del Questionario, senza alcuna modifica.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Denominazione*</th>
<th>Provincia</th>
<th>N° Centri non dedicati</th>
<th>N° Centri dedicati</th>
<th>Totale residenti dichiarati dalle Asl</th>
<th>Pz assistiti da Centri della Asl</th>
<th>% Oncologici su assistiti</th>
<th>N° pz assistiti oncologici (da Centri) su 100mila residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp N° 1 Trapani</td>
<td>Trapani</td>
<td>2</td>
<td>433974</td>
<td>1130 1128</td>
<td>99,8%</td>
<td>258,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda San. Provinciale Enna</td>
<td>En</td>
<td>1</td>
<td>176947</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp 1 Agrigento</td>
<td>Agg</td>
<td>1</td>
<td>445000</td>
<td>7 3</td>
<td>42,9%</td>
<td>0,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P.N. 2</td>
<td>Caltanissetta</td>
<td>1</td>
<td>272570</td>
<td>116 116</td>
<td>100,0%</td>
<td>42,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Uni2 Lucca</td>
<td>Lucca</td>
<td>1</td>
<td>230000</td>
<td>250 230</td>
<td>92,0%</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Uni4 Prato</td>
<td>Prato</td>
<td>1</td>
<td>186927</td>
<td>98 90</td>
<td>91,8%</td>
<td>48,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Usl5</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>331537</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Uni N.6 Livorno</td>
<td>Livorno</td>
<td>2</td>
<td>161127</td>
<td>636 630</td>
<td>99,1%</td>
<td>391,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda USL 7</td>
<td>Siena</td>
<td>1</td>
<td>269472</td>
<td>462 462</td>
<td>100,0%</td>
<td>171,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Uni 8 Arezzo</td>
<td>Arezzo</td>
<td>4</td>
<td>342367</td>
<td>342 336</td>
<td>98,2%</td>
<td>98,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>A.9</td>
<td>Grosseto</td>
<td>1</td>
<td>226588</td>
<td>236 221</td>
<td>93,6%</td>
<td>97,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda San. Firenze</td>
<td>Fi</td>
<td>4</td>
<td>813429</td>
<td>1061 1033</td>
<td>97,4%</td>
<td>127,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>A.11</td>
<td>Firenze</td>
<td>1</td>
<td>236809</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Ausl 12</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>160000</td>
<td>337 302</td>
<td>89,6%</td>
<td>188,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Ais 1 Umbria</td>
<td>Perugia</td>
<td>3</td>
<td>133436</td>
<td>253 253</td>
<td>100,0%</td>
<td>189,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Usl N.2</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>362915</td>
<td>521 517</td>
<td>99,2%</td>
<td>142,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Ais 3</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>159832</td>
<td>195 182</td>
<td>93,3%</td>
<td>113,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Ais 4</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>232540</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>Azienda Uni/Valle D’aosta</td>
<td>Ap</td>
<td>1</td>
<td>137065</td>
<td>124 124</td>
<td>100,0%</td>
<td>97,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Usls 1 Belluno</td>
<td>Belluno</td>
<td>1</td>
<td>129410</td>
<td>386 386</td>
<td>100,0%</td>
<td>298,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Uls 2 Belluno</td>
<td>Belluno</td>
<td>1</td>
<td>84740</td>
<td>221 211</td>
<td>95,5%</td>
<td>249,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls N. 3</td>
<td>Vicenza</td>
<td>1</td>
<td>178662</td>
<td>235 235</td>
<td>100,0%</td>
<td>131,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 4 Alto Vicentino</td>
<td>Vicenza</td>
<td>1</td>
<td>187707</td>
<td>444 468</td>
<td>60,4%</td>
<td>142,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Uls 7</td>
<td>Treviso</td>
<td>1</td>
<td>215357</td>
<td>213 213</td>
<td>100,0%</td>
<td>98,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULSS N. 8</td>
<td>Treviso</td>
<td>1</td>
<td>249314</td>
<td>347 347</td>
<td>100,0%</td>
<td>139,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULSS N10 “Veneto Orientale”</td>
<td>Venezia</td>
<td>1</td>
<td>213985</td>
<td>366 260</td>
<td>71,0%</td>
<td>121,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 12 Veneziana</td>
<td>Venezia</td>
<td>1</td>
<td>306130</td>
<td>166 166</td>
<td>100,0%</td>
<td>54,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Uls 13</td>
<td>Venezia</td>
<td>1</td>
<td>264472</td>
<td>349 256</td>
<td>73,6%</td>
<td>96,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ais N. 14</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>134211</td>
<td>236 90</td>
<td>38,1%</td>
<td>67,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 16</td>
<td>Pad</td>
<td>1</td>
<td>413148</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULSS 17</td>
<td>Padova</td>
<td>1</td>
<td>183535</td>
<td>292 292</td>
<td>100,0%</td>
<td>159,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ais 18 Rovigo</td>
<td>Rovigo</td>
<td>1</td>
<td>170480</td>
<td>37 30</td>
<td>81,1%</td>
<td>17,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Uls 19</td>
<td>Rovigo</td>
<td>1</td>
<td>74918</td>
<td>180 121</td>
<td>67,2%</td>
<td>161,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 20 – Verona</td>
<td>Verona</td>
<td>1</td>
<td>470877</td>
<td>593 593</td>
<td>100,0%</td>
<td>125,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ais 21 Legnago (Ve)</td>
<td>Verona</td>
<td>2</td>
<td>153522</td>
<td>226 226</td>
<td>100,0%</td>
<td>147,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULSS 22</td>
<td>Verona</td>
<td>1</td>
<td>284131</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ais 6 Vicenza</td>
<td>Vicenza</td>
<td>1</td>
<td>316215</td>
<td>343 343</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 15 Alto Padovana</td>
<td>Padova</td>
<td>1</td>
<td>25026</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* La Denominazione riportata in questo tabella è quelle indicata dai Compilatori del Questionario, senza alcuna modifica.
### Tabelle analitiche Q-ASL (Q-1)

#### Rispondenti

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Numero di Asl esistenti (1)</th>
<th>Asl rispondenti (2)</th>
<th>Tasso risposta (2/1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>92.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>21</td>
<td>19</td>
<td>90.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>91.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTALE</strong></td>
<td><strong>155</strong></td>
<td><strong>151</strong></td>
<td><strong>97.4%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

L'analisi viene effettuata sulle 151 ASL che hanno compilato almeno un item del questionario.

* Asl di Chieti si è autenticata, ha segnalato i riferimenti, ma non ha risposto agli items.
** 2 Veneto, 1 Piemonte, 1 Toscana.
## Tabelle analitiche Q-Asl (Q-1)

### Items questionario: qualità del dato

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>N° risposte (N° Asl=151)</th>
<th>Numero di risposte missing</th>
<th>Numero di risposte incoerenti*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A-1  Anagrafica Asl</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>A-2  Responsabile Asl</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-3  dati residenti</td>
<td>128</td>
<td>23</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-3  personale MMG</td>
<td>146</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-3  personale PLS</td>
<td>145</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-3  personale MCA</td>
<td>140</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-4  MMG oppiacei</td>
<td>110</td>
<td>41</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-5  PLS oppiacei</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-6  MCA oppiacei</td>
<td>96</td>
<td>55</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-7  Totale personale oppioid</td>
<td>72</td>
<td>79</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-8  Ricette oppioid</td>
<td>78</td>
<td>73</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso MMG-ritiro ricett.</td>
<td>110</td>
<td>40</td>
<td>2 tassi&gt;1</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso PLS-ritiro ricett.</td>
<td>105</td>
<td>35</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso MCA-ritiro ricett.</td>
<td>96</td>
<td>54</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso prescrittori almeno un ATC NO2A</td>
<td>72</td>
<td>78</td>
<td>4 tassi&gt;1</td>
</tr>
<tr>
<td>B-9  Esistere rete di cure palliative</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-10 Esistono Centri</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri osp1</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri osp2</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri ASL3</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri ASL4</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri prov acc5</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Centri prov acc6</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-11 Altri soggetti</td>
<td>113</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-11 distretti senza rete, solo MMG</td>
<td>109</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-12 Anagrafica centri</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-13 Uso cartella clinica</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>C-14 Uso Intensità Assistenziale</td>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>D-15 Asl sistema valorizzazione</td>
<td>148</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>D-15.a Tipologia</td>
<td>48</td>
<td>0</td>
<td>48 risposte su 39 attese</td>
</tr>
<tr>
<td>D-16 Age Acc. Sist valorizzazione</td>
<td>148</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>D-16.a Da chi è stabilita</td>
<td>57</td>
<td>0</td>
<td>57 risposte su 56 attese</td>
</tr>
<tr>
<td>D-16.b Tipologia</td>
<td>55</td>
<td>97</td>
<td>missing totali</td>
</tr>
<tr>
<td>E-17 Deceduti in Hosp-dom</td>
<td>100</td>
<td>51</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>E-18 Deceduti a domicilio</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Deceduti in Asl malattie oncologiche</td>
<td>100</td>
<td>51</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso E-17</td>
<td>84</td>
<td>67</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso E-18</td>
<td>86</td>
<td>65</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* I dati mancanti relativi ai tassi scontano un dato mancante al numeratore e/o al denominatore.

* * non corrispondono le domande associate.
## SEZIONE A - SEZIONE ANAGRAFICA

### ANALISI DEL QUESTIONARIO

Identificazione Asl rispondente

(l’id Asl riportato in questa tabella è quello indicato dai compilatori del questionario, senza alcuna modifica)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID Asl</th>
<th>Regione</th>
<th>Centri segnalati nel Q1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Azienda USL di Pescara</td>
<td>ABRUZZO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria n. 5 Montalbano Jonico</td>
<td>BASILICATA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ASP di Catanzaro</td>
<td>CALABRIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl n. 1 Basiliacita</td>
<td>CALABRIA</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale</td>
<td>CALABRIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>A.S.9 Locri</td>
<td>CALABRIA</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale N.3</td>
<td>CALABRIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl AVELLINO</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Benevento I</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Caserta</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Caserta Ex Caserta2</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>ex Napoli 2</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Napoli 2 Nord (ex Napoli3)</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl NA 3 Sud ex Asl NA 4</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Salerno Ex Asl SA I</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Salerno</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ex Asl Salerno 3</td>
<td>CAMPANIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Unità Sanitaria di Piacenza</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Unità Sanitaria Locale</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>AUSL</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>AUSL Modena</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Locale di Imola</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL Bolonia</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL Ferrara</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>AUSL Ravenna</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL di Forlì</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>AUSL</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Locale di Rimini</td>
<td>EMILIA ROMAGNA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Isontina N.2</td>
<td>FRIULI.V.G.</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>ASS in 3 Alto Friuliv.G.</td>
<td>FRIULI.V.G.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda per i Servizi Sanitari 4 Medio Friuliv.G.</td>
<td>FRIULI.V.G.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ASS 5 Bassa Friuliana</td>
<td>FRIULI.V.G.</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ASS 6 Friuliv.G. Occidentale</td>
<td>FRIULI.V.G.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Roma/A</td>
<td>LAZIO</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl RM B</td>
<td>LAZIO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Roma C</td>
<td>LAZIO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL Roma D</td>
<td>LAZIO</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Azi Roma E</td>
<td>LAZIO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Unità Sanitaria Locale RM F</td>
<td>LAZIO</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Usl Roma G</td>
<td>LAZIO</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Roma H</td>
<td>LAZIO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausl Latina</td>
<td>LAZIO</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Frosinone</td>
<td>LAZIO</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL Rieti</td>
<td>LAZIO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausl Viterbo</td>
<td>LAZIO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria n.1 Imperiese</td>
<td>LIGURIA</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl</td>
<td>LIGURIA</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Segue**
<table>
<thead>
<tr>
<th>ID Asl</th>
<th>Regione</th>
<th>Centri segnalati nel Q1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ASL3 genovese</td>
<td>LIGURIA</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>ASL4 Chiavarese</td>
<td>LIGURIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ASL 5 SPEZZINO</td>
<td>LIGURIA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl della Provincia di Bergamo</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Brescia</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>A.S.L. della Provincia di Como</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl della provincia di Cremona</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl DELLA PROVINCIA DI LECCO</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Locale</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>A S L della Provincia di Mantova</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl di MILANO</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl DELLA PROVINCIA DI MILANO N. 1</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl della Provincia di Milano Due</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl provincia di Monza e Brianza</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Pavia</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl della Provincia di Sondrio</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl PROVINCIA DIVERSE</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl DIVALLECAMONICA SEBINO</td>
<td>LOMBARDIA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Unica Regionale</td>
<td>MARCHE</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>ASReM</td>
<td>MOUSE</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl TO 1</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>U.O.C.P. – Asl TO 2 NORD</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl TO 3</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl TO 4</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl TO 5</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl “VC”</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Biella</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl CN1</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl CN2 ALBA BRA</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl AT</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl AL</td>
<td>PIEDMONT</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</td>
<td>PROVATORRENTO</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl FG3</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Provinciale di BARI</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl BARI</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl TA</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl Lecce</td>
<td>PUGLIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl I SS</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 2 Olbia</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl NUORO</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 4</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl N. 5</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl SANLURI</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 7 Carobin</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 8 Caglioni</td>
<td>SARDEGNA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ASPCT</td>
<td>SICILIA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale Messina</td>
<td>SICILIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ASP Palermo</td>
<td>SICILIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>A.S.P Ragusa (Azienda Sanitaria Provinciale)</td>
<td>SICILIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ASP NTRAPANI</td>
<td>SICILIA</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</td>
<td>SICILIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE 8 – SIRACUSA</td>
<td>SICILIA</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>ASP 1 Agrigento</td>
<td>SICILIA</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>A.S.P. n. 2</td>
<td>SICILIA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL2 Lucera</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL 3 Pistoia</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL4 Prato</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ID Asl</td>
<td>Regione</td>
<td>Centri segnalati nel Q1</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>USL 5</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL n.6 Livorno</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL 7</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL 8 Arezzo</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 9</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria Firenze</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 11</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AUSL 12</td>
<td>TOSCANA</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Sanitaria dell’Alto Adige</td>
<td>PA, BOLZANO</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 1 UMBRIA</td>
<td>UMBRIA</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>USL n.2</td>
<td>UMBRIA</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>ASL 3</td>
<td>UMBRIA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 4</td>
<td>UMBRIA</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda USL Val d’Aosta</td>
<td>VALLE D’AOSTA</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ULSS 1 BELLUNO</td>
<td>VENETO</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Uls2</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AZIENDA ULSS N.3</td>
<td>VENETO</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda ULSS 4 Alto Vicentino</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Uls 7</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda U.L.S.S. n. 8</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda U.L.S.S. n. 10 “Veneto Orientale”</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda ULSS12 Veneziana</td>
<td>VENETO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ULSS 13</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AULSS n. 14</td>
<td>VENETO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda Uls 16</td>
<td>VENETO</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda ULSS17</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl 18 Rovigo</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ULSS 19</td>
<td>VENETO</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda ULSS 20 – Verona</td>
<td>VENETO</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>AULSS 21 LEGNAGO (VR)</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Azienda ULSS 22</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AULSS 4 VICENZA</td>
<td>VENETO</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>AZIENDA ULSS 15 ALTO PADOVANA</td>
<td>VENETO</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE B: DATI GENERALI SULLA ASL

#### Coerenza tra gli anni di riferimento numeratore / denominatore

<table>
<thead>
<tr>
<th>Compilazione</th>
<th>N° Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indicato stesso anno di riferimento numeratore-denominatore</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Indicati anni diversi</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Presenza di almeno un missing tra i due anni</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>151</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Distribuzione TR75 tra le Asl (su 118 Asl, 1 dato missing)

**Descrittive**

<table>
<thead>
<tr>
<th>TR75</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Valore globale TR75</td>
<td>11.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimo</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Massimo</td>
<td>92.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>1° quartile</td>
<td>8.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediana</td>
<td>10.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>3° quartile</td>
<td>11.9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TR75 = residenti con età>75 anni residenti all'anno di riferimento

**Distribuzione TR75 tra le Asl (su 118 Asl, 1 dato missing)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>TR75</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>8.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>11.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>15.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>7.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>11.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>13.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>8.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>13.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>9.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>11.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>11.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>11.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>9.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>13.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>8.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>20.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>11.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>8.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d'Aosta</td>
<td>10.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Personale sanitario al 31/12/2008

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl non missing</th>
<th>Asl missing</th>
<th>TOT personale</th>
<th>Descrutive su distribuzioni Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MMG al 31/12/2008</td>
<td>146</td>
<td>5</td>
<td>4479</td>
<td>Min 50</td>
</tr>
<tr>
<td>PLS al 31/12/2008</td>
<td>145</td>
<td>6</td>
<td>7632</td>
<td>Min 2</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA al 31/12/2008</td>
<td>140</td>
<td>11</td>
<td>14290</td>
<td>Min 14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Valori calcolati su Asl che hanno personale>0. Al valore 0 è stato imputato valore missing)

Totale personale* MMG-PLS-MCA segnalato dalle Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Totale MMG 31/12/2008</th>
<th>% su Italia</th>
<th>Totale PLS 31/12/2008</th>
<th>% su Italia</th>
<th>Totale MCA 31/12/2008</th>
<th>% su Italia</th>
<th>% MCA su tot personale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1054</td>
<td>2%</td>
<td>151</td>
<td>2%</td>
<td>389</td>
<td>2%</td>
<td>19.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>665</td>
<td>2%</td>
<td>81</td>
<td>1%</td>
<td>702</td>
<td>5%</td>
<td>48.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1593</td>
<td>4%</td>
<td>283</td>
<td>4%</td>
<td>1373</td>
<td>10%</td>
<td>42.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3642</td>
<td>8%</td>
<td>651</td>
<td>9%</td>
<td>1227</td>
<td>9%</td>
<td>22.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>3192</td>
<td>7%</td>
<td>582</td>
<td>8%</td>
<td>878</td>
<td>6%</td>
<td>18.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>977</td>
<td>2%</td>
<td>124</td>
<td>2%</td>
<td>261</td>
<td>2%</td>
<td>19.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>4485</td>
<td>10%</td>
<td>693</td>
<td>9%</td>
<td>646</td>
<td>5%</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1174</td>
<td>3%</td>
<td>150</td>
<td>2%</td>
<td>281</td>
<td>2%</td>
<td>17.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>6468</td>
<td>15%</td>
<td>1151</td>
<td>15%</td>
<td>1246</td>
<td>9%</td>
<td>14.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1352</td>
<td>3%</td>
<td>191</td>
<td>3%</td>
<td>836</td>
<td>6%</td>
<td>35.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>321</td>
<td>1%</td>
<td>37</td>
<td>0%</td>
<td>141</td>
<td>1%</td>
<td>28.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2896</td>
<td>7%</td>
<td>684</td>
<td>9%</td>
<td>1216</td>
<td>9%</td>
<td>25.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>268</td>
<td>1%</td>
<td>55</td>
<td>1%</td>
<td>216</td>
<td>2%</td>
<td>40.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>396</td>
<td>1%</td>
<td>80</td>
<td>1%</td>
<td>163</td>
<td>1%</td>
<td>25.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2689</td>
<td>6%</td>
<td>480</td>
<td>6%</td>
<td>495</td>
<td>3%</td>
<td>13.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1370</td>
<td>3%</td>
<td>261</td>
<td>3%</td>
<td>670</td>
<td>5%</td>
<td>29.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>4330</td>
<td>10%</td>
<td>822</td>
<td>11%</td>
<td>2076</td>
<td>15%</td>
<td>28.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>3431</td>
<td>8%</td>
<td>528</td>
<td>7%</td>
<td>537</td>
<td>4%</td>
<td>11.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>766</td>
<td>2%</td>
<td>113</td>
<td>1%</td>
<td>333</td>
<td>2%</td>
<td>27.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Val D’Aosta</td>
<td>97</td>
<td>0%</td>
<td>19</td>
<td>0%</td>
<td>37</td>
<td>0%</td>
<td>24.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>3113</td>
<td>7%</td>
<td>496</td>
<td>6%</td>
<td>667</td>
<td>5%</td>
<td>15.6%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTALE</strong></td>
<td><strong>44.279</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
<td><strong>7.632</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
<td><strong>14.390</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
<td><strong>21.6%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Valore 0 è stato imputato missing

Personale sanitario al 31/12/2008 su 100.000 residenti

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl non missing</th>
<th>Tasso globale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MMG</td>
<td>145</td>
<td>78.3</td>
</tr>
<tr>
<td>PLS</td>
<td>144</td>
<td>13.5</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td>139</td>
<td>25.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Personale sanitario al 31/12/2008 su 100.000 residenti (Distribuzioni Asl)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl non missing</th>
<th>Dev std</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso MMG su residenti</td>
<td>145</td>
<td>34.9</td>
<td>11.0</td>
<td>447.8</td>
<td>78.9</td>
<td>72.8</td>
<td>84.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso PLS su residenti</td>
<td>144</td>
<td>38.8</td>
<td>2.1</td>
<td>87.0</td>
<td>12.7</td>
<td>10.8</td>
<td>14.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso MCA su residenti</td>
<td>139</td>
<td>22.9</td>
<td>3.9</td>
<td>143.6</td>
<td>21.8</td>
<td>15.6</td>
<td>35.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Personale sanitario al 31/12/2008 su 100.000 residenti per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Tasso MMG</th>
<th>Tasso PLS</th>
<th>Tasso MCA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>92.3</td>
<td>13.2</td>
<td>25.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>87.2</td>
<td>10.6</td>
<td>92.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>79.9</td>
<td>14.2</td>
<td>68.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>70.1</td>
<td>12.5</td>
<td>23.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>73.6</td>
<td>13.4</td>
<td>20.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>97.6</td>
<td>12.4</td>
<td>26.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>79.1</td>
<td>12.2</td>
<td>11.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>84.2</td>
<td>10.8</td>
<td>20.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>66.6</td>
<td>11.9</td>
<td>12.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>86.1</td>
<td>12.2</td>
<td>53.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>100.3</td>
<td>11.6</td>
<td>44.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>65.8</td>
<td>15.5</td>
<td>27.6</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>53.7</td>
<td>11.0</td>
<td>43.3</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>76.2</td>
<td>15.4</td>
<td>31.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>81.8</td>
<td>14.6</td>
<td>15.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>91.3</td>
<td>17.4</td>
<td>44.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>86.3</td>
<td>16.4</td>
<td>41.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>116.0</td>
<td>17.8</td>
<td>18.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>86.2</td>
<td>12.7</td>
<td>37.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle D'aosta</td>
<td>76.3</td>
<td>15.0</td>
<td>29.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>72.7</td>
<td>11.6</td>
<td>15.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Personale sanitario che ritira il ricettario, prescrittori e farmaci ATCN02A e ricette

B-4 Indicare il **numero di MMG** che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nel periodo 2007/2008.

B-5 Indicare il **numero di PLS** che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci oppiacei nel periodo 2007/2008.

B-6 Indicare il **numero di MCA** che hanno ritirato il ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci oppiacei nel periodo 2007/2008.

B-7 Indicare il numero complessivo di MMG, PLS e MCA che **hanno prescritto** almeno una ricetta con farmaci ATCN02A (oppioidi) nel periodo 2007/2008.

B-8 Se disponibile, indicare il **numero complessivo di ricette** con farmaci ATCN02A (oppioidi) prescritte dai MMG, PLS, MCA nel periodo 2007/2008.

### Statistiche descrittive: distribuzioni delle numerosità indicate tra le Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° MMG</td>
<td>110</td>
<td>41</td>
<td>23771</td>
<td>25</td>
<td>1123</td>
<td>216.1</td>
<td>164</td>
<td>89</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>N° PLS</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>308</td>
<td>4542</td>
<td>0</td>
<td>42</td>
<td>2.9</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>N° MCA</td>
<td>96</td>
<td>55</td>
<td>1627</td>
<td>7418</td>
<td>0</td>
<td>187</td>
<td>168</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>N° prescrittori</td>
<td>72</td>
<td>79</td>
<td>25164</td>
<td>26594</td>
<td>25</td>
<td>1366</td>
<td>349.5</td>
<td>227</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>N° ricette</td>
<td>78</td>
<td>73</td>
<td>3071817</td>
<td>355</td>
<td>260693</td>
<td>39382.3</td>
<td>25501</td>
<td>12947</td>
<td>48986</td>
</tr>
<tr>
<td>Regione</td>
<td>B-4 su ITALIA</td>
<td>B-5</td>
<td>B-6</td>
<td>B-7 su ITALIA</td>
<td>B-7-8 su ITALIA</td>
<td>Totale personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei per Regione (% SU ITALIA)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>---------------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>---------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>480</td>
<td>7</td>
<td>34</td>
<td>337</td>
<td>1.3%</td>
<td>33834 1.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>169</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>215</td>
<td>0.9%</td>
<td>2094 0.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>199</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>382</td>
<td>1.5%</td>
<td>11752 0.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>175</td>
<td>7</td>
<td>46</td>
<td>1137</td>
<td>4.5%</td>
<td>90640 3.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>2311</td>
<td>9.7%</td>
<td>11</td>
<td>247</td>
<td>10.1%</td>
<td>472596 15.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>855</td>
<td>3.6%</td>
<td>23</td>
<td>120</td>
<td></td>
<td>57465 1.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5442</td>
<td>22.9%</td>
<td>44</td>
<td>213</td>
<td>34.3%</td>
<td>562570 18.3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>2372</td>
<td>10.0%</td>
<td>47</td>
<td>36</td>
<td>8.7%</td>
<td>217779 7.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>327</td>
<td>1.4%</td>
<td>0</td>
<td>21</td>
<td>2.2%</td>
<td>35894 1.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>246</td>
<td>1.0%</td>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>453</td>
<td>1.9%</td>
<td>5</td>
<td>58</td>
<td></td>
<td>260693 8.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2145</td>
<td>9.0%</td>
<td>20</td>
<td>250</td>
<td>9.9%</td>
<td>518410 16.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>280</td>
<td>1.2%</td>
<td>2</td>
<td>51</td>
<td>2.8%</td>
<td>12073 0.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>764</td>
<td>3.2%</td>
<td>57</td>
<td>117</td>
<td>3.2%</td>
<td>37808 1.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1819</td>
<td>7.7%</td>
<td>23</td>
<td>194</td>
<td>2.0%</td>
<td>99755 3.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1269</td>
<td>5.3%</td>
<td>2</td>
<td>46</td>
<td>6.0%</td>
<td>342197 11.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>547</td>
<td>2.3%</td>
<td>9</td>
<td>72</td>
<td>1.0%</td>
<td>52121 1.7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2265</td>
<td>9.5%</td>
<td>26</td>
<td>72</td>
<td>11.2%</td>
<td>259813 8.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d'Aosta</td>
<td>77</td>
<td>0.3%</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>0.4%</td>
<td>3968 0.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTALE</td>
<td>23771</td>
<td>100%</td>
<td>308</td>
<td>1627</td>
<td>100%</td>
<td>3071817 100%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl</th>
<th>Asl missing</th>
<th>Tasso globale su 100.000 residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M MG che ritira ricettario su residenti</td>
<td>110</td>
<td>41</td>
<td>42.0</td>
</tr>
<tr>
<td>PLS che ritira ricettario su residenti</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>0.5</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA che ritira ricettario su residenti</td>
<td>96</td>
<td>55</td>
<td>2.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale Prescrittori su residenti</td>
<td>72</td>
<td>79</td>
<td>44.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero ricette su residenti</td>
<td>78</td>
<td>73</td>
<td>5429.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl non missing</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° M MG che ritira ricettario su residenti</td>
<td>169</td>
<td>7.1</td>
<td>401.5</td>
<td>58.6</td>
<td>48.6</td>
<td>70.5</td>
</tr>
<tr>
<td>N° PLS che ritira ricettario su residenti</td>
<td>194</td>
<td>0.0</td>
<td>10.2</td>
<td>0.5</td>
<td>0.1</td>
<td>1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>N° MCA che ritira ricettario su residenti</td>
<td>96</td>
<td>0.0</td>
<td>51.7</td>
<td>3.9</td>
<td>1.6</td>
<td>7.6</td>
</tr>
<tr>
<td>N° Prescrittori su residenti</td>
<td>71</td>
<td>6.8</td>
<td>384.0</td>
<td>80.1</td>
<td>70.7</td>
<td>107.3</td>
</tr>
<tr>
<td>N° ricette su residenti</td>
<td>77</td>
<td>61.2</td>
<td>59417.1</td>
<td>9819.4</td>
<td>5917.0</td>
<td>12404.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Tabelle analitiche Q-Asl (Q-1)

### Tavola 1: Personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei 2007–2008 e personale al 31/12/2008

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Personale che ha ritirato il ricettario oppiacei 2007–2008</th>
<th>Personale al 31/12/2008</th>
<th>Totale personale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N° MMG</td>
<td>N° PLS</td>
<td>N° MCA</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>480</td>
<td>7</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>169</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>199</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>1751</td>
<td>27</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>2311</td>
<td>11</td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V.G.</td>
<td>855</td>
<td>23</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5442</td>
<td>44</td>
<td>213</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>2372</td>
<td>47</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>327</td>
<td>0</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>246</td>
<td>0</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>453</td>
<td>5</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2145</td>
<td>20</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>280</td>
<td>2</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>764</td>
<td>57</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1819</td>
<td>23</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1269</td>
<td>2</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>547</td>
<td>9</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2265</td>
<td>26</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>77</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle analitiche Q-Asl (Q-2)

#### Tassi: personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei su totale personale esistente per Regioni

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei su totale personale medico</th>
<th>Regione</th>
<th>Personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei su totale personale medico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1.02</td>
<td>Basilicata</td>
<td>1.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>0.99</td>
<td>Campania</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>0.98</td>
<td>Friuli-V.G.</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>0.98</td>
<td>Lazio</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0.98</td>
<td>Molise</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>0.98</td>
<td>Puglia</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>0.98</td>
<td>P.A. Trento</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>0.98</td>
<td>Sicilia</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>0.98</td>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0.98</td>
<td>Veneto</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0.98</td>
<td></td>
<td>0.98</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle analitiche Q-Asl (Q-3)

#### Tassi globali* (personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei su totale personale medico)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl</th>
<th>Missing</th>
<th>Tasso globale (Asl rispondenti)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso B-4 MMG</td>
<td>110</td>
<td>41</td>
<td>26.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-5 PLS</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-6 MCA</td>
<td>96</td>
<td>55</td>
<td>5.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-7 prescrittori ATCNO2A</td>
<td>71</td>
<td>80</td>
<td>19.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tassi calcolati su Asl che hanno personale. Valori di personale 0 imputato valore missing

### Tabelle analitiche Q-Asl (Q-4)

#### Tassi globali*: personale che ha ritirato ricettario farmaci oppiacei su totale personale medico, per tipo di Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo Asl</th>
<th>Tasso B-4 MMG</th>
<th>Tasso B-7 prescrittori ATCNO2A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Asl in cui non esistono Centri</td>
<td>28.8%</td>
<td>29.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Asl in cui esistono Centri</td>
<td>24.9%</td>
<td>17.9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tassi calcolati su Asl che hanno personale. Valori di personale 0 imputato valore missing
### Distribuzione tassi* tra le Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>N° Asl</th>
<th>Missing</th>
<th>Dev std</th>
<th>Tasso minimo</th>
<th>Tasso medio</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso B-4 MMG</td>
<td>110</td>
<td>41</td>
<td>0.174</td>
<td>0.039</td>
<td>1.139</td>
<td>0.382</td>
<td>0.306</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-5 PLS</td>
<td>105</td>
<td>46</td>
<td>0.066</td>
<td>0.000</td>
<td>0.500</td>
<td>0.018</td>
<td>0.007</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-6 MCA</td>
<td>96</td>
<td>55</td>
<td>0.111</td>
<td>0.000</td>
<td>0.500</td>
<td>0.085</td>
<td>0.035</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso B-7 ATCNO2A</td>
<td>71</td>
<td>80</td>
<td>0.254</td>
<td>0.097</td>
<td>1.666</td>
<td>0.391</td>
<td>0.321</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tassi calcolati su Asl che hanno personale. Valori di personale 0 imputato valore missing

### Personale che ha ritirato il ricettario dei farmaci oppiacei su totale personale medico al 31/12/2008

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Tasso B-4 MMG</th>
<th>Tasso B-5 PLS</th>
<th>Tasso B-6 MCA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>22.8%</td>
<td>2.3%</td>
<td>5.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>12.7%</td>
<td>1.2%</td>
<td>0.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>6.2%</td>
<td>0.5%</td>
<td>0.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>24.0%</td>
<td>2.1%</td>
<td>1.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>36.2%</td>
<td>0.9%</td>
<td>14.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>43.8%</td>
<td>9.3%</td>
<td>23.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>42.1%</td>
<td>1.9%</td>
<td>8.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>26.4%</td>
<td>3.4%</td>
<td>2.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>13.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>3.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>38.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>8.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8.4%</td>
<td>0.5%</td>
<td>5.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>37.0%</td>
<td>1.5%</td>
<td>10.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>35.4%</td>
<td>1.3%</td>
<td>15.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>27.9%</td>
<td>10.9%</td>
<td>8.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>21.0%</td>
<td>1.4%</td>
<td>4.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>18.5%</td>
<td>0.2%</td>
<td>4.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>35.7%</td>
<td>4.0%</td>
<td>10.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>36.4%</td>
<td>2.6%</td>
<td>5.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>39.7%</td>
<td>0.0%</td>
<td>12.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>26.8%</td>
<td>2.0%</td>
<td>5.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Prescrittori su totale personale medico

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tasso B-7 Prescrittori ATCNO2A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>7.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>5.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>10.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>27.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>48.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>18.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>16.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>19.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tassi calcolati su Asl che hanno personale. Valori di personale 0 imputato valore missing
RICETTE CON FARMACI ATCN02A PRESCRITTE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asl non missing</th>
<th>Totale ricette</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asl non missing</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>77</td>
<td>61.1</td>
<td>5917.1</td>
<td>9819.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tassi: totale ricette farmaci ATCN02A prescritte per 100.000 residenti (per Regione)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° ricette per 100.000 residenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2962.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>274.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>589.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>1744.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>10894.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Friul VG</td>
<td>5738.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5793.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3839.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2574.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>16609.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>11778.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2322.6</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>2520.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1988.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1567.5</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>5864.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6068.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>3123.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

RICETTE E PRESCRITTORI

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Asl non missing</th>
<th>Somma</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Numero ricette</td>
<td>61</td>
<td>2.148.117</td>
<td>2.094</td>
<td>110.872</td>
<td>35.231</td>
<td>26.234</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero prescrittori</td>
<td>61</td>
<td>23.674</td>
<td>35</td>
<td>2366</td>
<td>388</td>
<td>265</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Numero medio di Ricette ATCN02A prescritte per singolo prescrittore (biennio 2007–2008)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº Asl*</th>
<th>Numero medio ricette ATCN02A prescritte per singolo prescrittore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>61</td>
<td>90.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Dato costante tra i due gruppi di Asl (presenza/assenza di Centri erogatori sul territorio Asl)
LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI IN ITALIA

### Ricette ATCN02A prescritte per singolo prescrittore: distribuzione tra Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Asl*</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>61</td>
<td>16.3</td>
<td>360.6</td>
<td>88.8</td>
<td>59.8</td>
<td>138.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Asl con numeratore e denominatore non missing

### Totale Ricette ATCN02A e N° medio ricette per singolo prescrittore: distribuzione per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N Asl*</th>
<th>Totale ricette</th>
<th>Totale prescrittori</th>
<th>N° medio ricette per prescrittore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>21896</td>
<td>217</td>
<td>100.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>2094</td>
<td>35</td>
<td>59.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1</td>
<td>11752</td>
<td>184</td>
<td>63.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3</td>
<td>83431</td>
<td>1095</td>
<td>76.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>8</td>
<td>369795</td>
<td>2542</td>
<td>145.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>12</td>
<td>562570</td>
<td>8199</td>
<td>68.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>5</td>
<td>131176</td>
<td>2186</td>
<td>70.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>35894</td>
<td>542</td>
<td>66.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>7</td>
<td>276722</td>
<td>2487</td>
<td>111.3</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>1</td>
<td>12073</td>
<td>712</td>
<td>170.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>4</td>
<td>37808</td>
<td>665</td>
<td>56.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>3</td>
<td>99755</td>
<td>497</td>
<td>200.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2</td>
<td>190855</td>
<td>1517</td>
<td>131.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>19515</td>
<td>141</td>
<td>138.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>9</td>
<td>259813</td>
<td>2557</td>
<td>101.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>3968</td>
<td>98</td>
<td>40.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Asl con numeratore e denominatore non missing

### Situazione riassuntiva: personale che ritira il ricettario, prescrittori e numero medio ricette prescritte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Personale che ritira ricettario farmaci oppiacei su totale personale medico 31/12/2008</th>
<th>% prescrittori su totale medico (21 Asl)</th>
<th>N° medio ricette per prescrittore (61 Asl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>22.8% 2.3% 3.9% 15.3% 100.9</td>
<td>7.4% 46.8% 68.6</td>
<td>100.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>12.7% 1.2% 0.9% 7.4% 59.8</td>
<td>1.2% 18.8% 70.1</td>
<td>59.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>6.2% 0.5% 0.2% 3.9% 63.9</td>
<td>0.5% 16.9% 66.2</td>
<td>63.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>24.0% 2.1% 1.9% 3.9% 76.2</td>
<td>2.1% 16.9% 66.2</td>
<td>76.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>36.2% 0.9% 14.1% 27.3% 145.5</td>
<td>0.9% 16.9% 66.2</td>
<td>145.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>43.8% 9.3% 23.0% 9.3% 100.9</td>
<td>9.3% 16.9% 66.2</td>
<td>100.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>42.1% 1.9% 8.5% 9.3% 68.6</td>
<td>1.9% 16.9% 66.2</td>
<td>68.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>26.4% 3.4% 2.8% 3.9% 70.1</td>
<td>3.4% 16.9% 66.2</td>
<td>70.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>13.9% 0.0% 3.7% 3.9% 66.2</td>
<td>0.0% 16.9% 66.2</td>
<td>66.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>38.3% 0.0% 8.2% 7.9% 100.9</td>
<td>0.0% 16.9% 66.2</td>
<td>100.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8.4% 0.5% 5.9% 9.3% 68.6</td>
<td>0.5% 16.9% 66.2</td>
<td>68.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>37.0% 1.5% 10.3% 9.3% 100.9</td>
<td>1.5% 16.9% 66.2</td>
<td>100.9</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>35.4% 1.3% 15.6% 10.3% 17.0</td>
<td>1.3% 16.9% 66.2</td>
<td>17.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>27.9% 10.9% 8.7% 17.7% 56.9</td>
<td>10.9% 16.9% 66.2</td>
<td>56.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>21.0% 1.4% 4.7% 9.3% 200.7</td>
<td>1.4% 16.9% 66.2</td>
<td>200.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>18.5% 0.2% 4.3% 9.3% 131.1</td>
<td>0.2% 16.9% 66.2</td>
<td>131.1</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>35.7% 4.0% 10.8% 10.3% 138.4</td>
<td>4.0% 16.9% 66.2</td>
<td>138.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>36.4% 2.6% 5.4% 3.9% 101.6</td>
<td>2.6% 16.9% 66.2</td>
<td>101.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>39.7% 0.0% 12.2% 12.2% 40.5</td>
<td>0.0% 16.9% 66.2</td>
<td>40.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Il numero di Asl rispetto a cui sono calcolate le colonne è variabile
B-9 Nell’ambito della Asl esiste una Rete di cure palliative, costituita con provvedimento formale, locale o regionale, con almeno i due principali set assistenziali: Centri residenziali di cure palliative/Hospice e Assistenza domiciliare?

<table>
<thead>
<tr>
<th>B-9</th>
<th>n° Asl</th>
<th>%</th>
<th>% cumulata</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>61</td>
<td>40.67</td>
<td>40.67</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>89</td>
<td>59.33</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Distribuzione di B-9 per Regione di appartenenza della Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>B-9 No</th>
<th>B-9 Si</th>
<th>Totale Asl per Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>PA, Trento</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Prov.Aut. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>61</td>
<td>89</td>
<td>150</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Numero di Centri segnalati dalle Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asl della Regione</th>
<th>Numero Centri segnalati in Q-1</th>
<th>Numero Centri con anagrafica inserita in Q-1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>50</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>42</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>20</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>36</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>23</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>124</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>36</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>33</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>22</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>30</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>21</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>34</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td><strong>544</strong></td>
<td><strong>448</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Centri che hanno risposto al Questionario Centri (Q-2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risposta</th>
<th>Totale</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ha erogato cure palliative nel 2008</td>
<td>312</td>
<td>82.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ha iniziato ad erogare cure palliative dopo il 2008</td>
<td>26</td>
<td>6.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ha smesso di erogare cure palliative prima del 2008</td>
<td>3</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Non ha mai erogato cure palliative</td>
<td>28</td>
<td>7.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Questionario completamente incompleto</td>
<td>10</td>
<td>2.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale complessivo</td>
<td><strong>379</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Analisi dei 312 Centri erogatori di cure palliative domiciliari nel 2008

**Tipologia dei Centri erogatori**

1. Centro ospedaliero e/o Asl e/o hospice pubblico che eroga specificamente e direttamente CP domiciliari
2. Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente CP domiciliari
3. Centro Asl in cui operano équipe distrettuali specificamente dedicate alle CP domiciliari
4. Centro Asl in cui operano équipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano CP all'interno del modello ADI
5. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit con équipe specificamente dedicate alle CP domiciliari
6. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit senza équipe specificamente dedicate alle CP domiciliari

**Numero di Centri per tipologia di risposta al Questionario-Centri, per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Erogazione CP nel 2008 (col 1)</th>
<th>% (col1)</th>
<th>Erogazione CP dopo il 2008</th>
<th>Erogazione CP cessata prima del 2008</th>
<th>Mai effettuata erogazione CP</th>
<th>Questionario incompleto</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>8</td>
<td>2.6%</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>1.6%</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>31</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>19</td>
<td>6.1%</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>40</td>
<td>12.8%</td>
<td>41</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>16</td>
<td>5.1%</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>74</td>
<td>23.7%</td>
<td>96</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>6.7%</td>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P. A. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P. A. Trento</td>
<td>8</td>
<td>2.6%</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9</td>
<td>2.9%</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>1.6%</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16</td>
<td>5.1%</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0.6%</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>19</td>
<td>6.1%</td>
<td>1</td>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>312</strong></td>
<td><strong>100.0%</strong></td>
<td><strong>26</strong></td>
<td><strong>28</strong></td>
<td><strong>10</strong></td>
<td><strong>379</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tipologia dei centri (Tipo)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>Missing</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° centri</td>
<td>60</td>
<td>8</td>
<td>21</td>
<td>120</td>
<td>78</td>
<td>24</td>
<td>1</td>
<td>312</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>19.2%</td>
<td>2.6%</td>
<td>6.7%</td>
<td>38.5%</td>
<td>25.0%</td>
<td>7.7%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

NB: sul totale dei centri di 312 Centri si conosce la tipologia.
### Tipologia dei Centri (Tipo) per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Tipo 1</th>
<th>Tipo 2</th>
<th>Tipo 3</th>
<th>Tipo 4</th>
<th>Tipo 5</th>
<th>Tipo 6</th>
<th>Missing</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% tipo 4 su totale Centri</th>
<th>% tipo 4+6 su totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>8</td>
<td>75.0%</td>
<td>75.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>20.0%</td>
<td>40.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
<td>69.2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>63.2%</td>
<td>63.2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>34</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>40</td>
<td>85.0%</td>
<td>85.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td>14</td>
<td>57.1%</td>
<td>57.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>31.3%</td>
<td>31.3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>28</td>
<td>21</td>
<td>73</td>
<td>12.3%</td>
<td>41.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>15.4%</td>
<td>15.4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>19.0%</td>
<td>19.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>8</td>
<td>62.5%</td>
<td>62.5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td>40</td>
<td>40.0%</td>
<td>40.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>7.7%</td>
<td>15.4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>11</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>25.0%</td>
<td>25.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
<td>66.7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
<td>66.7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>36.8%</td>
<td>42.1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>60</td>
<td>8</td>
<td>21</td>
<td>120</td>
<td>78</td>
<td>24</td>
<td>312</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| % Tipologia (non missing) | 19.3 | 2.5 | 6.8 | 38.6 | 25.1 | 7.7 | 100.0 |

NB: sul totale dei centri, di 311 Centri si conosce la tipologia.

### Natura del Centro (su 311 Centri con risposta non missing)

- 21.8% = Centri dedicati all’erogazione diretta di cure palliative domiciliari (Tipo 1 e 2);
- 31.9% = Centri Asl di cure domiciliari che dispongono di équipe distrettuali, o di provider privati accreditati, specificamente dedicate (Tipo 3 e 5);
- 46.3% = Centri che non dispongono di équipe dedicate (Tipo 4 e 6).

### Tipologia di Centri (con équipe specificamente Dedicated/non Dedicated), per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Con équipe spec. dedicate</th>
<th>Senza équipe spec. dedicate</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri con équipe dedicate</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>30.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>36.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>6</td>
<td>34</td>
<td>40</td>
<td>15.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>42.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>68.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>43</td>
<td>30</td>
<td>73</td>
<td>58.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>11</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>84.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>17</td>
<td>4</td>
<td>21</td>
<td>81.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>19</td>
<td>57.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>167</td>
<td>144</td>
<td>311</td>
<td>53.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| % su totale | 53.7% | 46.3% | 100.0% |
**Tabelle analitiche Q-Asl (Q-1)**

**C-11.1** Indicare il numero di Soggetti erogatori non definibili Centri che, nella Asl, erogano CP palliative, ad es. Organizzazioni non profit non legate da convenzioni o contratti (Altri soggetti)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl rispondenti</th>
<th>Totale</th>
<th>N° Asl in cui non esistono altri soggetti</th>
<th>Numero minimo</th>
<th>Numero massimo</th>
<th>Numero medio</th>
<th>Numero mediano</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C-11.1</td>
<td>113</td>
<td>55</td>
<td>87</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>0.49</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**C-11.2** Indicare il numero di Distretti in cui non esistono Centri ma le cure palliative domiciliari sono erogate esclusivamente attraverso l’attività del Medico di Medicina Generale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl rispondenti</th>
<th>Totale distretti</th>
<th>N° Asl in cui non esistono distretti</th>
<th>Numero minimo</th>
<th>Numero massimo</th>
<th>Numero medio</th>
<th>Numero mediano</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C-11.2</td>
<td>109</td>
<td>75</td>
<td>89</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0.69</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Localizzazione Asl in cui C-11.2>0:** Distretti in cui non esistono Centri ma cure palliative erogate solo da MMG

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Provincia</th>
<th>Domanda B-9</th>
<th>N° Distretti C-11.2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Napoli</td>
<td>No</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Ancona</td>
<td>Sì</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Caserta</td>
<td>No</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Brescia</td>
<td>Sì</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Viterbo</td>
<td>No</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Torino</td>
<td>Sì</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>Bolzano</td>
<td>No</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Palermo</td>
<td>Sì</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Oristano</td>
<td>No</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Pescara</td>
<td>No</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Sassari</td>
<td>Sì</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Foggia</td>
<td>Sì</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Sanluri-Villacidro</td>
<td>No</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>L’Aquila</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Roma</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Barletta-Andria-Trani</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Olbia-Tempio</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Carbonia-Iglesias</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Perugia</td>
<td>Sì</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Venezia</td>
<td>Sì</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C-13 L’Asl richiede una cartella clinica/scheda per la gestione delle cure palliative domiciliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° ASL</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### C-13 per Regione (1 Asl missing)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>35</strong></td>
<td><strong>115</strong></td>
<td><strong>150</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C-14 L’Asl utilizza tra gli indicatori di monitoraggio dell’intensità assistenziale di cure palliative domiciliari il CIA?

<table>
<thead>
<tr>
<th>C-14</th>
<th>n’ASL</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>93</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>57</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### C-14 per Regione (1 Asl missing)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friul V.G.</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>93</td>
<td>57</td>
<td><strong>150</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**SEZIONE D - MODALITÀ DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI/SERVIZI DOMICILIARI**

**D-15 In caso di erogazione diretta da parte della Asl è previsto un sistema di valorizzazione economica delle cure palliative domiciliari?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>D-15</th>
<th>n’ASL</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>109</td>
<td>73.65</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>39</td>
<td>26.35</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-15 per Regione (3 Asl missing)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>109</td>
<td>39</td>
<td>148</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-15.a Se la risposta della domanda D–15 è Sì, specificare attraverso quale sistema di valorizzazione (risposta multipla)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>D-15.a</th>
<th>n’ASL</th>
<th>% su 39 Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A prestazione/accesso</td>
<td>20</td>
<td>51.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffi giornaliera omnicomprensiva</td>
<td>9</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffi mensile omnicomprensiva</td>
<td>5</td>
<td>12.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td>4</td>
<td>10.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con altra modalità</td>
<td>10</td>
<td>25.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**D-16** In caso di erogazione da parte di soggetto accreditato, all’interno del contratto/convenzione è previsto un sistema di valorizzazione tariffaria stabilita dalla Regione o dalla Asl per l’erogazione di cure palliative domiciliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th>D-16</th>
<th>n° ASL</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>92</td>
<td>62.16</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>56</td>
<td>37.84</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-16 per Regione (3 ASL missing)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Asl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>PA, Trento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>PA, Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>16</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>92</td>
<td>56</td>
<td>148</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-16.a** Se la risposta alla domanda D-16 è sì, precisare da chi è stabilita

<table>
<thead>
<tr>
<th>D-16.a</th>
<th>n° Asl</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dalla Asl</td>
<td>32</td>
<td>56.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalla Regione</td>
<td>25</td>
<td>43.9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>57</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**D-16.b** Con quale sistema di remunerazione: (possibilità di risposta multipla)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema di remunerazione</th>
<th>Risposte Non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A prestazione/accesso</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffa giornaliera omnicomprensiva</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffa mensile omnicomprensiva</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Con altra modalità (specificare):</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>97</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Sezione: Standard qualitativi e quantitativi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Asl</th>
<th>Totale</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla Rete di CP domicilio–hospice anno 2008</td>
<td>100</td>
<td>42909</td>
<td>0</td>
<td>2194</td>
<td>429.1</td>
<td>264</td>
<td>122</td>
<td>617.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Numeratore Tasso E-17</td>
<td>105</td>
<td>30089</td>
<td>0</td>
<td>1493</td>
<td>286.5</td>
<td>191</td>
<td>100</td>
<td>426</td>
</tr>
<tr>
<td>Malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla Rete di CP SOLO domicilio anno 2008</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Numeratore Tasso E-18</td>
<td>100</td>
<td>115513</td>
<td>0</td>
<td>7931</td>
<td>1155.1</td>
<td>761</td>
<td>439</td>
<td>1352.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tassi globali

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tasso</th>
<th>N° Asl valide per calcolare il tasso</th>
<th>Tasso globale su Asl rispondenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso E-17</td>
<td>84</td>
<td>37.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso E-18</td>
<td>86</td>
<td>25.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Statistiche descrittive sui tassi (Asl rispondenti)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tasso</th>
<th>N° ASL valide</th>
<th>Dev std</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso E-17</td>
<td>84</td>
<td>0.2434</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.415</td>
<td>0.232</td>
<td>0.538</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso E-18</td>
<td>86</td>
<td>0.1935</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.264</td>
<td>0.161</td>
<td>0.432</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Asl e soglia DM 43

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tasso</th>
<th>N° ASL</th>
<th>Soglia DM 43</th>
<th>N° Asl sotto soglia (% su Asl non missing)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasso E-17</td>
<td>84</td>
<td>65%</td>
<td>71 su 84 (84.5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasso E-18</td>
<td>86</td>
<td>45%</td>
<td>67 su 86 (77.9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Regione</td>
<td>Asl Denominazione</td>
<td>Asl Provincia</td>
<td>E-17</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl Avezzano – Sulmona</td>
<td>L'aquila</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl 102 Chieti</td>
<td>Chieti</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Asl Lanciano-Vasto</td>
<td>Chieti</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Azienda Usl DI Pescara</td>
<td>Pescara</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Asl N. 1</td>
<td>Potenza</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Asp Potenza</td>
<td>Potenza</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda San.Usl N.3–Lagonegro</td>
<td>Potenza</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda San. N. 5 Montalbano Jonico</td>
<td>Matera</td>
<td>209</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Cesena</td>
<td>Cesena</td>
<td>298</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Di Catanzaro</td>
<td>C.Z.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Asp Kr</td>
<td>Kr</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale</td>
<td>Vv</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>A.S.9 Locri</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale N/5</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Avellino</td>
<td>Avellino</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Benevento I</td>
<td>Benevento</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Caserta I</td>
<td>Caserta</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Caserta Ex Caserta2</td>
<td>Caserta</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Na 1 Centro</td>
<td>Napoli</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Ex Napoli 2</td>
<td>Napoli</td>
<td>215</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Napoli 2 Nord (Ex Napoli3)</td>
<td>Napoli</td>
<td>846</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Na 3 Sud Ex Asl Na 4</td>
<td>Napoli</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Salerno Ex Asl Sa1</td>
<td>Salerno</td>
<td>342</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Asl Salerno</td>
<td>Salerno</td>
<td>1101</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Ex Asl Salerno 3</td>
<td>Salerno</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Unità Sanitaria Di Piacenza</td>
<td>Piacenza</td>
<td>331</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Unità Sanitaria Di Forlì</td>
<td>Forlì</td>
<td>920</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Emilia</td>
<td>Emilia</td>
<td>977</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Modena</td>
<td>Modena</td>
<td>1312</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Sanitaria Locale Di Imola</td>
<td>Bologna</td>
<td>362</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usi Bologna</td>
<td>Bologna</td>
<td>1883</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usi Ferrara</td>
<td>Ferrara</td>
<td>723</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Ravenna</td>
<td>Ravenna</td>
<td>649</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Di Forlì</td>
<td>Forlì-Cesena</td>
<td>527</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Modena</td>
<td>Modena</td>
<td>251</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>Azienda Usl Salerno Di Rimini</td>
<td>Rimini</td>
<td>354</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>Ass 1</td>
<td>Trieste</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>Azienda Sanitaria N.2 Isorina</td>
<td>Gorizia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>Ass N 3 Alto Friul.VG.</td>
<td>Udine</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>Azienda Per I Serv San, 4 Medio Friuli</td>
<td>Ud</td>
<td>592</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>Ass5 Bassa Friuliana</td>
<td>Udine</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>As 6 Friuli.VG. Occidentale</td>
<td>Pordenone</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Roma/A</td>
<td>Roma</td>
<td>951</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Rm B</td>
<td>Roma</td>
<td>760</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma C</td>
<td>Roma</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Usi Roma D</td>
<td>Roma</td>
<td>600</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma E</td>
<td>Roma</td>
<td>1187</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Sanitaria Locale Rm F</td>
<td>Roma</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Usl Roma G</td>
<td>Roma</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Roma H</td>
<td>Roma</td>
<td>877</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Latina</td>
<td>Latina</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Frosinone</td>
<td>Frosinone</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## SEGUI

**Dati standard ministeriali per singola Asl**

E-17 malati deceduti causa tumore assistiti da Rete–CP domicilio–hospice

E-18 malati deceduti causa tumore assistiti da Rete–CP SOLO domicilio

**NDEx: numero di malati deceduti per malattia oncologica**

La Denominazione Asl riportata in questa tabella è quella indicata dai Compilatori del Questionario, senza alcuna modifica

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Asl Denominazione</th>
<th>Asl Provincia</th>
<th>E-17</th>
<th>E-18</th>
<th>NDEx</th>
<th>E-17/NDEx</th>
<th>E-18/NDEx</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda USl Rieti</td>
<td>Ri</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Asl Viterbo</td>
<td>Vi</td>
<td>483</td>
<td>33</td>
<td>1133</td>
<td>42.6%</td>
<td>2.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Azienda Sanitaria N.I Imperiese</td>
<td>Imperia</td>
<td></td>
<td></td>
<td>755</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Savona</td>
<td>Savona</td>
<td>164</td>
<td>68</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Genovese</td>
<td>Genova</td>
<td></td>
<td></td>
<td>3000</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Chivarese</td>
<td>Ge</td>
<td>144</td>
<td>126</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl S Spezizzo</td>
<td>Sp</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Bergamo</td>
<td>Bergamo</td>
<td>1424</td>
<td>816</td>
<td>3078</td>
<td>46.3%</td>
<td>26.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Brescia</td>
<td>Brescia</td>
<td></td>
<td></td>
<td>3000</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>A.S.L. Della Provincia Di Como</td>
<td>Como</td>
<td>819</td>
<td>448</td>
<td>1750</td>
<td>46.8%</td>
<td>25.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Cremona</td>
<td>Cremona</td>
<td>591</td>
<td>232</td>
<td>1235</td>
<td>47.9%</td>
<td>18.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Lecco</td>
<td>Lecco</td>
<td>591</td>
<td>458</td>
<td>907</td>
<td>65.2%</td>
<td>50.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Azienda Sanitaria Locale</td>
<td>Lodi</td>
<td>267</td>
<td>230</td>
<td>697</td>
<td>38.3%</td>
<td>33.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Mantova</td>
<td>Mantova</td>
<td>432</td>
<td>127</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Di Milano</td>
<td>Milano</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Milano N. I</td>
<td>Milano</td>
<td>1351</td>
<td>833</td>
<td>2464</td>
<td>51.1%</td>
<td>31.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Milano Due</td>
<td>Milano</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Provincia Di Monza E Brianza</td>
<td>Monza-Brianza</td>
<td>2194</td>
<td>1493</td>
<td>3145</td>
<td>69.8%</td>
<td>47.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Pavia</td>
<td>Pavia</td>
<td>500</td>
<td>426</td>
<td>2022</td>
<td>24.7%</td>
<td>21.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Sondrio</td>
<td>Sondrio</td>
<td>0</td>
<td>146</td>
<td>583</td>
<td>0.0%</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Provincia Di Varese</td>
<td>Varese</td>
<td>963</td>
<td>590</td>
<td>2571</td>
<td>37.5%</td>
<td>22.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Di Vallecamacornica Sebino</td>
<td>Brescia</td>
<td></td>
<td></td>
<td>326</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Azienda Sanitaria Unica Regionale</td>
<td>Ancona</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>Asrem</td>
<td>Cs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To1</td>
<td>Torino</td>
<td>676</td>
<td>534</td>
<td>1820</td>
<td>37.1%</td>
<td>29.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>U.O.C.P.– Asl To2 Nord</td>
<td>To</td>
<td>250</td>
<td>200</td>
<td>721</td>
<td>34.7%</td>
<td>27.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 3</td>
<td>Torino</td>
<td>400</td>
<td>191</td>
<td>1574</td>
<td>25.4%</td>
<td>12.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 4</td>
<td>Torino</td>
<td>852</td>
<td>421</td>
<td>1322</td>
<td>64.4%</td>
<td>31.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 5</td>
<td>To</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl &quot;Vc&quot;</td>
<td>Vc</td>
<td>295</td>
<td>134</td>
<td>630</td>
<td>46.8%</td>
<td>21.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Biella</td>
<td>Bi</td>
<td>386</td>
<td>222</td>
<td>620</td>
<td>62.3%</td>
<td>35.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Azienda Sanitaria Locale Novara</td>
<td>No</td>
<td>620</td>
<td>500</td>
<td>936</td>
<td>66.2%</td>
<td>53.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Cn1</td>
<td>Cuneo</td>
<td>333</td>
<td>199</td>
<td>1238</td>
<td>26.9%</td>
<td>16.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Cn2 Alba Bra</td>
<td>Cuneo</td>
<td>212</td>
<td>211</td>
<td>481</td>
<td>44.1%</td>
<td>43.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Ac</td>
<td>As</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>643</td>
<td>2.2%</td>
<td>2.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl AlI</td>
<td>Alessandria</td>
<td>652</td>
<td>429</td>
<td>1630</td>
<td>40.1%</td>
<td>26.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA, Bolzano</td>
<td>Azienda Sanitaria Dell’ Alto Adige</td>
<td>Bolzano</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA, Trento</td>
<td>Azienda Provi Per I Servizi Sanitari</td>
<td>Trento</td>
<td>536</td>
<td>478</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azienda Sanitaria Locale Br</td>
<td>Brindisi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Fg3</td>
<td>Foggia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Provinciale Di Bari</td>
<td>Bari</td>
<td>1113</td>
<td>705</td>
<td>2761</td>
<td>40.3%</td>
<td>25.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Bar</td>
<td>Ba</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Taranto</td>
<td>Taranto</td>
<td>670</td>
<td>670</td>
<td>1290</td>
<td>51.9%</td>
<td>51.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Lecco</td>
<td>Le</td>
<td>367</td>
<td>187</td>
<td>2073</td>
<td>18.7%</td>
<td>9.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 1 Ss</td>
<td>Sassari</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 2 Olbia</td>
<td>Oc</td>
<td>112</td>
<td>112</td>
<td>264</td>
<td>42.4%</td>
<td>42.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl Nuoro</td>
<td>Nuoro</td>
<td>294</td>
<td>130</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 4</td>
<td>Ogliastra</td>
<td>150</td>
<td>100</td>
<td>180</td>
<td>83.3%</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl N. 5</td>
<td>Oristano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl Sanluri</td>
<td>Sanluri-Villacidro</td>
<td>130</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 7 Carbonia</td>
<td>Carbonia-Iglesias</td>
<td>150</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>A.S.I.8 Cagliari</td>
<td>Cagliari</td>
<td>1100</td>
<td>950</td>
<td>1300</td>
<td>84.6%</td>
<td>73.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Ctr</td>
<td>Catania</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale Messina</td>
<td>Messina</td>
<td>482</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Palermo</td>
<td>Pa</td>
<td>1114</td>
<td>987</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Asl (Q-1)

**SEGUE** Dati standard ministeriali per singola Asl
E-17 malati deceduti causa tumore assistiti da Rete–CP domicilio–hospice
E-18 malati deceduti causa tumore assistiti da Rete–CP SOLO domicilio NDEC: numero di malati deceduti per malattia oncologica

La Denominazione Asl riportata in questa tabella è quella indicata dai Compilatori del Questionario, senza alcuna modifica.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Asl Denominazione</th>
<th>Asl Provincia</th>
<th>E-17</th>
<th>E-18</th>
<th>NDEC</th>
<th>E-17/ NDEC</th>
<th>E-18/ NDEC</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P. Ragusa (Az. San. Prov.)</td>
<td>Rg</td>
<td>241</td>
<td>222</td>
<td>717</td>
<td>33.6%</td>
<td>31.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp N9 Trapani</td>
<td>Trapani</td>
<td>924</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</td>
<td>En</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>885</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp 1 Agrigento</td>
<td>Agrigento</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P.N.2</td>
<td>Caltanissetta</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss 2 Lucca</td>
<td>Lucca</td>
<td>136</td>
<td>136</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss 3 Pistoia</td>
<td>Pistoia</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss 4 Prato</td>
<td>Prato</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Ulss 5</td>
<td>Pisa</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss N.6 Livorno</td>
<td>Livorno</td>
<td>417</td>
<td>170</td>
<td>531</td>
<td>78.5%</td>
<td>32.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss 7</td>
<td>Siena</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Ulss 8 Arezzo</td>
<td>Arezzo</td>
<td>217</td>
<td>175</td>
<td>1015</td>
<td>21.4%</td>
<td>17.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Asl 9</td>
<td>Grosseto</td>
<td>425</td>
<td>358</td>
<td>759</td>
<td>56.0%</td>
<td>47.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Sanitaria Firenze</td>
<td>Fi</td>
<td>1070</td>
<td>1000</td>
<td>2500</td>
<td>42.8%</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Asl 11</td>
<td>Firenze</td>
<td>135</td>
<td>135</td>
<td>870</td>
<td>15.5%</td>
<td>15.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Asl 12</td>
<td>Lucca</td>
<td>261</td>
<td>105</td>
<td>490</td>
<td>53.3%</td>
<td>21.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Asl 1 Umbria</td>
<td>Perugia</td>
<td>219</td>
<td>196</td>
<td>408</td>
<td>0.0%</td>
<td>48.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Ulss N.2</td>
<td>Pz</td>
<td>202</td>
<td>102</td>
<td>1012</td>
<td>30.6%</td>
<td>37.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Asl 3</td>
<td>Pz</td>
<td>195</td>
<td>121</td>
<td>464</td>
<td>42.0%</td>
<td>26.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Asl 4</td>
<td>Tr</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>Azienda Ulss Valle D’Aosta</td>
<td>Ao</td>
<td>184</td>
<td>92</td>
<td>359</td>
<td>51.3%</td>
<td>25.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss 1 Belluno</td>
<td>Belluno</td>
<td>106</td>
<td>52</td>
<td>436</td>
<td>24.3%</td>
<td>11.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss 2</td>
<td>Belluno</td>
<td>204</td>
<td>132</td>
<td>394</td>
<td>69.4%</td>
<td>44.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss N.3</td>
<td>Vicenza</td>
<td>145</td>
<td>74</td>
<td>442</td>
<td>32.8%</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 4 Alto Vicentino</td>
<td>Vicenza</td>
<td>281</td>
<td>261</td>
<td>505</td>
<td>55.6%</td>
<td>51.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss 7</td>
<td>Treviso</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss N.8</td>
<td>Treviso</td>
<td>248</td>
<td>239</td>
<td>427</td>
<td>58.1%</td>
<td>56.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss N.10 “Veneto Orientale”</td>
<td>Venezia</td>
<td>98</td>
<td>52</td>
<td>709</td>
<td>13.8%</td>
<td>7.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 12 Veneziana</td>
<td>Venezia</td>
<td>515</td>
<td>175</td>
<td>1130</td>
<td>54.4%</td>
<td>15.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss 13</td>
<td>Venezia</td>
<td>0</td>
<td>48</td>
<td>121</td>
<td>0.0%</td>
<td>39.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azi. N.14</td>
<td>Ve</td>
<td>119</td>
<td>60</td>
<td>365</td>
<td>32.6%</td>
<td>16.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 16</td>
<td>Padova</td>
<td>117</td>
<td>47</td>
<td>527</td>
<td>22.2%</td>
<td>8.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 17</td>
<td>Padova</td>
<td>86</td>
<td>24</td>
<td>276</td>
<td>100.0%</td>
<td>27.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Ulss N.18 Rovigo</td>
<td>Rovigo</td>
<td>63</td>
<td>63</td>
<td>218</td>
<td>28.9%</td>
<td>28.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 20 Verona</td>
<td>Verona</td>
<td>572</td>
<td>273</td>
<td>1165</td>
<td>49.1%</td>
<td>23.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 21 Legnago (VR)</td>
<td>Verona</td>
<td>112</td>
<td>87</td>
<td>430</td>
<td>26.0%</td>
<td>20.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 22</td>
<td>Verona</td>
<td>125</td>
<td>125</td>
<td>698</td>
<td>17.9%</td>
<td>17.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azi. N.19 Vicenza</td>
<td>Vicenza</td>
<td>218</td>
<td>155</td>
<td>751</td>
<td>29.0%</td>
<td>20.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Ulss 15 Ako Padovana</td>
<td>Padova</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Regione</td>
<td>Denominazione Azienda</td>
<td>Provincia</td>
<td>Totale residenti dichiarati dalle Azienda</td>
<td>Numero di decessi per malattia oncologica nel 2008 nell’Asl (dato DM 43 in Q-1)</td>
<td>N° atteso decessi Asl per tumore</td>
<td>Numero decessi per malattia oncologica nel 2008 nell’Asl / N° atteso decessi Asl per tumore</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Aquila</td>
<td>L’Aquila</td>
<td>202311</td>
<td>607</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Azienda Universitaria dell’Abruzzo</td>
<td>Ch</td>
<td>218904</td>
<td>543</td>
<td>657</td>
<td>83%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Ch</td>
<td>102765</td>
<td>308</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Pescara</td>
<td>308252</td>
<td>925</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Teramo</td>
<td>309887</td>
<td>465</td>
<td>930</td>
<td>50%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Apulia</td>
<td>Potenza</td>
<td>97102</td>
<td>220</td>
<td>291</td>
<td>76%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Potenza</td>
<td>386640</td>
<td>1160</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Potenza</td>
<td>75213</td>
<td>226</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Mt</td>
<td>123000</td>
<td>254</td>
<td>369</td>
<td>69%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Matera</td>
<td>80334</td>
<td>209</td>
<td>241</td>
<td>87%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Cosenza</td>
<td>732869</td>
<td>2199</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Cosenza</td>
<td>367500</td>
<td>552</td>
<td>1003</td>
<td>50%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Ks</td>
<td>167000</td>
<td>501</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Vv</td>
<td>157046</td>
<td>471</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td>135540</td>
<td>0</td>
<td>407</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Reggio Calabria</td>
<td>433405</td>
<td>1300</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Avellino</td>
<td>439049</td>
<td>1317</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Benevento</td>
<td>288832</td>
<td>857</td>
<td>866</td>
<td>99%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Caserta</td>
<td>408812</td>
<td>1226</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Caserta</td>
<td>414662</td>
<td>114</td>
<td>1242</td>
<td>9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Nocera</td>
<td>963661</td>
<td>2891</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Pozzuoli–Monterucchio</td>
<td>621000</td>
<td>1863</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Napoli</td>
<td>380097</td>
<td>846</td>
<td>1140</td>
<td>74%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Napoli</td>
<td>569094</td>
<td>1105</td>
<td>1707</td>
<td>65%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Salerno</td>
<td>369496</td>
<td>763</td>
<td>1110</td>
<td>69%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Salerno</td>
<td>470783</td>
<td>7494</td>
<td>1412</td>
<td>531%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Ascoli</td>
<td>Salerno</td>
<td>272000</td>
<td>816</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Padova</td>
<td>285937</td>
<td>1036</td>
<td>858</td>
<td>121%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Vicenza</td>
<td>433096</td>
<td>1495</td>
<td>1299</td>
<td>115%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Reggio Emilia</td>
<td>519480</td>
<td>1540</td>
<td>1558</td>
<td>99%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Modena</td>
<td>688286</td>
<td>2023</td>
<td>2065</td>
<td>98%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Imola</td>
<td>129587</td>
<td>383</td>
<td>389</td>
<td>99%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Bologna</td>
<td>846583</td>
<td>2739</td>
<td>2540</td>
<td>108%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Ferrara</td>
<td>357979</td>
<td>1400</td>
<td>1074</td>
<td>130%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Ravenna</td>
<td>385729</td>
<td>1219</td>
<td>1157</td>
<td>105%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Forlì–Cesena</td>
<td>184977</td>
<td>586</td>
<td>555</td>
<td>106%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Forlì</td>
<td>203042</td>
<td>556</td>
<td>609</td>
<td>91%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Rimini</td>
<td>303272</td>
<td>864</td>
<td>910</td>
<td>95%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>ASS 1 Azienda Universitaria della Veneto</td>
<td>Trieste</td>
<td>238092</td>
<td>1001</td>
<td>714</td>
<td>140%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Gorizia</td>
<td>141939</td>
<td>426</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Udine</td>
<td>76000</td>
<td>259</td>
<td>228</td>
<td>114%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Udine</td>
<td>352947</td>
<td>1369</td>
<td>1059</td>
<td>129%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Udine</td>
<td>55225</td>
<td>359</td>
<td>166</td>
<td>217%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-Veneto</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Udine</td>
<td>137221</td>
<td>774</td>
<td>412</td>
<td>188%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>501712</td>
<td>1505</td>
<td>0</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>697580</td>
<td>1500</td>
<td>2093</td>
<td>72%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>557505</td>
<td>7931</td>
<td>1673</td>
<td>474%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>585630</td>
<td>2700</td>
<td>1757</td>
<td>154%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>532443</td>
<td>4908</td>
<td>1597</td>
<td>307%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>312176</td>
<td>937</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>483050</td>
<td>1449</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>520604</td>
<td>1562</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Latina</td>
<td>519650</td>
<td>1336</td>
<td>1560</td>
<td>86%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>494815</td>
<td>1484</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Roma</td>
<td>449000</td>
<td>1047</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>Azienda Universitaria dell’Emilia</td>
<td>Latina</td>
<td>317160</td>
<td>1133</td>
<td>951</td>
<td>119%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Segue**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Denominazione Asl</th>
<th>Provincia</th>
<th>Totale residenti dichiarati dalle Asl</th>
<th>Numero di decessi per malattia oncologica nel 2008 nell'Asl (data DM 43 in Q-1)</th>
<th>N° atteso decorsi per tumore</th>
<th>Numero decessi per malattia oncologica nel 2008 nell'Asl / N° atteso decorsi Asl per tumore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Sanitaria N.1 Imperiese</td>
<td>Imperia</td>
<td>219383</td>
<td>753</td>
<td>658</td>
<td>114%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Savona</td>
<td>Savona</td>
<td>286666</td>
<td>860</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Genovese</td>
<td>Genova</td>
<td>739219</td>
<td>3000</td>
<td>2218</td>
<td>135%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Chiavari</td>
<td>Ge</td>
<td>148823</td>
<td>446</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>Asl Spezzino</td>
<td>Sp</td>
<td>0</td>
<td>0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Bergamo</td>
<td>Bergamo</td>
<td>1077792</td>
<td>3078</td>
<td>3227</td>
<td>95%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Brescia</td>
<td>Brescia</td>
<td>1135968</td>
<td>3000</td>
<td>3411</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl D. della Provincia Di Como</td>
<td>Como</td>
<td>509119</td>
<td>1850</td>
<td>1720</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Cremona</td>
<td>Cremona</td>
<td>355947</td>
<td>1235</td>
<td>1068</td>
<td>116%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Lecco</td>
<td>Lecco</td>
<td>335420</td>
<td>907</td>
<td>1006</td>
<td>90%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Sanitaria Locale Lodi</td>
<td>Lodi</td>
<td>227195</td>
<td>697</td>
<td>682</td>
<td>102%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Di L. della Provincia Di Mantova</td>
<td>Mantova</td>
<td>410003</td>
<td></td>
<td>1230</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Di MILANO</td>
<td>Milano</td>
<td>1294268</td>
<td>3883</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Provincia Di. Milano N. 1</td>
<td>Milano</td>
<td>976394</td>
<td>2646</td>
<td>2929</td>
<td>90%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Milano Due</td>
<td>Milano</td>
<td>54309</td>
<td>1693</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Provincia Di Monza E Brianza</td>
<td>Monza E Brianza</td>
<td>1057756</td>
<td>3145</td>
<td>3173</td>
<td>99%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Pavia</td>
<td>Pavia</td>
<td>540199</td>
<td>2022</td>
<td>1621</td>
<td>125%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Della Provincia Di Sondrio</td>
<td>Sondrio</td>
<td>181338</td>
<td>583</td>
<td>544</td>
<td>107%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Asl Provincia Di Varese</td>
<td>Varese</td>
<td>871268</td>
<td>2571</td>
<td>2614</td>
<td>98%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Azienda Sanitaria Unica Regionale Ancona</td>
<td>Ancona</td>
<td>1569578</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>Asl L'A</td>
<td>Ch</td>
<td>320074</td>
<td>960</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To1</td>
<td>Torino</td>
<td>489242</td>
<td>1820</td>
<td>1468</td>
<td>124%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>U.O.C.P. – Asl To2 Nord</td>
<td>To</td>
<td>600000</td>
<td>721</td>
<td>1800</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 3</td>
<td>Torino</td>
<td>582823</td>
<td>1574</td>
<td>1748</td>
<td>90%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 4</td>
<td>Torino</td>
<td>510198</td>
<td>1322</td>
<td>1351</td>
<td>86%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl To 5</td>
<td>To</td>
<td>305427</td>
<td></td>
<td>916</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl ’VC’</td>
<td>Vc</td>
<td>177837</td>
<td>630</td>
<td>534</td>
<td>118%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Biella</td>
<td>Bi</td>
<td>178045</td>
<td>620</td>
<td>534</td>
<td>116%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Az. San. Locale Novara</td>
<td>No</td>
<td>34985</td>
<td>916</td>
<td>1032</td>
<td>91%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Cn1</td>
<td>Cuneo</td>
<td>415885</td>
<td>1238</td>
<td>1248</td>
<td>99%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Cn2Alba Bra</td>
<td>Cuneo</td>
<td>160939</td>
<td>481</td>
<td>507</td>
<td>92%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Ac</td>
<td>Ac</td>
<td>207601</td>
<td>643</td>
<td>623</td>
<td>103%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asl Al</td>
<td>Alessandria</td>
<td>421421</td>
<td>1630</td>
<td>1264</td>
<td>129%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Azienda San.Bar. Dell’ Alto Adige Bolzano</td>
<td>Bolzano</td>
<td>498857</td>
<td></td>
<td>1497</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Prov. Per i Servizi Sanitari</td>
<td>Trento</td>
<td>519800</td>
<td></td>
<td>1559</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Sanitaria Loc. Br</td>
<td>Brindisi</td>
<td>402985</td>
<td></td>
<td>1209</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Fg3</td>
<td>Foggia</td>
<td>151000</td>
<td></td>
<td>453</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Provinciale Di BARI</td>
<td>Bari</td>
<td>1248000</td>
<td>2761</td>
<td>3744</td>
<td>74%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Bar</td>
<td>Bt</td>
<td>94350</td>
<td></td>
<td>383</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Ta</td>
<td>Taranto</td>
<td>580481</td>
<td>1290</td>
<td>1741</td>
<td>74%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Asl Leccese</td>
<td>Le</td>
<td>808939</td>
<td>2073</td>
<td>2427</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 1 Ss</td>
<td>Sassari</td>
<td>334656</td>
<td></td>
<td>1004</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 2 Olbia</td>
<td>Ot</td>
<td>154319</td>
<td>264</td>
<td>463</td>
<td>57%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl Nuoro</td>
<td>Nuoro</td>
<td>161444</td>
<td></td>
<td>484</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 4</td>
<td>Ogliastro</td>
<td>58000</td>
<td>180</td>
<td>174</td>
<td>103%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl N. 5</td>
<td>Otranto</td>
<td>90</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl Sard</td>
<td>Sardoni-Villasca</td>
<td>103496</td>
<td></td>
<td>310</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl 7 Carbonia</td>
<td>Carbonia-Iglesias</td>
<td>130555</td>
<td></td>
<td>392</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Asl Cagliari</td>
<td>Cagliari</td>
<td>557625</td>
<td>1300</td>
<td>1673</td>
<td>78%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Cc</td>
<td>Catania</td>
<td>1077395</td>
<td></td>
<td>3232</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda Sanitaria Provinciale Messina</td>
<td>Messina</td>
<td>654601</td>
<td></td>
<td>1964</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Palermo</td>
<td>Pa</td>
<td>1239272</td>
<td></td>
<td>3718</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Ragusa (Az. San. Prov.)</td>
<td>Rg</td>
<td>312983</td>
<td>717</td>
<td>942</td>
<td>76%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Asp Np Trapani</td>
<td>Trapani</td>
<td>455974</td>
<td>924</td>
<td>1308</td>
<td>71%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda San. Provinciale Enna</td>
<td>En</td>
<td>176947</td>
<td></td>
<td>513</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Azienda San. Prov.B – Siracusa</td>
<td>Siracusa</td>
<td>400764</td>
<td>885</td>
<td>1202</td>
<td>74%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bacino utenza (residenti), numero di malati deceduti per malattia oncologica nella Asl e suo valore atteso, per singola Asl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Denominazione Asl</th>
<th>Provincia</th>
<th>Totale residenti dichiarati dalle Asl</th>
<th>N° atteso deceduti Asl per tumore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P.N. 2</td>
<td>Catania</td>
<td>272570</td>
<td>818</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>A.S.P.N. 2</td>
<td>Agrigento</td>
<td>445000</td>
<td>1335</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 2 Lucca</td>
<td>Lucca</td>
<td>186927</td>
<td>561</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 3 Pisa</td>
<td>Pisa</td>
<td>331537</td>
<td>995</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl N.6 Livorno</td>
<td>Livorno</td>
<td>161127</td>
<td>531</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 7 Siena</td>
<td>Siena</td>
<td>269472</td>
<td>808</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 8 Arezzo</td>
<td>Arezzo</td>
<td>342367</td>
<td>1015</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 9 Grosseto</td>
<td>Grosseto</td>
<td>226588</td>
<td>759</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda San. Firenze Fi</td>
<td>Firenze</td>
<td>813429</td>
<td>2500</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 11 Firenze</td>
<td>Firenze</td>
<td>236809</td>
<td>870</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Azienda Usl 12 Lucca</td>
<td>Lucca</td>
<td>160000</td>
<td>490</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Azienda Usl 1 Umbria Perugia</td>
<td>Perugia</td>
<td>133436</td>
<td>408</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Azienda Usl N.2 Pz</td>
<td>Pz</td>
<td>362915</td>
<td>1012</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Azienda Usl 3 Pz</td>
<td>Pz</td>
<td>159832</td>
<td>464</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Azienda Usl 4 Pz</td>
<td>Pz</td>
<td>232540</td>
<td>698</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Azienda Usl 1 Valle d’Aosta</td>
<td>Aosta</td>
<td>127065</td>
<td>359</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 1 Belluno</td>
<td>Belluno</td>
<td>129410</td>
<td>436</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 2 Belluno</td>
<td>Belluno</td>
<td>84740</td>
<td>294</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls N. 3 Vicenza</td>
<td>Vicenza</td>
<td>178662</td>
<td>442</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 4 Alto Vicentino</td>
<td>Vicenza</td>
<td>187707</td>
<td>489</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 7 Treviso</td>
<td>Treviso</td>
<td>215357</td>
<td>562</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls N. 8 Treviso</td>
<td>Treviso</td>
<td>249314</td>
<td>427</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls N.10 “Veneto Orientale”</td>
<td>Venezia</td>
<td>213985</td>
<td>709</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 12 Veneziana</td>
<td>Venezia</td>
<td>306130</td>
<td>1130</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 13 Veneziana</td>
<td>Venezia</td>
<td>264472</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>AULSS N. 14 Ve</td>
<td>Verona</td>
<td>134211</td>
<td>365</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 15 Verona</td>
<td>Verona</td>
<td>413148</td>
<td>1239</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULS17 Padova</td>
<td>Padova</td>
<td>183335</td>
<td>527</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 18 Rovigo</td>
<td>Rovigo</td>
<td>170480</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Uls 19 Rovigo</td>
<td>Rovigo</td>
<td>74918</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 20 –Verona</td>
<td>Verona</td>
<td>470877</td>
<td>1165</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>AULSS 21 Lago di Garda (Vr)</td>
<td>Verona</td>
<td>153522</td>
<td>430</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda ULS 22 Verona</td>
<td>Verona</td>
<td>284131</td>
<td>698</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 6 Vicenza</td>
<td>Vicenza</td>
<td>316215</td>
<td>751</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Azienda Uls 15 Alto Padovano</td>
<td>Padova</td>
<td>250326</td>
<td>751</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Note

La denotazione Asl riportata nella tabella è quella indicata dai compilatori del questionario, senza alcuna modifica (dato DM 43 in Q-1).
STRUMENTI OPERATIVI Q-CENTRI (Q-2)

SEZIONI DEL QUESTIONARIO CENTRI
A Sezione anagrafica
B Dati generali sul Centro
C Centro e Organizzazioni Non Profit
D Modalità di remunerazione delle prestazioni/servizi domiciliari
E Modalità operative del Centro che eroga cure palliative
F Dati prestazionali
G Informazioni sul personale
H Formazione
I Accesso al Centro e criteri di eleggibilità
J Tempistica del percorso del paziente dalla segnalazione alle dimissioni
K Aspetti economici
L Modalità di comunicazione
M Sviluppo della rete ai sensi del DM 43 del 22/02/2007
Attenzione: i dati richiesti sono relativi all’anno 2008

GLOSSARIO PAROLE CHIAVE
ADI Assistenza Domiciliare Integrata. Modalità assistenziale caratterizzata dall’integrazione tra varie professionalità (mediche generiche e specialistiche, Infermieristiche, riabilitative e sociali) facenti riferimento al Medico di Medicina Generale come case manager ed al distretto socio-sanitario come riferimento organizzativo.
Asl Aziende Sanitarie Locali quale che sia la denominazione o l’acronimo definito dalle diverse Regioni (USL, ASUR, ULSS ecc.).
CENTRO Soggetto erogatore sanitario o socio-sanitario, pubblico o privato, profit o non profit che eroga direttamente prestazioni assistenziali domiciliari di cure palliative (cura, assistenza e supporto ai malati affetti da una patologia inguaribile in fase evolutiva con un’aspettativa di vita, di norma, inferiore a sei mesi e alle loro famiglie), attraverso le modalità elencate nella tabella al punto B-4.
Équipe specificamente dedicate Équipe che svolgono esclusivamente (o per la maggior parte del loro tempo di lavoro) cure palliative domiciliare e/o in hospice.
MCA Medico di Continuità Assistenziale (ex guardia medica).
MMG Medico di Medicina Generale. Nella presente ricerca con questo termine si intende il Medico di Famiglia.
PAI Piano di Assistenza Individuale.
Rete di cure palliative Un sistema di offerta per il malato e la famiglia durante il percorso di cura, di opportunità assistenziali differenziate, funzionalmente e organizzativamente legate a garanzia della continuità assistenziale e coordinate da un esperto in cure palliative.
### A SEZIONE ANAGRAFICA DEL CENTRO

Attenzione: se un Centro ha più sedi operative il responsabile della compilazione deve valutare se rispondere a un solo questionario o a tanti questionari quante sono le sedi. Nella seconda ipotesi è necessario però che il responsabile della compilazione sia sempre lo stesso e che abbia la certezza di avere a disposizione dati disaggregati.

Ad ogni Centro sarà assegnato un questionario a cui il responsabile della compilazione contattato potrà aggiungere, se necessario, tutti i questionari utili all’inserimento dei dati disaggregati per le diverse sedi operative.

#### A-1 Dati relativi al Centro

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asl di appartenenza:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Denominazione del Centro:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mese e anno di inizio attività:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indirizzo:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAP:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Città:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Telefono:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fax:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sito web:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A-2 Dati relativi all’Ente che ha la responsabilità legale del Centro (se diverso da A-1)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Denominazione:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indirizzo:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAP:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Città:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Provincia:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Telefono:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fax:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sito web:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A-3 Figure di riferimento

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rappresentante legale dell’Ente presso cui ha sede il Centro: Nome:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ruolo:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Direttore Sanitario dell’Ente presso cui ha sede il Centro: Nome:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cognome:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Responsabile Sanitario del Centro Nome:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cognome:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Telefono:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Responsabile della compilazione Nome:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cognome:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ruolo:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Telefono:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cellulare:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
B DATI GENERALI SUL CENTRO

B-4 Indicare la tipologia prevalente del Centro erogatore. Per centri con équipe specificamente dedicate si intendono équipe che svolgono esclusivamente (o per la maggior parte del loro orario di lavoro) cure palliative domiciliare e/o in hospice (una sola risposta. Attenzione: se all'interno di un Centro esistono più modalità erogative, il Centro deve essere selezionato in base alla sua attività erogativa prevalente.)

1. Centro ospedaliero e/o Asl e/o hospice pubblico che eroga specificamente e direttamente cure palliative domiciliari
2. Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente cure palliative domiciliari
3. Centro Asl in cui operano équipe distrettuali specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari
4. Centro Asl in cui operano équipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano cure palliative all'interno del modello ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
5. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit con équipe specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari
6. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit senza équipe specificamente dedicate alle cure palliative domiciliari

C SUPPORTO DEL VOLONTARIATO ALLE ATTIVITÀ DEL CENTRO (dati relativi al 2008)

C-5 Il Centro è supportato dall’attività di volontariato di Organizzazioni Non Profit (ONP)?
(per attività di volontariato si intende qualunque tipo di attività prestata a titolo gratuito)

Si ☐ No ☐

C-6 Se la risposta è sì indicare la ragione sociale delle ONP e la loro area di attività:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ragione sociale dell’ONP</th>
<th>Area di attività</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>comunale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

C-7 Il Centro è supportato dall’attività di volontariato non organizzato?
(attività spontanee di singoli, gruppi religiosi, studenti ecc.)

Si ☐ No ☐

C-8 Ambito di supporto dei volontari:
(Possibilità di risposta multipla)

1. attività di relazione d’aiuto al malato e ai familiari al domicilio
2. attività burocratiche amministrative
3. attività ricreative
4. attività di raccolta fondi
5. altre attività (specificare):

D MODALITÀ DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI/SERVIZI DOMICILIARI (dati relativi al 2008)

D-8 Ambito di supporto dei volontari:
(Possibilità di risposta multipla)

1. I costi sono sostenuti direttamente dalla Asl attraverso allocazione di budget
2. I costi sono sostenuti attraverso un sistema di valorizzazione tariffaria

D-9.a Nel secondo caso specificare quale e con quale importo:
(Possibilità di risposta multipla)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema di remunerazione</th>
<th>Importo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. A prestazione</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. A tariffi giornaliera omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. A tariffi mensile omnicomprensiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Ad accesso domiciliare</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Con altra modalità (specificare):</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
E-10 Il Centro utilizza una cartella/scheda clinica per la gestione delle cure palliative?

Sì [ ]
No [ ]

E-10.a Se la risposta è sì specificare se:
1 Cartacea
2 Informatizzata
3 Parzialmente informatizzata

E-11 Indicare i giorni settimanali di erogazione del servizio:
1 Da lunedì a venerdì
2 Da lunedì a sabato
3 Da lunedì a domenica

E-12 Indicare l'orario giornaliero di erogazione del servizio previsto dal lunedì al venerdì:
1 Dalle 8 alle 16
2 Dalle 8 alle 18
3 Dalle 8 alle 20

E-13 Indicare l'orario giornaliero di erogazione del servizio previsto per sabato e prefestivi:
1 Dalle 8 alle 16
2 Dalle 8 alle 18
3 Dalle 8 alle 20

E-14 Indicare l'orario giornaliero di erogazione del servizio previsto per domenica e festivi:
1 Dalle 8 alle 16
2 Dalle 8 alle 18
3 Dalle 8 alle 20

E-15 Indicare la composizione dell’équipe (tipologia delle figure professionali stabilmente presenti o che collaborano al piano assistenziale individuale) (possibilità di risposta multiplo)
1 Medico esperto in cure palliative
2 Medico di Medicina Generale (da qui in poi definito MMG)
3 Medico di Continuità Assistenziale, ex guardia medica (da qui in poi definito MCA)
4 Infermieri
5 Fisioterapista
6 Psicologo
7 Dietista
8 Operatore socio-sanitario
9 Assistente sociale
10 Volontario
11 Altro (specificare):

E-16 Il Centro garantisce la continuità assistenziale sanitaria:
Per continuità assistenziale sanitaria si intende la possibilità per il malato/familiare di contattare direttamente il centro erogatore ottenendo consulenza telefonica e/o intervento domiciliare. Non si fa riferimento al servizio di continuità assistenziale (guardia medica).

1 Per meno di 12 ore
2 Per 12 ore
3 Per 24 ore

E-17 Con quale modalità il Centro garantisce la continuità assistenziale sanitaria? (possibilità di risposta multiplo)
1 Servizio di consulenza telefonica
2 Servizio di pronta disponibilità
3 Altro (specificare)

E-17.a In caso di servizio di consulenza telefonica precisare con quale personale è garantita:
1 Medici
2 Infermieri
3 Medici e Infermieri
4 Altro (specificare)
### E-17b In caso di pronta disponibilità precisare con quale personale è garantita:

1. Medici
2. Infermieri
3. Medici e Infermieri
4. Altro (specificare)

### E-18 Il Centro fornisce direttamente presidi e ausili?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-18.a Se la risposta alla domanda E-18 è sì, presidi e ausili sono forniti dal Centro entro

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>24-48 ore</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>49-72 ore</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>4-5 giorni</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Oltre 5 giorni</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-19 Il Centro fornisce direttamente e gratuitamente farmaci ai malati?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sì solo i farmaci specifici per le cure palliative</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sì tutti i farmaci</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-19.a Se la risposta alla domanda E-19 è sì, il Centro dispone di una procedura formalizzata per la prescrizione e l’erogazione dei farmaci oppioidi?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-20 I farmaci forniti direttamente e gratuitamente ai malati vengono di norma consegnati anche a domicilio?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-21 Il rapporto tra i membri dell’équipe del Centro e i Medici di Medicina Generale del territorio è definito da uno specifico protocollo operativo formalmente approvato dall’Asl?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-22 Viene redatto un PAI (Piano di Assistenza Individuale)?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-22.a Nell’attuazione del PAI il MMG opera:

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Come unico referente medico dell’équipe</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Con la consulenza sporsiva del medico specialista in cure palliative</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>In modo integrato (consulenza frequente) con lo specialista in cure palliative</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-22.b Nell’attuazione del PAI è prevista la possibilità di passaggio in cura dal MMG ad altro medico del Centro?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### F DATI PRESTAZIONALI (dati relativi al 2008)

**Dati di attività**  
NB: il dato qui inserito è di riferimento per le successive domande

<table>
<thead>
<tr>
<th>F-23.a</th>
<th>N° totale di pazienti assistiti nel 2008</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>F-23.b</th>
<th>N° di cui &lt; di 18 anni</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**F-24 Con riferimento al numero di pazienti assistiti nel 2008 indicato nella risposta, indicare il numero dei pazienti per cui il MMG ha partecipato alla stesura del PAI**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**F-25 Sul totale dei pazienti assistiti nel 2008 (F-23.a) indicare il numero di pazienti:**

1 Con patologia oncologica  
2 Con patologia non oncologica

**F-26 Numero di pazienti per diagnosi di presa in carico nelle patologie non oncologiche:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Patologia</th>
<th>N° pazienti</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Neurologica</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Pneumologica</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 HIV</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Epatopatica</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Cardiopatica</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Altra (specificare):</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 Altra (specificare):</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**F-27 Numero totale dei pazienti assistiti e deceduti al domicilio o in altro luogo:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Luogo del decesso</th>
<th>N°</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Domicilio</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Hospice</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Altro (ospedale, RSA ecc.)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**F-28 Nel corso dell’attività domiciliare indicare il numero totale di giornate effettive di assistenza e il numero totale di giornate di cura (presa in carico):**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° totale di giornate di cura (presa in carico)</th>
<th>N° totale di giornate effettive di assistenza</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ATTENZIONE:**  
Le giornate di cura (presa in carico) sono il numero di giorni intercorrenti fra il primo giorno (1° accesso effettuato) e l’ultimo giorno di assistenza.  
Per giornata effettiva di assistenza si intende la giornata nella quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare di qualunque operatore dedicato all’assistenza. Se in una giornata vengono effettuati più accessi, si calcola come una sola giornata.  
Il n° totale delle giornate effettive di assistenza non può essere maggiore del n° totale delle giornate di cura (presa in carico).

**F-28bis Nel corso dell’attività domiciliare indicare il numero totale di giornate effettive di assistenza e il numero totale di giornate di cura (presa in carico) per i soli pazienti deceduti:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° totale di giornate di cura (presa in carico) per i soli pazienti deceduti</th>
<th>N° totale di giornate effettive di assistenza per i soli pazienti deceduti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ATTENZIONE:**  
Questa domanda è un di cui della precedente al fine di valutare la differente intensità assistenziale tra l’insieme dei malati assistiti e i malati assistiti deceduti.

**F-29 Indicare per ciascuna figura professionale il numero totale di accessi erogati nel 2008:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Figura professionale</th>
<th>N° accessi totali</th>
<th>Dato non disponibile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Medici di cure palliative</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Infermieri</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Altri operatori</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Medici di Medicina Generale</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Medici di Continuità Assistenziale</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### G INFORMAZIONI SUL PERSONALE (dati relativi al 2008)

#### G-31 Personale del Centro impegnato nell’assistenza diretta al paziente:

Indicare il numero di operatori effettivamente impegnati nell’assistenza diretta del paziente indipendentemente dalla tipologia del loro rapporto di lavoro.

Ad esempio:
- nel caso di due Infermieri a tempo pieno, indicare 2
- nel caso di un infermiere a tempo pieno e un infermiere part time, indicare 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Figura professionale</th>
<th>N°</th>
<th>Ore totali lavorate nel 2008</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Medici di cure palliative</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Infermieri</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Altri operatori</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 MMG</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 MCA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### G-32 Il Centro mette a disposizione del personale mezzi di trasporto?

- [ ] Sì
- [ ] No

#### G-33 Il Centro mette a disposizione del personale procedure di rimborso spese (chilometriche) del trasporto con mezzo proprio?

- [ ] Sì
- [ ] No

#### G-34 Il Centro mette a disposizione del personale telefoni cellulari di sua proprietà per le attività assistenziali?

- [ ] Sì
- [ ] No

#### G-35 In presenza di una équipe multi-disciplinare erogante assistenza domiciliare di cure palliative, con che frequenza avvengono le riunioni periodiche di condivisione e confronto tra tutti i componenti dell’équipe?

- [ ] Più volte a settimana
- [ ] Una volta a settimana
- [ ] Con frequenza decisa in base alle esigenze
- [ ] Mediane n° riunioni al mese (specificare)

#### G-36 In presenza di una équipe dedicata all’assistenza domiciliare di cure palliative, in che misura il MMG partecipa effettivamente alle riunioni periodiche d’équipe?

- [ ] Mai
- [ ] Raramente
- [ ] Frequentemente
- [ ] Regolarmente

<table>
<thead>
<tr>
<th>Si</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
</table>

### H FORMAZIONE (dati relativi al 2008)

#### H-37 Il Centro prevede un piano di formazione ed aggiornamento professionale ECM?

- [ ] Sì
- [ ] No

#### H-37a Se si per quali figure professionali?

(sono possibili risposte multiple)

- [ ] Medici palliativi
- [ ] MMG
- [ ] MCA
- [ ] Infermieri
- [ ] Altre figure

#### H-38 Il personale professionista e volontario operativo nel Centro ha partecipato ad attività formative specifiche nelle cure palliative prima di essere inserito nell’équipe?

- [ ] Sì
- [ ] No
## ACCESSO AL CENTRO E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ (dati relativi al 2008)

**I-39** La presa in carico del malato al domicilio è generalmente preceduta da un colloquio con i famigliari?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**I-40** Da chi sono inviati al Centro i pazienti? Indicare il numero di pazienti, assistiti nel 2008, inviati al Centro da ciascun soggetto.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soggetto</th>
<th>N°</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Medico di Medicina Generale</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Medico specialista/reparto ospedaliero</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Operatore sanitario nel Distretto Asl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Operatore di Struttura socio-sanitaria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Inviante non noto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Altro (specificare):</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ATTENZIONE:**
È probabile che alcuni dei pazienti assistiti nel corso del 2008 siano stati presi in carico in periodi precedenti il 1 gennaio 2008. Al fine di rispondere correttamente alla domanda occorre contare anche questi pazienti, in modo tale da mantenere la coerenza con la risposta data alla domanda F-23.a

## TEMPISTICA DEL PERCORSO PAZIENTE DALLA SEGNALAZIONE ALLA DIMISSIONE (dati relativi al 2008)

**J-41** Indicare il numero di pazienti assistiti nel 2008 rispetto al momento della segnalazione.
Il totale dovrà corrispondere al valore indicato nella risposta F-23.a

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tempistica</th>
<th>N° pazienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Entro 24 ore dalla segnalazione</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Tra 25 e 48 ore dalla segnalazione</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Tra 49 e 72 ore dalla segnalazione</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Oltre le 72 ore dalla segnalazione</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Momento della segnalazione non noto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 Totale attivazioni</td>
<td>Non compilare viene calcolato automaticamente</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**J-42** Indicare il numero di malati assistiti nel 2008 per giorni di presa in carico.
Il totale dovrà corrispondere al valore indicato nella risposta F-23.a

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durata della presa in carico</th>
<th>N° pazienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 0-7 giorni</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 8-30 giorni</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 31-60 giorni</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 61-90 giorni</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Oltre 90 giorni</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**J-43** Esiste una lista d’attesa, dopo la valutazione di eleggibilità, per la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare superiore alle 72 ore?

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### K ASPETTI ECONOMICI (dati relativi al 2008)

**K-44** Nel Centro è utilizzato un sistema di contabilità analitica per centri di costo, con uno specifico per le cure palliative domiciliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sì</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
</table>

**K-44.a** Se la risposta alla domanda K-44 è sì, è in grado di fornire il costo totale annuo per le cure palliative domiciliari (2008)?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sì</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
</table>

**K-44.b** Se la risposta alla domanda K-44.a è sì si indicare:

1. **Costo totale annuo** €
2. di cui per il personale (dipendenti, a contratto, in consulenza, con borse di studio ecc...) €

**K-44.c** Se la risposta alla domanda K-44.a è sì si precisare:

(sono possibili risposte multiple)

1. Sono compresi i farmaci
2. Sono compresi dispositivi, ausili, presidi, altro materiale sanitario
3. Sono esclusi farmaci
4. Sono esclusi ausili, presidi, altro materiale sanitario

**K-45** In che misura (%) viene coperto il fabbisogno finanziario annuo complessivo del Centro?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo di copertura</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Copertura da parte del SSN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Copertura da parte degli Enti locali o altri Soggetti Pubblici</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Copertura da parte di Organizzazioni Non Profit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Raccolta fondi/donazioni</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Capitale proprio</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Altro (specificare)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 TOTALE</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### L MODALITÀ DI COMUNICAZIONE (dati relativi al 2008)

**L-46** Il Centro dispone di:
(possibile risposta multipla)

1. **Carta dei servizi**
2. **Sito web**
3. **Brochure cartacea**
4. **Sportelli/banchetti**
5. Altro (specificare):
In queste tabelle sono riportati alcuni standard che dovrebbero essere raggiunti per la realizzazione della rete delle cure palliative in riferimento agli 8 indicatori di cui al Decreto Ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007. Regolamento recante: “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”).

Si richiede al Centro, per la completezza della ricerca, di completare le tabelle sottostanti (per la compilazione si veda la pagina seguente)

### M-47 Standard quantitativi e qualitativi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicatori descrizione</th>
<th>Valore rilevato</th>
<th>Valore standard</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore e assistiti dal Centro</td>
<td></td>
<td>Il valore standard verrà calcolato in fase di elaborazione dei dati aggregando i dati di tutti i Centri operanti nella provincia.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### M-48 Standard quantitativi e qualitativi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicatori descrizione</th>
<th>Dati del numeratore</th>
<th>Dati del denominatore</th>
<th>Valore rilevato</th>
<th>Valore standard</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Numero dei malati (con assistenza conclusa) nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l’inizio della presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 giorni</td>
<td></td>
<td></td>
<td>≥ 80%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di malati presi in carico a domicilio e con assistenza conclusa.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Non compilare questa casella; il dato viene calcolato automaticamente.

### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI (continua da pag. 68)

Si descrivono, di seguito, gli indicatori, le modalità di calcolo ed i valori standard individuati per ciascun indicatore, con alcune avvertenze di carattere generale:

c) Gli standard riportati nelle domande M-47 e 48 sono da intendersi come requisiti minimi (ovvero come valori minimi accettabili) delle attività delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali in età adulta e pediatrica.

d) Gli standard indicati sono stati definiti con esclusivo riferimento ai malati oncologici in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento esperienziale e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al DM 28 settembre 1999 e all’Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2001, che le cure palliative sono rivolte ai malati inguaribili in fase avanzata e terminale indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.).

e) Il numero di malati deceduti per malattia oncologica è sempre calcolato sulla media dei deceduti per malattia oncologica rilevati nel triennio precedente alla rilevazione in ciascuna Regione.

### INDICATORI E STANDARD

**Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): ≥ 55 giorni x (valore standard n. 01 - 20%)**

Descrizione e significato

L’indicatore esprime il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell’equipe di cure palliative domiciliari operante nelle Asl. L’obiettivo dello standard è quello di assicurare un’adeguata presenza dell’equipe al domicilio dell’assistito. Per definire lo standard si considera il valore soglia dell’indicatore n.1 (65% del numero di morti per cancro) cui va sottratto il 20% assistito in hospice (secondo gli indici programmatici di cui alle Linee Guida Conferenza Unificata 2001- G.U. 14.05.2001). Il risultato viene moltiplicato per 55 gg, che rappresentano un valore...
medio di durata delle cure palliative domiciliari, ritenuto congruo sulla base delle esperienze pluriennali regionali in atto. Nel periodo di assistenza domiciliare i dati di letteratura indicano appropriato un Coefficiente di Intensità Assistenziale $\geq 50$ [il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) è il rapporto tra giornate “effettive di assistenza o assistenza domiciliare attiva” (n. di giorni con almeno un accesso domiciliare) e la durata del piano di cura domiciliare (n. di giorni di assistenza fra presa in carico e decesso/dimissione)].

**Esempio**
Asl con 100.000 residenti e tasso di mortalità per cancro di 300 morti ogni anno. $[195 \times 55 = 8.580$ giornate di assistenza]

**Livello di applicazione**
Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione.

**Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l’inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: $\geq 80\%$.**

**Descrizione e significato**
Percentuale dei malati presi in carico a domicilio per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. S’intende per presa in carico del malato la data di primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell’équipe di cure palliative. S’intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte del Centro della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall’ospedale, per data di segnalazione s’intende la data di dimissione dall’ospedale. L’obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività dell’intervento degli operatori al domicilio dell’assistito, considerato che l’avvio tempestivo della palliazione è fondamentale in una condizione di terminalità.

**Livello di applicazione**
Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione.
### Tabelle Analitiche Q-Centri (Q-2)

**Centri che hanno risposto al Q-2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risposta</th>
<th>N° Centri</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ha erogato cure palliative nel 2008</td>
<td>312</td>
<td>82.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ha iniziato ad erogare cure palliative dopo il 2008</td>
<td>26</td>
<td>6.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ha smesso di erogare cure palliative prima del 2008</td>
<td>3</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Non ha mai erogato cure palliative</td>
<td>28</td>
<td>7.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Questionario completamente incompleto</td>
<td>10</td>
<td>2.6%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale complessivo</strong></td>
<td><strong>379</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Risposta Centri al Q-2 per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Erogazione CP nel 2008 (col 1)</th>
<th>% (col 1)</th>
<th>Erogazione CP dopo il 2008</th>
<th>Erogazione CP cessata prima del 2008</th>
<th>Erogazione CP mai effettuata</th>
<th>Questionario incompleto</th>
<th><strong>Totale</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>8</td>
<td>2.6%</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>1.6%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>19</td>
<td>6.1%</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilie Romagna</td>
<td>40</td>
<td>12.8%</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>16</td>
<td>5.1%</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>74</td>
<td>23.7%</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>96</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>6.7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>8</td>
<td>2.6%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9</td>
<td>2.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>1.6%</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>13</td>
<td>4.2%</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16</td>
<td>5.1%</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0.6%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>19</td>
<td>6.1%</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>312</strong></td>
<td><strong>100.0%</strong></td>
<td><strong>26</strong></td>
<td><strong>3</strong></td>
<td><strong>28</strong></td>
<td><strong>10</strong></td>
<td><strong>379</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

L’analisi del Q-2 viene svolta sui 312 Centri che hanno erogato cure palliative nel 2008.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Etichetta ITEM</th>
<th>N° risposte valide (N° Centri = 312)</th>
<th>N° missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A-1 Dati anagrafici Centro</td>
<td>312</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>A-1 Anno</td>
<td>295</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>A-1 Data Centro</td>
<td>295</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>A-1 Provincia</td>
<td>312</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>A-1 Regione</td>
<td>312</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B-4 Tipologia del Centro erogatore</td>
<td>311</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>C-5 Organizzazioni non profit</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>C-6 Area attività</td>
<td>189</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>C-7 Attivita di volontariato</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>D-8 Modalità di remunerazione</td>
<td>308</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>D-9a Tipologia di remunerazione</td>
<td>72 su 81</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>E-10 Cartella clinica</td>
<td>307</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>E-11 Giornate di erogazione</td>
<td>307</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>E-12 Orario di erogazione</td>
<td>297</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>E-13 Orario di erogazione</td>
<td>253</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>E-14 Orario di erogazione</td>
<td>198</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>E-15 Composizione dell’equipe</td>
<td>301</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>E-16 Continuità assistenziale</td>
<td>299</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>E-17 Modalità di continuità assistenziale</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E-18 Presidi e ausili</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E-18.a Dati di attività totale pazienti assistiti</td>
<td>180 su 180</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>E-19 Farmaci</td>
<td>302</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>E-19.a Farmaci a domicilio</td>
<td>194 su 194</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>E-21 Equipe protocollo</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E-22. Previsione di un PAI</td>
<td>309</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E-22.a E-22.b Paz e MMG</td>
<td>270 su 270</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>F-23.a Dati di attività totale pazienti assistiti</td>
<td>286</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>F-23.b Dati di attività di cui minori</td>
<td>264</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>F-24 Numero MMG</td>
<td>167</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>F-25 Patologia</td>
<td>218</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Patologie non oncologiche</td>
<td>91</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Luogo decesso</td>
<td>185</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28 N. totale di giornate di cura press in carico</td>
<td>187</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28 N. totale di giornate effettive di assistenza</td>
<td>187</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28bis solo pazienti deceduti</td>
<td>94</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>F-29 Accessi per figura</td>
<td>246</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>G-31 Personale impegnato nell’assistenza diretta</td>
<td>276</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>G-31 O ore lavorate CP</td>
<td>161</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>G-31 Ore lavorate INF</td>
<td>170</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>G-32 Mezzi di trasporto, G-33 Rimborso spese, G-34 Cellulari</td>
<td>304</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>G-35 Riunioni</td>
<td>264</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>G-36 Partecipazione MMG</td>
<td>286</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>H-37 Piano di aggiornamento personale</td>
<td>303</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>H-38 Formazione precedente</td>
<td>303</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>I-39 Colloquio prima della presa in carico</td>
<td>304</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>I-40 Personale che invia il paziente al Centro</td>
<td>224</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>I-41 Assistenza dalla segnalazione</td>
<td>203</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>I-42 Durata della press in carico</td>
<td>237</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>I-43 Lista attesa</td>
<td>304</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>K-44 Centro di costo cure palliative domiciliari</td>
<td>303</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>K-44.a Cono o costi</td>
<td>87 su 88</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>K-44.b Costo totale annuo</td>
<td>48 su 50</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>K-45 Copertura fabbisogno economico</td>
<td>265</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>L-46 Comunicazione del Centro</td>
<td>301</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>M-47 Numero annuo di giornate CP erogate</td>
<td>168</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>M-48 Numero dei malati tempor-3 gg</td>
<td>154</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>M-49 Numero di malati in carico con assistenza conclusa</td>
<td>154</td>
<td>158</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Anno di inizio attività del Centro erogatore (erogatori di CP domiciliari anno 2008)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anno</th>
<th>N° Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1949</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1981</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1982</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1983</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1987</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>1996</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>34*</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>312</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*di cui 13 centri hanno erogato CP domiciliari per meno di 12 mesi
(Tali Centri coprono meno dell’1% del totale di pazienti assistiti ne’2008 F-23.a)

### SEZIONE B - DATI GENERALI SUL CENTRO

#### TIPO di CENTRI EROGATORI

1. Centro ospedaliero e/o Asl e/o hospice pubblico che eroga specificamente e direttamente Cure Palliative Domiciliari
2. Centro ospedaliero e/o hospice privato che eroga specificamente e direttamente Cure Palliative Domiciliari
3. Centro Asl in cui operano equipe distrettuali specificamente dedicate alle Cure Palliative Domiciliari
4. Centro Asl in cui operano equipe distrettuali non specificamente dedicate che erogano cure palliative all’interno del modello ADI
5. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit con equipe specificamente dedicate alle Cure Palliative Domiciliari
6. Centro erogatore accreditato/convenzionato privato profit/non profit senza equipe specificamente dedicate alle Cure Palliative Domiciliari

#### Tipologia dei centri (Tipo)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>Missing</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° centri</td>
<td>60</td>
<td>8</td>
<td>21</td>
<td>120</td>
<td>78</td>
<td>24</td>
<td>1</td>
<td>312</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>19.2%</td>
<td>2.6%</td>
<td>6.7%</td>
<td>38.5%</td>
<td>25.0%</td>
<td>7.7%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tipologia dei Centri (Tipo) per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>Missing</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% tipo 4 su totale Centri</th>
<th>% tipo 4+6 totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>8</td>
<td>75.0%</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>20.0%</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
<td>69.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>63.2%</td>
<td>63.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>2</td>
<td>34</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>40</td>
<td>85.0%</td>
<td>85.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>14</td>
<td>57.1%</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>31.3%</td>
<td>31.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>28</td>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td>73</td>
<td>12.3%</td>
<td>41.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>15.4%</td>
<td>15.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>19.0%</td>
<td>19.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>8</td>
<td>62.3%</td>
<td>62.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>7.7%</td>
<td>15.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>11</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>25.0%</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>36.8%</td>
<td>42.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>60</td>
<td>8</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>78</td>
<td>24</td>
<td></td>
<td>312</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% Tipologia (non missing) 19.3 2.5 6.8 38.6 25.1 7.7 100.0

*Centri Asl in cui opera equipe distrett. non spec. dedicate che erogano CP all’interno modello ADI

NB: sul totale dei Centri, di 311 Centri si conosce la Tipologia Nature dei centri (su 311 centri con risposte non missing)
21.8% = Centri dedicati all’erogazione diretta di cure palliative domiciliari (Tipo 1 e 2);
31.9% = Centri Asl di cure domiciliari che dispongono di equipe distrettuali, o di provider privati accreditati, specificamente dedicate (Tipo 3 e 5);
46.3% = Centri che non dispongono di equipe dedicate (Tipo 4 e 6).

### Presenza di equipe specificamente dedicate, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Con equipe spec. dedicate</th>
<th>Senza equipe spec. dedicate</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri con equipe dedicate</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>30.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>36.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>6</td>
<td>34</td>
<td>40</td>
<td>15.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>42.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>68.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>43</td>
<td>30</td>
<td>73</td>
<td>58.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>11</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>84.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>17</td>
<td>4</td>
<td>21</td>
<td>81.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr. Aut. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr. Aut. Trento</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>19</td>
<td>57.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>167</td>
<td>144</td>
<td>311</td>
<td>53.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% totale 51.7% 46.3% 100.0%

*Pubblico-Privato
Il 64.6% = Centri di tipo “pubblico” (167 su 251), il 35.4% = Centri di tipo “privato” (144 su 410).
**SEZIONE C: CENTRO E ORGANIZZAZIONI NON PROFIT**

C-5 Il Centro è supportato dall’attività di volontariato di Organizzazioni non profit (ONP)?

<table>
<thead>
<tr>
<th>C-5</th>
<th>N° centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>179</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>130</td>
<td>42%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>106</td>
<td>37</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>73</td>
<td>93</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>179</td>
<td>130</td>
<td>309</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>74%</td>
<td>26%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>44%</td>
<td>56%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>58%</td>
<td>42%</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>12.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>11</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>15.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>14</td>
<td>25</td>
<td>39</td>
<td>64.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>14</td>
<td>28.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>31.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>45</td>
<td>28</td>
<td>73</td>
<td>39.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>61.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>21</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>88.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>16</td>
<td>62.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>13</td>
<td>6</td>
<td>19</td>
<td>31.6%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>179</td>
<td>130</td>
<td>309</td>
<td>42.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C-6 Se il Centro è supportato da ONP, indicare la loro area di attività:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area di attività</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Comunale</td>
<td>49</td>
<td>25.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Su più Comuni</td>
<td>84</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Provinciale</td>
<td>56</td>
<td>29.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>123</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Area di attività per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Comunale</th>
<th>Su più Comuni</th>
<th>Provinciale</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>7</td>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>65</td>
<td>35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>49</td>
<td>84</td>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % Area di attività entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Comunale</th>
<th>Su più Comuni</th>
<th>Provinciale</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>14.9%</td>
<td>40.4%</td>
<td>44.7%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>29.6%</td>
<td>45.8%</td>
<td>24.6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>25.9%</td>
<td>44.4%</td>
<td>29.6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Area di attività per Regione e % entro-Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% entro-Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Comunale</td>
<td>Su più Comuni</td>
<td>Provinciale</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>8</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>49</td>
<td>84</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C-7 Il Centro è supportato dall’attività di Volontariato non organizzato!

<table>
<thead>
<tr>
<th>C-7</th>
<th>N° centri</th>
<th>%non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>253</td>
<td>82%</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>56</td>
<td>18%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo Centro e % entro Centro

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Si</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% Si entro tipologia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>19</td>
<td>143</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>37</td>
<td>166</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>56</td>
<td>309</td>
<td>18%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione e % entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>38</td>
<td>1</td>
<td>39</td>
<td>2.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>14</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>13</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>18.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>63</td>
<td>10</td>
<td>73</td>
<td>14.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>38.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>20</td>
<td>1</td>
<td>21</td>
<td>4.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>12.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>22.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
<td>41.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>14</td>
<td>5</td>
<td>19</td>
<td>26.3%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>253</td>
<td>56</td>
<td>309</td>
<td>18.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### C-8 Ambito e attività di supporto dei Volontari:

<table>
<thead>
<tr>
<th>C-8</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% su 56 Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Attività di relazione d’aiuto al malato e ai familiari al domicilio</td>
<td>47</td>
<td>83.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Attività burocratiche amministrative</td>
<td>23</td>
<td>41.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Attività ricreative</td>
<td>22</td>
<td>39.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Attività di raccolta fondi</td>
<td>27</td>
<td>48.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altre attività</td>
<td>11</td>
<td>19.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE D: MODALITÀ DI REMUNERAZIONE PRESTAZIONI/SERVIZI DOMICILIARI

#### D-9 Modalità di remunerazione dell’attività di cure palliative domiciliari del Centro:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dirett. dalla Asl (allocazione di budget)</th>
<th>Sistema di valorizzazione tariffaria</th>
<th>Entrambe</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>119</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>89</td>
<td>55</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>208</td>
<td>67</td>
<td>14</td>
<td>19</td>
<td>308</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % D-9 su totale Centri, per tipo:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dirett. dalla Asl (allocazione di budget)</th>
<th>Sistema di valorizzazione tariffaria</th>
<th>Entrambe</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>83.8%</td>
<td>8.5%</td>
<td>4.2%</td>
<td>3.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>53.9%</td>
<td>33.3%</td>
<td>4.8%</td>
<td>7.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### D-9 Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dirett. dalla Asl (allocazione di budget)</th>
<th>Sistema di valorizzazione tariffaria</th>
<th>Entrambe</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>14</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>36</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>40</td>
<td>22</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>16</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>208</td>
<td>67</td>
<td>14</td>
<td>19</td>
<td>308</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## D-9 percentuali entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Dirett. dalla Asl (allocazione di budget)</th>
<th>Sistema di valorizz. tariffaria</th>
<th>Entrambe</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>57.1%</td>
<td>42.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>60.0%</td>
<td>20.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>20.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>76.9%</td>
<td>23.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>77.8%</td>
<td>11.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>11.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>90.0%</td>
<td>7.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>2.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>92.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>7.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>43.8%</td>
<td>56.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>66.7%</td>
<td>33.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>54.8%</td>
<td>30.1%</td>
<td>12.3%</td>
<td>2.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>46.2%</td>
<td>23.1%</td>
<td>7.7%</td>
<td>23.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>66.7%</td>
<td>0.0%</td>
<td>33.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>71.4%</td>
<td>23.8%</td>
<td>4.8%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>100.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>100.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>11.1%</td>
<td>22.2%</td>
<td>11.1%</td>
<td>55.6%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>80.0%</td>
<td>20.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>33.3%</td>
<td>58.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>8.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>81.3%</td>
<td>12.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>6.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>83.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>16.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td>5.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>84.2%</td>
<td>5.3%</td>
<td>5.3%</td>
<td>5.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>67.5%</strong></td>
<td><strong>21.8%</strong></td>
<td><strong>4.5%</strong></td>
<td><strong>6.2%</strong></td>
<td><strong>100.0%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## D-9.a Nel caso valorizzazione tariffaria, specificare quale

<table>
<thead>
<tr>
<th>D-9.a</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>% su 81 Centri che prevedono val. tariff.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A prestazione</td>
<td>13</td>
<td>20.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffe giornaliera omnicomprensiva</td>
<td>26</td>
<td>36.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>A tariffi mensile omnicomprensiva</td>
<td>11</td>
<td>15.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>A caso clinico omnicomprensivo</td>
<td>13</td>
<td>18.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ad accesso domiciliare</td>
<td>5</td>
<td>6.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dato non disponibile</td>
<td>2</td>
<td>2.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE E: MODALITÀ OPERATIVE DEL CENTRO CHE EROGA CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

#### E-10 Il Centro utilizza una cartella/scheda clinica per la gestione delle CP domiciliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>16</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>291</td>
<td>95%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>N°</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>14</td>
<td>126</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>2</td>
<td>165</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>16</td>
<td>291</td>
<td>307</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>100%</td>
<td>90%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>1%</td>
<td>99%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>5%</td>
<td>95%</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione e % entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
<td>18</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>2</td>
<td>38</td>
<td>40</td>
<td>95.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>76.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>93.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>1</td>
<td>71</td>
<td>72</td>
<td>98.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>0</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
<td>16</td>
<td>87.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>16</td>
<td>291</td>
<td>307</td>
<td>94.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### E-10.a Se il Centro utilizza una cartella/scheda clinica specificare (+ risposte)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cartacea</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su 291 Centri che prevedono cartella</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cartacea</td>
<td>194</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>Informatizzata</td>
<td>17</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Parzialmente informatizzata</td>
<td>80</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>21</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E-11 Indicare i giorni settimanali di erogazione del servizio:

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-11</th>
<th>N° centri</th>
<th>%non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Da lunedì a domenica</td>
<td>213</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Da lunedì a sabato</td>
<td>60</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Da lunedì a venerdì</td>
<td>34</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Da lunedì a domenica</th>
<th>Da lunedì a sabato</th>
<th>Da lunedì a venerdì</th>
<th>Totale</th>
<th>Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>98</td>
<td>29</td>
<td>14</td>
<td>141</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>115</td>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>166</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>213</td>
<td>60</td>
<td>34</td>
<td>307</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>% entro tipo</th>
<th>Da lunedì a domenica</th>
<th>Da lunedì a sabato</th>
<th>Da lunedì a venerdì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>70%</td>
<td>20%</td>
<td>10%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>69%</td>
<td>19%</td>
<td>12%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>69%</td>
<td>20%</td>
<td>11%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione e % entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Lun-dom</th>
<th>Lun-sab</th>
<th>Lun-ven</th>
<th>Totale</th>
<th>% Lun-dom</th>
<th>% Lun-sab</th>
<th>% Lun-ven</th>
<th>% Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>43%</td>
<td>43%</td>
<td>14%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>100%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>23%</td>
<td>46%</td>
<td>31%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>29%</td>
<td>59%</td>
<td>12%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>39</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>98%</td>
<td>3%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>69%</td>
<td>15%</td>
<td>15%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
<td>63%</td>
<td>25%</td>
<td>13%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>83%</td>
<td>17%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>62</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>73</td>
<td>85%</td>
<td>10%</td>
<td>5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>62%</td>
<td>31%</td>
<td>8%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>33%</td>
<td>67%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>21</td>
<td>67%</td>
<td>5%</td>
<td>29%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>100%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>100%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>44%</td>
<td>22%</td>
<td>33%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>40%</td>
<td>40%</td>
<td>20%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>83%</td>
<td>17%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
<td>56%</td>
<td>38%</td>
<td>6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>33%</td>
<td>67%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50%</td>
<td>0%</td>
<td>50%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>19</td>
<td>58%</td>
<td>16%</td>
<td>26%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>213</td>
<td>60</td>
<td>34</td>
<td>307</td>
<td>69%</td>
<td>20%</td>
<td>11%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E-12 Indicare l’orario giornaliero di erogazione del servizio previsto dal lunedì al venerdì:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>26</td>
<td>17</td>
<td>94</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>27</td>
<td>11</td>
<td>122</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>53</td>
<td>28</td>
<td>216</td>
<td>297</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>19%</td>
<td>12%</td>
<td>69%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>17%</td>
<td>7%</td>
<td>76%</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>18%</td>
<td>9%</td>
<td>73%</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri dalle 8 alle 20</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>53%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
<td>42%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>14</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>37</td>
<td>97%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
<td>50</td>
<td>72</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>21</td>
<td>71%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>78%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>16</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>19</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>53</td>
<td>28</td>
<td>216</td>
<td>297</td>
<td>73%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**E-13 Indicare l’orario giornaliero di erogazione del servizio previsto per sabato e prefestivi:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-13</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dalle 8 alle 16</td>
<td>65</td>
<td>26%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalle 8 alle 18</td>
<td>15</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalle 8 alle 20</td>
<td>173</td>
<td>68%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>59</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>32</td>
<td>9</td>
<td>75</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>33</td>
<td>6</td>
<td>98</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>65</td>
<td>15</td>
<td>173</td>
<td>253</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>28%</td>
<td>8%</td>
<td>66%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>24%</td>
<td>4%</td>
<td>72%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>26%</td>
<td>6%</td>
<td>68%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri dalle 8 alle 20</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>42.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
<td>41.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>31</td>
<td>36</td>
<td>86.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
<td>70.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
<td>44</td>
<td>66</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
<td>70.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
<td>86.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>87.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>15</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>14</td>
<td>35.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>65</td>
<td>15</td>
<td>173</td>
<td>253</td>
<td>68.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Centri (Q-2)

#### E-14 Indicare l’orario giornaliero di erogazione del servizio previsto per domenica e festivi:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E–14</td>
<td>42</td>
<td>9</td>
<td>147</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>% non missing</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>23</td>
<td>3</td>
<td>63</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>19</td>
<td>4</td>
<td>84</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>42</td>
<td>9</td>
<td>147</td>
<td>198</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>25%</td>
<td>5%</td>
<td>69%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>18%</td>
<td>4%</td>
<td>78%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>21%</td>
<td>5%</td>
<td>74%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Dalle 8 alle 16</th>
<th>Dalle 8 alle 18</th>
<th>Dalle 8 alle 20</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri dalle 8 alle 20</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>30</td>
<td>35</td>
<td>86%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>63%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>89%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
<td>40</td>
<td>59</td>
<td>68%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>14</td>
<td>79%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>10</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>42</td>
<td>9</td>
<td>147</td>
<td>198</td>
<td>74%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### E-15 Indicare da chi è formata l’équipe (tipologia di figure professionali stabilmente presenti o che collaborano al piano assistenziale individuale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>E–15</th>
<th>N° Centri che segnalano tale figura</th>
<th>% su totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medico esperto in cure palliative</td>
<td>261</td>
<td>83.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medico di Medicina Generale</td>
<td>204</td>
<td>65.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medico di Continuità Assistenziale</td>
<td>63</td>
<td>20.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermiere</td>
<td>301</td>
<td>96.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Fisioterapista</td>
<td>169</td>
<td>54.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Psicologo</td>
<td>199</td>
<td>63.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dietista</td>
<td>24</td>
<td>7.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Operatore socio-sanitario</td>
<td>142</td>
<td>45.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Assistente sociale</td>
<td>146</td>
<td>46.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Volontario</td>
<td>105</td>
<td>33.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dato non disponibile</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### N° e % Centri che prevedono figure professionali nell’equipe (e per tipologia)

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-15</th>
<th>Centri senza equipe dedicata che segnalano tale figura</th>
<th>Centri con equipe dedicata che segnalano tale figura</th>
<th>% su Centri non dedicati</th>
<th>% su Centri dedicati</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medico esperto in cure palliative</td>
<td>101</td>
<td>160</td>
<td>70.1%</td>
<td>85.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medico di Medicina Generale</td>
<td>128</td>
<td>76</td>
<td>88.9%</td>
<td>43.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medico di Continuità Assistenziale</td>
<td>45</td>
<td>18</td>
<td>31.3%</td>
<td>10.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermiere</td>
<td>140</td>
<td>161</td>
<td>97.2%</td>
<td>96.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Fisioterapista</td>
<td>88</td>
<td>81</td>
<td>61.1%</td>
<td>48.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Psicologo</td>
<td>67</td>
<td>132</td>
<td>46.5%</td>
<td>79.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dietista</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>8.3%</td>
<td>7.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Operatore socio-sanitario</td>
<td>77</td>
<td>65</td>
<td>53.5%</td>
<td>38.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Assistente sociale</td>
<td>83</td>
<td>63</td>
<td>57.6%</td>
<td>37.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Volontario</td>
<td>22</td>
<td>83</td>
<td>15.3%</td>
<td>49.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### N° Centri che prevedono figure nell’équipe, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medico CP</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>INF</th>
<th>Fisioterapista</th>
<th>Psicologo</th>
<th>Dietista</th>
<th>Op. Socio Sanitario</th>
<th>Ass. sociale</th>
<th>Centri esistenti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>.</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>.</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>.</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>34</td>
<td>36</td>
<td>28</td>
<td>39</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>4</td>
<td>28</td>
<td>32</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>13</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>.</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>58</td>
<td>42</td>
<td>4</td>
<td>72</td>
<td>57</td>
<td>61</td>
<td>2</td>
<td>53</td>
<td>27</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>13</td>
<td>4</td>
<td>.</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>14</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
<td>5</td>
<td>14</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>.</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>.</td>
<td>9</td>
<td>.</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>.</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>.</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>.</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>.</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>261</strong></td>
<td><strong>204</strong></td>
<td><strong>63</strong></td>
<td><strong>301</strong></td>
<td><strong>169</strong></td>
<td><strong>199</strong></td>
<td><strong>24</strong></td>
<td><strong>142</strong></td>
<td><strong>146</strong></td>
<td><strong>312</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Centi (Q-2)

#### % Centri che prevedono figure nell’equipe su totale centri esistenti, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medico CP</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>INF</th>
<th>Fisioterapista</th>
<th>Psicologo</th>
<th>Dietista</th>
<th>Op. Socio Sanitario</th>
<th>Ass. sociale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>63%</td>
<td>50%</td>
<td>13%</td>
<td>88%</td>
<td>25%</td>
<td>38%</td>
<td>38%</td>
<td>0</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>40.0%</td>
<td>60.0%</td>
<td></td>
<td>80.0%</td>
<td>40.0%</td>
<td>60.0%</td>
<td>20.0%</td>
<td></td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>92%</td>
<td>69%</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
<td>77%</td>
<td>38%</td>
<td>0</td>
<td>23%</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>53%</td>
<td>63%</td>
<td>0</td>
<td>95%</td>
<td>79%</td>
<td>42%</td>
<td>5%</td>
<td>32%</td>
<td>47%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilie R.</td>
<td>85%</td>
<td>90%</td>
<td>70%</td>
<td>98%</td>
<td>53%</td>
<td>55%</td>
<td>10%</td>
<td>70%</td>
<td>80%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>92.9%</td>
<td>71.4%</td>
<td>21.4%</td>
<td>85.7%</td>
<td>64.3%</td>
<td>42.9%</td>
<td>7.1%</td>
<td>71.4%</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>81%</td>
<td>31%</td>
<td>6%</td>
<td>100%</td>
<td>88%</td>
<td>69%</td>
<td>6%</td>
<td>50%</td>
<td>63%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>67%</td>
<td>50%</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
<td>67%</td>
<td>33%</td>
<td>17%</td>
<td>67%</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>79.5%</td>
<td>57.5%</td>
<td>5.5%</td>
<td>98.6%</td>
<td>78.1%</td>
<td>83.6%</td>
<td>2.7%</td>
<td>72.6%</td>
<td>37.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>100%</td>
<td>31%</td>
<td>0</td>
<td>92%</td>
<td>8%</td>
<td>92%</td>
<td>8%</td>
<td>38%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>100%</td>
<td>33%</td>
<td>33%</td>
<td>100%</td>
<td>33%</td>
<td>33%</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>100%</td>
<td>67%</td>
<td>32%</td>
<td>95%</td>
<td>24%</td>
<td>67%</td>
<td>10%</td>
<td>29%</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>33%</td>
<td>100%</td>
<td>33%</td>
<td>100%</td>
<td>0</td>
<td>33%</td>
<td>67%</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>75%</td>
<td>100%</td>
<td>0</td>
<td>63%</td>
<td>13%</td>
<td>25%</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>78%</td>
<td>44%</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
<td>0</td>
<td>67%</td>
<td>0</td>
<td>22%</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>40.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>60.0%</td>
<td>40.0%</td>
<td>60.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>92%</td>
<td>46%</td>
<td>0</td>
<td>92%</td>
<td>77%</td>
<td>85%</td>
<td>0</td>
<td>23%</td>
<td>92%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>100%</td>
<td>81%</td>
<td>6%</td>
<td>94%</td>
<td>38%</td>
<td>63%</td>
<td>0</td>
<td>31%</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>67%</td>
<td>100%</td>
<td>17%</td>
<td>100%</td>
<td>50%</td>
<td>50%</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>100%</td>
<td>50%</td>
<td>50%</td>
<td>100%</td>
<td>50%</td>
<td>50%</td>
<td>0</td>
<td>50%</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>95%</td>
<td>79%</td>
<td>32%</td>
<td>95%</td>
<td>16%</td>
<td>58%</td>
<td>11%</td>
<td>16%</td>
<td>42%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>84%</td>
<td>65%</td>
<td>20%</td>
<td>96%</td>
<td>54%</td>
<td>64%</td>
<td>8%</td>
<td>46%</td>
<td>47%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## E-16 Il Centro garantisce la continuità assistenziale sanitaria:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Per tipo</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Per 24 ore</td>
<td>127</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>Per 12 ore</td>
<td>111</td>
<td>37%</td>
</tr>
<tr>
<td>Per meno di 12 ore</td>
<td>61</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Per 24 ore</th>
<th>Per 12 ore</th>
<th>Per meno di 12 ore</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>39</td>
<td>57</td>
<td>38</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>88</td>
<td>54</td>
<td>23</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>127</td>
<td>111</td>
<td>61</td>
<td>299</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Per 24 ore</th>
<th>Per 12 ore</th>
<th>Per meno di 12 ore</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>29</td>
<td>43</td>
<td>28</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>53</td>
<td>33</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>43</td>
<td>37</td>
<td>20</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Per 24 ore</th>
<th>Per 12 ore</th>
<th>Per meno di 12 ore</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Centri 24 ore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>23</td>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
<td>63%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>33</td>
<td>27</td>
<td>13</td>
<td>73</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>46%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>4</td>
<td>21</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>75%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>18</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>127</td>
<td>111</td>
<td>61</td>
<td>299</td>
<td>42%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E-17 Con quale modalità il Centro garantisce la continuità assistenziale sanitaria? (+ risposte)

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-17</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>% su 309 Centri non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Servizio di consulenza telefonica</td>
<td>200</td>
<td>64.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Servizio di pronta disponibilità</td>
<td>191</td>
<td>61.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altro</td>
<td>34</td>
<td>11.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Servizio di consulenza telefonica</th>
<th>Servizio di pronta disponibilità</th>
<th>Altro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>90</td>
<td>85</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>110</td>
<td>106</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale centri</td>
<td>200</td>
<td>191</td>
<td>34</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Servizio di consulenza telefonica</th>
<th>Servizio di pronta disponibilità</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>46.9%</td>
<td>44.3%</td>
<td>8.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>47.2%</td>
<td>45.5%</td>
<td>7.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>46.9%</td>
<td>44.3%</td>
<td>8.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % colonna

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Servizio di consulenza telefonica</th>
<th>Servizio di pronta disponibilità</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>46.9%</td>
<td>44.3%</td>
<td>8.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>47.2%</td>
<td>45.5%</td>
<td>7.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>46.9%</td>
<td>44.3%</td>
<td>8.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-17.a In caso di servizio di consulenza telefonica precisare con quale personale è garantita:

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-17.a</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% Centri che prevedono consulenza telefonica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td>45</td>
<td>23%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medici</td>
<td>29</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>Medici e Infermieri</td>
<td>115</td>
<td>57%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altro</td>
<td>10</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Medici</th>
<th>Medici e Infermieri</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>28</td>
<td>12</td>
<td>45</td>
<td>5</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>70</td>
<td>5</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>45</td>
<td>29</td>
<td>115</td>
<td>10</td>
<td>199</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Medici</th>
<th>Medici e Infermieri</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>31</td>
<td>13</td>
<td>30</td>
<td>6</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>63</td>
<td>5</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>23</td>
<td>15</td>
<td>57</td>
<td>5</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E-17.b In caso di pronta disponibilità precisare con quale personale e garantita:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Medici</th>
<th>Medici e Infermieri</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>43</td>
<td>7</td>
<td>35</td>
<td>0</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>17</td>
<td>18</td>
<td>68</td>
<td>3</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>60</strong></td>
<td><strong>25</strong></td>
<td><strong>103</strong></td>
<td><strong>3</strong></td>
<td><strong>191</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Medici</th>
<th>Medici e Infermieri</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>51</td>
<td>8</td>
<td>41</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>16</td>
<td>17</td>
<td>64</td>
<td>3</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>31</strong></td>
<td><strong>13</strong></td>
<td><strong>54</strong></td>
<td><strong>2</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E-18 Il Centro fornisce direttamente presidi e ausili?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>60</td>
<td>82</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>69</td>
<td>98</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>129</strong></td>
<td><strong>180</strong></td>
<td><strong>309</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>58</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>41</td>
<td>59</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>42</strong></td>
<td><strong>58</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>28.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>19</td>
<td>47.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>2</td>
<td>38</td>
<td>40</td>
<td>95.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>68.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>45</td>
<td>28</td>
<td>73</td>
<td>38.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>53.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>21</td>
<td>76.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>PP Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>62.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>16</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>19</td>
<td>68.4%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>129</strong></td>
<td><strong>180</strong></td>
<td><strong>309</strong></td>
<td><strong>58.3%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Centri (Q-2)

**E–18.a** Nel caso di fornitura diretta di presidi e ausili, sono forniti entro.

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri che forniscono presidi-ausili</th>
<th>% su Centri che forniscono presidi-ausili</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>24–48 ore</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>4–5 giorni</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>49–72 ore</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Oltre 5 giorni</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>24–48 ore</th>
<th>4–5 giorni</th>
<th>49–72 ore</th>
<th>Oltre 5 giorni</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>25</td>
<td>16</td>
<td>35</td>
<td>9</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>68</td>
<td>7</td>
<td>32</td>
<td>0</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>93</strong></td>
<td><strong>20</strong></td>
<td><strong>58</strong></td>
<td><strong>9</strong></td>
<td><strong>180</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>24–48 ore</th>
<th>4–5 giorni</th>
<th>49–72 ore</th>
<th>Oltre 5 giorni</th>
<th><strong>Totale</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td><strong>19</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>100</td>
<td>11</td>
<td>32</td>
<td>5</td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>110</strong></td>
<td><strong>45</strong></td>
<td><strong>82</strong></td>
<td><strong>16</strong></td>
<td><strong>181</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**E–19 Il Centro fornisce direttamente e gratuitamente farmaci ai malati?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>108</td>
<td>36%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tutti i farmaci</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>Solo i farmaci specifici per le cure palliative</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si tutti i farmaci</th>
<th>Si solo i farmaci specifici per le cure palliative</th>
<th><strong>Totale Centri</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>48</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>138</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>60</td>
<td>53</td>
<td>53</td>
<td>164</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>108</td>
<td>96</td>
<td>98</td>
<td><strong>302</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si tutti i farmaci</th>
<th>Si solo i farmaci specifici per le cure palliative</th>
<th><strong>Totale Centri</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>35</td>
<td>32</td>
<td>32</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>37</td>
<td>32</td>
<td>32</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>72</td>
<td>64</td>
<td>64</td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Tutti i farmaci</th>
<th>Solo i farmaci specifici per le cure palliative</th>
<th><strong>Totale Centri</strong></th>
<th>%Tutti i farmaci entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>7.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>17</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>0</td>
<td>29</td>
<td>11</td>
<td>40</td>
<td>72.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>43.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>55</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>72</td>
<td>4.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
<td>70.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr.Aut. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr.Aut. Trento</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
<td>43.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>18</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>108</td>
<td>96</td>
<td>98</td>
<td>302</td>
<td>31.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
E19.a Nel caso di fornitura di farmaci, il Centro dispone di una procedura formalizzata per la prescrizione e l’erogazione dei farmaci oppioidi?

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri che forniscono farmaci</th>
<th>% su Centri che forniscono farmaci</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>105</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>57</td>
<td>33</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>32</td>
<td>72</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>89</td>
<td>105</td>
<td>194</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>63</td>
<td>37</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>31</td>
<td>69</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>94</td>
<td>76</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>42.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td>40</td>
<td>52.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5</td>
<td>12</td>
<td>17</td>
<td>70.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>6</td>
<td>12</td>
<td>18</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>66.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>38.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>89</td>
<td>105</td>
<td>194</td>
<td>54.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E–20
I farmaci forniti direttamente e gratuitamente ai malati vengono di norma consegnati anche a domicilio?

<table>
<thead>
<tr>
<th>E–19</th>
<th>N° centri che forniscono farmaci</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>31</td>
<td>16%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>163</td>
<td>84%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>19</td>
<td>71</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>12</td>
<td>92</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>31</td>
<td>163</td>
<td>194</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>21</td>
<td>79</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>12</td>
<td>88</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>16</td>
<td>84</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>85.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>4</td>
<td>36</td>
<td>40</td>
<td>90.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>91.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>0</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
<td>18</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>92.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>92.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>31</td>
<td>163</td>
<td>194</td>
<td>84.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Il rapporto tra i membri dell’équipe del Centro e i Medici di Medicina Generale del territorio è definito da uno specifico protocollo operativo formalmente approvato dall’Asl?

<table>
<thead>
<tr>
<th>E-21</th>
<th>Nº Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>122</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>187</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>52</td>
<td>90</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>70</td>
<td>97</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>122</strong></td>
<td><strong>187</strong></td>
<td><strong>309</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>37</td>
<td>63</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>58</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>39</strong></td>
<td><strong>61</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>71.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>46.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
<td>19</td>
<td>21.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>30.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>27</td>
<td>46</td>
<td>73</td>
<td>63.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>38.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>7</td>
<td>14</td>
<td>21</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>87.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>58.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>16</td>
<td>62.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>63.2%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>122</strong></td>
<td><strong>187</strong></td>
<td><strong>309</strong></td>
<td><strong>60.5%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### E-22 Viene redatto un PAI?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>39</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>270</td>
<td>87%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>9</td>
<td>133</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>30</td>
<td>137</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>39</td>
<td>270</td>
<td>309</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>6</td>
<td>94</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>18</td>
<td>82</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>13</td>
<td>87</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>85.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>19</td>
<td>89.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1</td>
<td>39</td>
<td>40</td>
<td>97.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friul V.G.</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>16</td>
<td>56.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>3</td>
<td>70</td>
<td>73</td>
<td>95.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2</td>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td>90.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>16</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>94.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>39</td>
<td>270</td>
<td>309</td>
<td>87.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
E-22.a Nell’attuazione del PAI il MMG opera:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Come unico referente medico dell’équipe</th>
<th>Con consulenza sporadica del medico specialistà CP</th>
<th>In modo integrato (consulenza frequente) con lo specialistà CP</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>25</td>
<td>41</td>
<td>67</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>4</td>
<td>19</td>
<td>114</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>29</td>
<td>60</td>
<td>181</td>
<td>270</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Come unico referente medico dell’équipe</th>
<th>Con consulenza sporadica del medico specialistà CP</th>
<th>In modo integrato (consulenza frequente) con lo specialistà CP</th>
<th>Totale %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>19</td>
<td>31</td>
<td>50</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>83</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>11</td>
<td>22</td>
<td>67</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Come unico referente medico dell’équipe</th>
<th>Con consulenza sporadica del medico specialistà CP</th>
<th>In modo integrato (consulenza frequente) con lo specialistà CP</th>
<th>Totale</th>
<th>% in modo integrato entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>76.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>17</td>
<td>47.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>39</td>
<td>41.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V.G.</td>
<td>0</td>
<td>25</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5</td>
<td>20</td>
<td>45</td>
<td>70</td>
<td>64.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>94.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Trento</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>29</td>
<td>60</td>
<td>181</td>
<td>270</td>
<td>67.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Centi (Q-2)

#### E-22.b Nell’attuazione del PAI è prevista la possibilità di passaggio in cura dal MMG ad altro medico del Centro?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N° centri che prevedono PAI</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>186</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>84</td>
<td>31%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>101</td>
<td>32</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>85</td>
<td>52</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>186</td>
<td>84</td>
<td>270</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>76</td>
<td>24</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>62</td>
<td>38</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>69</td>
<td>31</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>30.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>11</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>35.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>22</td>
<td>17</td>
<td>39</td>
<td>43.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>56</td>
<td>14</td>
<td>70</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>12</td>
<td>7</td>
<td>19</td>
<td>36.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>12.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>186</td>
<td>84</td>
<td>270</td>
<td>31.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## DATI DI ATTIVITÀ

**F-23.a N° totale di pazienti assistiti**

**F-23.b di cui < di 18 anni**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri validi</th>
<th>N° Centri missing</th>
<th>Totale</th>
<th>Dati ponderati per numero mesi attività (NMA)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Massimo</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale pz. assistiti</td>
<td>286</td>
<td>26</td>
<td>68628</td>
<td>2500</td>
</tr>
<tr>
<td>Pz. minorienni</td>
<td>264</td>
<td>48</td>
<td>663</td>
<td>158</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Totale pazienti assistiti per tipologia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Totale pz assistiti</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>24844</td>
<td>36.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>43764</td>
<td>63.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>68628</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Totale pazienti assistiti per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri esistenti</th>
<th>N° Centri con F-23 a valido</th>
<th>Totale pz. assistiti</th>
<th>% pz. assistiti per Regione</th>
<th>N° medio pz. assistiti per singolo Centro regionale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>1261</td>
<td>1.8%</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>19</td>
<td>17</td>
<td>2939</td>
<td>4.3%</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>10393</td>
<td>15.1%</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>1292</td>
<td>1.9%</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>8408</td>
<td>12.3%</td>
<td>601</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>2177</td>
<td>3.2%</td>
<td>363</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>73</td>
<td>62</td>
<td>13856</td>
<td>20.2%</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>1743</td>
<td>2.5%</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>269</td>
<td>0.4%</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>4141</td>
<td>6.0%</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>398</td>
<td>0.6%</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>P.A. Trento</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>810</td>
<td>1.2%</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>3159</td>
<td>4.6%</td>
<td>351</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>2263</td>
<td>3.3%</td>
<td>453</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>4999</td>
<td>7.3%</td>
<td>417</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>3422</td>
<td>5.0%</td>
<td>214</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>969</td>
<td>1.4%</td>
<td>162</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>124</td>
<td>0.2%</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
<td>4634</td>
<td>6.8%</td>
<td>244</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>312</td>
<td>286</td>
<td>68628</td>
<td>100%</td>
<td>240</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle analitiche Q-Centi (Q-2)

**F-24 Numero dei pazienti per cui il MMG ha partecipato alla stesura del PAI**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri con risposte valide</th>
<th>N° Centri con valori mancanti</th>
<th>Totale</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>90° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>167</td>
<td>145</td>
<td>21399</td>
<td>128.1</td>
<td>84</td>
<td>20</td>
<td>324</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% di partecipazione MMG alla stesura del PAI su pazienti assistiti**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Totale pazienti assistiti</th>
<th>Totale pz. in cui MMG ha partecipato al PAI</th>
<th>% partecipazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29063</td>
<td>21005</td>
<td>72.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(163 centri con entrambi dati non missing e % partecipazione <= 1)

**% di partecipazione MMG alla stesura del PAI su pazienti assistiti: variabilità tra Centri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>90° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>163</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>43.6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% di partecipazione MMG alla stesura del PAI su pazienti assistiti per tipologia**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Totale pz. assistiti</th>
<th>Totale pz. in cui MMG ha partecipato al PAI</th>
<th>% partecipazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>15700</td>
<td>13225</td>
<td>84.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>13363</td>
<td>7780</td>
<td>58.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>29063</td>
<td>21005</td>
<td>72.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(163 centri con entrambi dati non missing e % partecipazione <= 1)

**% di partecipazione MMG alla stesura del PAI su pazienti assistiti per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Totale pz. assistiti</th>
<th>Totale pz. in cui MMG ha partecipato al PAI</th>
<th>% partecipazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>465</td>
<td>365</td>
<td>90.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>438</td>
<td>360</td>
<td>82.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1123</td>
<td>685</td>
<td>61.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>1656</td>
<td>1229</td>
<td>74.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>6509</td>
<td>5762</td>
<td>88.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>977</td>
<td>310</td>
<td>31.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>513</td>
<td>149</td>
<td>29.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>486</td>
<td>486</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>4821</td>
<td>1617</td>
<td>33.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>743</td>
<td>647</td>
<td>87.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2645</td>
<td>2209</td>
<td>83.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>367</td>
<td>65</td>
<td>17.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>810</td>
<td>621</td>
<td>76.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>648</td>
<td>378</td>
<td>58.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1271</td>
<td>930</td>
<td>73.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>918</td>
<td>918</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>957</td>
<td>892</td>
<td>93.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>253</td>
<td>253</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>43</td>
<td>43</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>3480</td>
<td>3086</td>
<td>88.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>405</td>
<td>365</td>
<td>90.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(163 centri con entrambi dati non missing e % partecipazione <= 1)
**F-25** Sul totale pazienti assistiti indicare il numero di pazienti con patologia oncologica e non

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Totale pz.</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F-25 patologia oncologica</td>
<td>218</td>
<td>37788</td>
<td>72.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-25 patologia non oncologica</td>
<td>218</td>
<td>14300</td>
<td>27.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale pazienti assistiti 2008</td>
<td>218</td>
<td>52088</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Risposte su 218 centri con dati non missing e coerente con F23

**% Pazienti per diagnosi su pazienti assistiti: variabilità tra Centri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>90° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% Pazienti oncologici</td>
<td>218</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
<td>93.7%</td>
<td>77.8%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Pazienti non oncologici</td>
<td>218</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
<td>6.2%</td>
<td>0%</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Risposte su 216 centri con dati non missing e coerente con F23

**Diagnosi pazienti su pazienti assistiti per tipologia**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Totale assistiti</th>
<th>Pz. con patologia oncologica</th>
<th>Pz. con patologia non oncologica</th>
<th>% pazienti oncologici su totale assistiti</th>
<th>% pazienti non oncologici su totale assistiti</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>21752</td>
<td>11967</td>
<td>9785</td>
<td>55.0%</td>
<td>45.0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>30336</td>
<td>25821</td>
<td>4515</td>
<td>85.1%</td>
<td>14.9%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>52088</td>
<td>37788</td>
<td>14300</td>
<td>72.5%</td>
<td>27.5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Risposte su 218 centri con dati non missing e coerente con F23

**% pazienti oncologici su pazienti totali, per tipologia**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Pz. con patologia oncologica</th>
<th>% Pazienti oncologici tra tipologie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>11967</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>25821</td>
<td>68%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>37788</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Numerosità Centro e pazienti assistiti per diagnosi, per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Oncologici pz. totali</th>
<th>Non oncologici pz. totali</th>
<th>Totale assistiti 2008</th>
<th>% oncologici pz. assistiti 2008 entrò Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>453</td>
<td>90</td>
<td>543</td>
<td>83.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>287</td>
<td>118</td>
<td>405</td>
<td>70.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>9</td>
<td>673</td>
<td>548</td>
<td>1221</td>
<td>55.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>14</td>
<td>2030</td>
<td>809</td>
<td>2839</td>
<td>71.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>37</td>
<td>5545</td>
<td>1199</td>
<td>6744</td>
<td>82.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>6</td>
<td>811</td>
<td>74</td>
<td>885</td>
<td>91.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>1811</td>
<td>3381</td>
<td>5192</td>
<td>34.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>1737</td>
<td>58</td>
<td>1795</td>
<td>96.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>49</td>
<td>6635</td>
<td>5926</td>
<td>12561</td>
<td>52.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>7</td>
<td>984</td>
<td>3</td>
<td>987</td>
<td>99.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemontese</td>
<td>16</td>
<td>3202</td>
<td>134</td>
<td>3336</td>
<td>96.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr.Art. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>274</td>
<td>124</td>
<td>398</td>
<td>68.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pr.Art. Trento</td>
<td>7</td>
<td>660</td>
<td>45</td>
<td>705</td>
<td>93.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>5</td>
<td>1900</td>
<td>0</td>
<td>1900</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>628</td>
<td>1045</td>
<td>1673</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>11</td>
<td>4216</td>
<td>14</td>
<td>4230</td>
<td>99.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>15</td>
<td>2842</td>
<td>118</td>
<td>2960</td>
<td>96.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>3</td>
<td>794</td>
<td>17</td>
<td>811</td>
<td>97.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>124</td>
<td>0</td>
<td>124</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>12</td>
<td>2082</td>
<td>597</td>
<td>2679</td>
<td>77.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Risposte su centri con dati non missing e coerente con F23
### F-26 Numero di pazienti per diagnosi di presa in carico nelle patologie non oncologiche:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnosi</th>
<th>Centri che hanno pazienti con tale patologia</th>
<th>% su totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F-26 Neurologica</td>
<td>152</td>
<td>48.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Pneumologica</td>
<td>127</td>
<td>40.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 HIV</td>
<td>107</td>
<td>34.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Epatologica</td>
<td>124</td>
<td>39.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Cardiologica</td>
<td>123</td>
<td>39.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Altra (specificare)</td>
<td>76</td>
<td>24.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*dati non missing e coerente con F-23 e F-25

### Composizione % pazienti per diagnosi non oncologiche*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Nº Centri</th>
<th>Totale pazienti</th>
<th>% su totale pazienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F-26 Neurologica</td>
<td>91</td>
<td>1160</td>
<td>35.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Pneumologica</td>
<td>91</td>
<td>209</td>
<td>6.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 HIV</td>
<td>91</td>
<td>8</td>
<td>0.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Epatologica</td>
<td>91</td>
<td>322</td>
<td>9.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Cardiologica</td>
<td>91</td>
<td>257</td>
<td>7.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-26 Altra patologia</td>
<td>91</td>
<td>1323</td>
<td>40.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale pazienti compatologia non oncologica</td>
<td>91</td>
<td>3279</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*dati ricavato su soli 91 centri (dati non missing e coerente con F-23 e F-25)

### % pazienti per diagnosi su pazienti non oncologici: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Nº Centri</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>Mediana</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% Neurologica</td>
<td>118</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>20.9%</td>
<td>40.8%</td>
<td>71.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Pneumologica</td>
<td>93</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>7.1%</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% HIV</td>
<td>73</td>
<td>0%</td>
<td>87.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Epatologica</td>
<td>90</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>3.4%</td>
<td>10.5%</td>
<td>25.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Cardiologica</td>
<td>89</td>
<td>0%</td>
<td>80.0%</td>
<td>3.4%</td>
<td>8.1%</td>
<td>14.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Altre aggregazioni per Regiona o tipologia non sono robuste
### F-27 Numero totale dei pazienti assistiti e deceduti per luogo del decesso

#### Pazienti assistiti e deceduti

<table>
<thead>
<tr>
<th>Luogo del decesso</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>Dati ponderati per NMA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mediana</td>
<td>Media</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Domicilio</td>
<td>239</td>
<td>123.3</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Hospice</td>
<td>198</td>
<td>20.4</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Altro (ospedale, RSA ecc.)</td>
<td>211</td>
<td>26.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Composizione % pazienti per luogo del decesso

<table>
<thead>
<tr>
<th>Luogo del decesso</th>
<th>N° Centri*</th>
<th>Totale pazienti</th>
<th>Composizione %*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>N° Pz.</td>
<td>% Domicilio</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Domicilio</td>
<td>185</td>
<td>22319</td>
<td>73.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Hospice</td>
<td>185</td>
<td>3479</td>
<td>11.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>F-27 Altro (ospedale, RSA ecc.)</td>
<td>185</td>
<td>4630</td>
<td>15.2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* su 185 Centri con dati non missing su F-27 e coerenti con F-23.a

### Totale pazienti per luogo del decesso, tra tipologie

#### Tipologia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>N° pz. Domicilio</th>
<th>N° pz. Hospice</th>
<th>N° pz. Altro</th>
<th>Totale pz.</th>
<th>% Domicilio su totale</th>
<th>% Hospice su totale</th>
<th>% Altro su totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>6340</td>
<td>988</td>
<td>2039</td>
<td>9367</td>
<td>67.7%</td>
<td>10.5%</td>
<td>21.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>15979</td>
<td>2491</td>
<td>2591</td>
<td>21061</td>
<td>75.9%</td>
<td>11.8%</td>
<td>12.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Totale pazienti per luogo del decesso, per tipologia (% entro tipologia)

#### Tipologia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Domicilio totale pz.</th>
<th>% Domicilio</th>
<th>Hospice totale pz.</th>
<th>% Hospice</th>
<th>Altro totale pz.</th>
<th>% Altro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>6340</td>
<td>28.4%</td>
<td>988</td>
<td>28.4%</td>
<td>2039</td>
<td>44.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>15979</td>
<td>71.6%</td>
<td>2491</td>
<td>71.6%</td>
<td>2591</td>
<td>56.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Totale pazienti per luogo del decesso, per Regione (% entro Regione)

#### Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Pz. Domicilio</th>
<th>Pz. Hospice</th>
<th>Pz. Altro</th>
<th>Pz. totale</th>
<th>% Domicilio</th>
<th>% Hospice</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>4</td>
<td>443</td>
<td>0</td>
<td>45</td>
<td>488</td>
<td>90.8%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>441</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>466</td>
<td>94.6%</td>
<td>4.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>7</td>
<td>607</td>
<td>10</td>
<td>73</td>
<td>690</td>
<td>88.0%</td>
<td>1.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>6</td>
<td>1165</td>
<td>0</td>
<td>30</td>
<td>1195</td>
<td>97.5%</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>10</td>
<td>595</td>
<td>232</td>
<td>460</td>
<td>1287</td>
<td>46.2%</td>
<td>18.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>7</td>
<td>103</td>
<td>64</td>
<td>204</td>
<td>371</td>
<td>27.8%</td>
<td>17.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>2626</td>
<td>138</td>
<td>484</td>
<td>3249</td>
<td>80.8%</td>
<td>4.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>5</td>
<td>894</td>
<td>323</td>
<td>434</td>
<td>1651</td>
<td>54.1%</td>
<td>19.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>49</td>
<td>4081</td>
<td>957</td>
<td>525</td>
<td>5563</td>
<td>73.4%</td>
<td>17.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8</td>
<td>514</td>
<td>28</td>
<td>262</td>
<td>804</td>
<td>63.9%</td>
<td>3.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>16</td>
<td>1666</td>
<td>314</td>
<td>321</td>
<td>2301</td>
<td>72.4%</td>
<td>13.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>202</td>
<td>21</td>
<td>29</td>
<td>252</td>
<td>80.2%</td>
<td>8.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>8</td>
<td>470</td>
<td>109</td>
<td>90</td>
<td>669</td>
<td>70.3%</td>
<td>16.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>1231</td>
<td>16</td>
<td>78</td>
<td>1325</td>
<td>92.9%</td>
<td>1.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>360</td>
<td>99</td>
<td>39</td>
<td>498</td>
<td>72.2%</td>
<td>19.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>11</td>
<td>2933</td>
<td>81</td>
<td>88</td>
<td>3102</td>
<td>94.4%</td>
<td>2.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>13</td>
<td>1976</td>
<td>345</td>
<td>422</td>
<td>2743</td>
<td>72.0%</td>
<td>12.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>675</td>
<td>59</td>
<td>39</td>
<td>773</td>
<td>87.3%</td>
<td>7.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>70</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>86</td>
<td>81.4%</td>
<td>1.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>16</td>
<td>1267</td>
<td>659</td>
<td>990</td>
<td>2916</td>
<td>43.4%</td>
<td>22.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle analitiche Q-Centri (Q-2)

F-28 N° TOTALE DI GIORNATE DI CURA (GDC) E N° TOTALE DI GIORNATE EFFETTIVE DI ASSISTENZA (GEA), NEL CORSO DELL’ATTIVITÀ DOMICILIARE (F-28.BIS PER I SOLI PAZIENTI DECEDUTI).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etichetta</th>
<th>N° Centri che segnalano GG</th>
<th>Totale GG</th>
<th>Dati ponderati per NMA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Media</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28 N° totale di giornate di cura</td>
<td>215</td>
<td>3241457</td>
<td>845</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28 N° totale GEA</td>
<td>188</td>
<td>1322148</td>
<td>3320</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28.bis N° totale giornate di cura (pz. deceduti)</td>
<td>122</td>
<td>814426</td>
<td>2850</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28.bis N° totale GEA (pz. deceduti)</td>
<td>101</td>
<td>407523</td>
<td>1251</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dati ponderati per NMA

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° totale di giornate di cura (GDC)</th>
<th>N° totale giornate effettive di assistenza (GEA)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F-28 N° totale di giornate di cura (pz. deceduti)</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28.bis N° totale giornate di cura (pz. deceduti)</td>
<td>101</td>
</tr>
</tbody>
</table>

F-28 CIA (Coefficiente Intensità Assistenziale):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>N° Centri*</th>
<th>Totale</th>
<th>CIA</th>
<th>GEA a settimana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F-28 N° totale di giornate di cura (press in carico)</td>
<td>187</td>
<td>325349</td>
<td>0.52</td>
<td>3.6</td>
</tr>
<tr>
<td>F-28 N° totale di giornate effettive di assistenza</td>
<td>187</td>
<td>1322148</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*su 187 centri non hanno entrambi i dati missing:

F-28 CIA variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>Mediana</th>
<th>Massimo</th>
<th>Minimo</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>187</td>
<td>0.333</td>
<td>1</td>
<td>0.08</td>
<td>0.309</td>
<td>0.817</td>
</tr>
</tbody>
</table>

F-28 CIA per tipologia Centro

<table>
<thead>
<tr>
<th>TipoCentro</th>
<th>Totale GCD</th>
<th>Totale GEA</th>
<th>CIA</th>
<th>GEA a settimana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>961592</td>
<td>392033</td>
<td>0.406</td>
<td>2.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>1559796</td>
<td>930113</td>
<td>0.596</td>
<td>4.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

F-28 CIA e GEA a settimana, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Totale GCD</th>
<th>Totale GEA</th>
<th>CIA</th>
<th>GEA a settimana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>4594</td>
<td>4378</td>
<td>0.953</td>
<td>6.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>42084</td>
<td>37435</td>
<td>0.890</td>
<td>6.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>7</td>
<td>51703</td>
<td>19146</td>
<td>0.370</td>
<td>2.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>12</td>
<td>111280</td>
<td>74565</td>
<td>0.661</td>
<td>4.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>36</td>
<td>713074</td>
<td>206149</td>
<td>0.289</td>
<td>2.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>3</td>
<td>25952</td>
<td>4909</td>
<td>0.189</td>
<td>1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>6</td>
<td>80791</td>
<td>74566</td>
<td>0.923</td>
<td>6.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>142666</td>
<td>70258</td>
<td>0.484</td>
<td>3.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>41</td>
<td>218318</td>
<td>114701</td>
<td>0.525</td>
<td>3.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>5</td>
<td>95444</td>
<td>38193</td>
<td>0.495</td>
<td>2.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>9268</td>
<td>5839</td>
<td>0.630</td>
<td>4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>15</td>
<td>117114</td>
<td>54669</td>
<td>0.467</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>2</td>
<td>5923</td>
<td>3123</td>
<td>0.863</td>
<td>6.1</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>5</td>
<td>32291</td>
<td>9613</td>
<td>0.298</td>
<td>2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>5</td>
<td>221951</td>
<td>183026</td>
<td>0.825</td>
<td>5.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>73111</td>
<td>66694</td>
<td>0.912</td>
<td>6.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>11</td>
<td>237462</td>
<td>213090</td>
<td>0.897</td>
<td>6.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>10</td>
<td>80844</td>
<td>46683</td>
<td>0.527</td>
<td>3.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>37067</td>
<td>21837</td>
<td>0.589</td>
<td>4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>13</td>
<td>212434</td>
<td>71115</td>
<td>0.335</td>
<td>2.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Variable</td>
<td>N° Centri</td>
<td>Totale GDC</td>
<td>CIA</td>
<td>GEA a settimana</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>------------</td>
<td>-----</td>
<td>-----------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>F-28.bis N° totale giornate di cura (GDC), N° totale giornate effective di assistenza (GEA), per i soli pazienti deceduti</td>
<td>94</td>
<td>642613</td>
<td>0.58</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*su 94 centri non hanno entrambi i dati missing:

<table>
<thead>
<tr>
<th>F-28.bis CIA: variabilità tra Centri</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Mediana</th>
<th>Massimo</th>
<th>Minimo</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CIA GEA a settimana</td>
<td>94</td>
<td>0.651</td>
<td>1.000</td>
<td>0.019</td>
<td>0.421</td>
<td>0.913</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*su 94 centri non hanno entrambi i dati missing:

<table>
<thead>
<tr>
<th>F-28.bis CIA e GEA a settimana, per Regione</th>
<th>N° Centri non missing</th>
<th>Totale GDC</th>
<th>Totale GEA</th>
<th>CIA</th>
<th>GEA a settimana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>4334</td>
<td>4301</td>
<td>0.992</td>
<td>6.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>19069</td>
<td>16254</td>
<td>0.852</td>
<td>6.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>1299</td>
<td>1122</td>
<td>0.864</td>
<td>6.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3</td>
<td>100063</td>
<td>66386</td>
<td>0.663</td>
<td>4.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia R.</td>
<td>1</td>
<td>44483</td>
<td>13278</td>
<td>0.298</td>
<td>2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>1</td>
<td>22840</td>
<td>3573</td>
<td>0.156</td>
<td>1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>24873</td>
<td>24873</td>
<td>1.000</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>28</td>
<td>120065</td>
<td>62224</td>
<td>0.518</td>
<td>3.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>4</td>
<td>17216</td>
<td>10191</td>
<td>0.592</td>
<td>4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>4124</td>
<td>3522</td>
<td>0.854</td>
<td>6.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>9</td>
<td>40828</td>
<td>19719</td>
<td>0.483</td>
<td>3.4</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>708</td>
<td>708</td>
<td>1.000</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>5</td>
<td>10511</td>
<td>3181</td>
<td>0.778</td>
<td>5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>3</td>
<td>87772</td>
<td>58491</td>
<td>0.666</td>
<td>4.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>4434</td>
<td>2859</td>
<td>0.645</td>
<td>4.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>2</td>
<td>22723</td>
<td>22723</td>
<td>1.000</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>7</td>
<td>29468</td>
<td>16845</td>
<td>0.572</td>
<td>4.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>20125</td>
<td>6359</td>
<td>0.316</td>
<td>2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>8</td>
<td>67678</td>
<td>31430</td>
<td>0.464</td>
<td>3.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
F-29 Per ciascuna figura professionale, indicare il numero totale di accessi erogati nel 2008.
Medici di cure palliative, Infermieri, altri Operatori, Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale

### Tabelle analitiche Q-Centi (Q-2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri che hanno accessi per tale figura</th>
<th>% su Centri</th>
<th>Dati ponderati per NMA</th>
<th>(25^{\text{th}}) Pctl</th>
<th>(75^{\text{th}}) Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medici CP</td>
<td>241</td>
<td>77.2%</td>
<td>248</td>
<td>172.7 6</td>
<td>36000</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td>248</td>
<td>79.5%</td>
<td>1986</td>
<td>4067 1</td>
<td>44820</td>
</tr>
<tr>
<td>Altri Operatori</td>
<td>207</td>
<td>66.3%</td>
<td>109</td>
<td>1168.4</td>
<td>29946</td>
</tr>
<tr>
<td>MMG</td>
<td>100</td>
<td>32.1%</td>
<td>800</td>
<td>1316.6</td>
<td>9817</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td>45</td>
<td>14.4%</td>
<td>0</td>
<td>23.5</td>
<td>380</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Composizione accessi totali per figura professionale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Figura</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Totale accessi</td>
<td>424999</td>
<td>1008640</td>
<td>246540</td>
<td>131662</td>
<td>1149</td>
<td>1812990</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>23.4%</td>
<td>55.6%</td>
<td>13.6%</td>
<td>7.3%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Rapporto tra totale accessi per figura professionale e totale accessi del Centro: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Mediana</th>
<th>Massimo</th>
<th>Minimo</th>
<th>(25^{\text{th}}) Pctl</th>
<th>(75^{\text{th}}) Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medici CP</td>
<td>17.4%</td>
<td>100.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>3.7%</td>
<td>33.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td>62.9%</td>
<td>100.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altri Operatori</td>
<td>6.3%</td>
<td>90.7%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.7%</td>
<td>19.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>MMG</td>
<td>20.5%</td>
<td>73.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>9.6%</td>
<td>36.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td>0.0%</td>
<td>21.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Totale accessi per figura e Tipologia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>67163</td>
<td>370825</td>
<td>72923</td>
<td>107211</td>
<td>393</td>
<td>618515</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>357836</td>
<td>637815</td>
<td>173617</td>
<td>24451</td>
<td>756</td>
<td>1194475</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % accessi per figura tra Tipologie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>15.8%</td>
<td>36.8%</td>
<td>29.6%</td>
<td>81.4%</td>
<td>34.2%</td>
<td>34.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>84.2%</td>
<td>63.2%</td>
<td>70.4%</td>
<td>18.6%</td>
<td>65.8%</td>
<td>65.9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Composizione % accessi di figure professionali entro–Tipologie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>10.9%</td>
<td>60.0%</td>
<td>11.8%</td>
<td>17.3%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>30.0%</td>
<td>53.4%</td>
<td>14.5%</td>
<td>2.0%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Totale accessi per figura e Regioni

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>2374</td>
<td>4034</td>
<td>210</td>
<td>335</td>
<td>3</td>
<td>7956</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>5861</td>
<td>20665</td>
<td>4720</td>
<td>4500</td>
<td>.</td>
<td>35736</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>9</td>
<td>40850</td>
<td>54933</td>
<td>979</td>
<td>9018</td>
<td>0</td>
<td>105780</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>14</td>
<td>13847</td>
<td>72314</td>
<td>1795</td>
<td>3152</td>
<td>10</td>
<td>107276</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>38</td>
<td>23795</td>
<td>119422</td>
<td>8763</td>
<td>68013</td>
<td>0</td>
<td>119995</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>9</td>
<td>2001</td>
<td>94133</td>
<td>387</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>11801</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>12</td>
<td>33607</td>
<td>132990</td>
<td>20882</td>
<td>210</td>
<td>0</td>
<td>187689</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>22570</td>
<td>38750</td>
<td>33910</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>95230</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>50</td>
<td>48423</td>
<td>123077</td>
<td>28189</td>
<td>2558</td>
<td>6</td>
<td>202253</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>12</td>
<td>12142</td>
<td>28138</td>
<td>6003</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>46283</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>2235</td>
<td>5687</td>
<td>115</td>
<td>49</td>
<td>5</td>
<td>8091</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>25962</td>
<td>69908</td>
<td>8624</td>
<td>10259</td>
<td>12</td>
<td>114765</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>10817</td>
<td>29</td>
<td>1548</td>
<td>235</td>
<td>12629</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Trento</td>
<td>7</td>
<td>3845</td>
<td>11372</td>
<td>0</td>
<td>3738</td>
<td>9</td>
<td>17864</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>57134</td>
<td>46946</td>
<td>1019</td>
<td>4272</td>
<td>310</td>
<td>109621</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>4995</td>
<td>31154</td>
<td>15165</td>
<td>10300</td>
<td>35</td>
<td>61649</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>12</td>
<td>75052</td>
<td>106907</td>
<td>72496</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>254465</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>15</td>
<td>23729</td>
<td>39058</td>
<td>14250</td>
<td>376</td>
<td>.</td>
<td>77413</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>5</td>
<td>8663</td>
<td>15470</td>
<td>3341</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>27474</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1314</td>
<td>1143</td>
<td>267</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>2724</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>17</td>
<td>16600</td>
<td>66552</td>
<td>9238</td>
<td>13392</td>
<td>524</td>
<td>106306</td>
</tr>
</tbody>
</table>

## Composizione % accessi di figure professionali entro Regioni

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale accessi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>42.4%</td>
<td>50.7%</td>
<td>2.6%</td>
<td>4.2%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>16.4%</td>
<td>57.8%</td>
<td>13.2%</td>
<td>12.6%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>38.6%</td>
<td>51.9%</td>
<td>0.9%</td>
<td>8.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>12.9%</td>
<td>67.4%</td>
<td>16.7%</td>
<td>2.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>10.8%</td>
<td>54.3%</td>
<td>4.0%</td>
<td>30.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>17.0%</td>
<td>79.8%</td>
<td>0.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>17.9%</td>
<td>70.9%</td>
<td>11.1%</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>23.7%</td>
<td>40.7%</td>
<td>35.6%</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>23.9%</td>
<td>60.9%</td>
<td>13.9%</td>
<td>1.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>26.2%</td>
<td>60.8%</td>
<td>13.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>27.6%</td>
<td>70.3%</td>
<td>1.4%</td>
<td>0.6%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>22.6%</td>
<td>60.9%</td>
<td>7.5%</td>
<td>8.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Bolzano</td>
<td>0.0%</td>
<td>85.7%</td>
<td>0.2%</td>
<td>12.3%</td>
<td>1.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Trento</td>
<td>15.9%</td>
<td>63.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>20.9%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>52.1%</td>
<td>42.8%</td>
<td>0.9%</td>
<td>3.8%</td>
<td>0.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>8.1%</td>
<td>50.5%</td>
<td>24.6%</td>
<td>16.7%</td>
<td>0.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>29.5%</td>
<td>42.0%</td>
<td>28.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>30.7%</td>
<td>50.5%</td>
<td>18.4%</td>
<td>0.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>31.5%</td>
<td>56.3%</td>
<td>12.2%</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>48.2%</td>
<td>42.0%</td>
<td>9.8%</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>15.6%</td>
<td>62.6%</td>
<td>8.7%</td>
<td>12.6%</td>
<td>0.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### N° MEDIO ACCESSI (DI DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI) PER PAZIENTE ASSISTITO NEL 2008

**Numero di accessi (per figura professionale) per singolo paziente assistito**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FIGURE PROFESSIONALI</th>
<th>PDMP</th>
<th>IPR</th>
<th>AOP</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medici CP</td>
<td>7.8</td>
<td>18.4</td>
<td>4.5</td>
<td>2.4</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Altri operatori</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MMG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Elaborazioni su 242 centri con N° accessi e PZ assistiti, entrambi non missing.**

**Numero di accessi (per figura professionale) per singolo paziente assistito: variabilità tra Centri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Mediana accessi per pz.</th>
<th>Massimo accessi per pz.</th>
<th>Minimo accessi per pz.</th>
<th>25° Pctl accessi per pz.</th>
<th>75° Pctl accessi per pz.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medici CP</td>
<td>3.0</td>
<td>120.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0.6</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td>17.1</td>
<td>120.0</td>
<td>0.0</td>
<td>10.4</td>
<td>25.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Altri operatori</td>
<td>1.4</td>
<td>52.1</td>
<td>0.0</td>
<td>0.1</td>
<td>4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>MMG</td>
<td>6.3</td>
<td>32.6</td>
<td>0.0</td>
<td>1.7</td>
<td>11.3</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td>0.0</td>
<td>2.4</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Elaborazioni su Centri con totale accessi e PZ assistiti non missing.**

**Numero di accessi (per figura professionale) per singolo paziente assistito nel 2008, per tipo Centro**

<table>
<thead>
<tr>
<th>TIPOLÓGIA CENTRO</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>3.5</td>
<td>19.4</td>
<td>3.8</td>
<td>5.6</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipo dedicata</td>
<td>10.1</td>
<td>17.9</td>
<td>4.9</td>
<td>0.7</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>7.8</td>
<td>18.4</td>
<td>4.5</td>
<td>2.4</td>
<td>0.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Elaborazioni su Centri con totale accessi e PZ assistiti non missing.**

**Numero di accessi (per figura professionale) per singolo paziente assistito nel 2008, per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>REGIONE</th>
<th>N° CENTRI</th>
<th>MEDICI CP</th>
<th>INFERMIERI</th>
<th>ALTRI OPERATORI</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>TOTALE PZ ASSISTITI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>8.8</td>
<td>10.5</td>
<td>0.5</td>
<td>0.9</td>
<td>0.0</td>
<td>384</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>9.6</td>
<td>13.7</td>
<td>7.7</td>
<td>7.3</td>
<td>0.0</td>
<td>613</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>8</td>
<td>36.1</td>
<td>48.1</td>
<td>0.9</td>
<td>8.0</td>
<td>0.0</td>
<td>1126</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>14</td>
<td>5.2</td>
<td>27.0</td>
<td>6.7</td>
<td>1.2</td>
<td>0.0</td>
<td>2679</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>38</td>
<td>3.0</td>
<td>14.9</td>
<td>1.1</td>
<td>8.5</td>
<td>0.0</td>
<td>8013</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-V. G.</td>
<td>7</td>
<td>1.4</td>
<td>6.9</td>
<td>0.3</td>
<td>0.3</td>
<td>0.0</td>
<td>1264</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>12</td>
<td>6.8</td>
<td>27.1</td>
<td>4.3</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>4908</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>10.8</td>
<td>18.5</td>
<td>16.2</td>
<td>0.0</td>
<td>2092</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>50</td>
<td>4.9</td>
<td>12.5</td>
<td>2.9</td>
<td>0.3</td>
<td>0.0</td>
<td>9853</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>11</td>
<td>7.5</td>
<td>17.3</td>
<td>3.7</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>1611</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>8.3</td>
<td>21.1</td>
<td>0.4</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>21</td>
<td>6.3</td>
<td>16.9</td>
<td>2.1</td>
<td>2.5</td>
<td>0.0</td>
<td>4141</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0.0</td>
<td>27.2</td>
<td>0.1</td>
<td>3.9</td>
<td>0.6</td>
<td>398</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>7</td>
<td>4.4</td>
<td>17.3</td>
<td>0.0</td>
<td>5.8</td>
<td>0.0</td>
<td>650</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>32.5</td>
<td>26.7</td>
<td>0.6</td>
<td>2.4</td>
<td>0.2</td>
<td>1756</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>3.0</td>
<td>18.6</td>
<td>9.1</td>
<td>6.2</td>
<td>0.0</td>
<td>1673</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>12</td>
<td>15.0</td>
<td>21.4</td>
<td>14.5</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>4999</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>15</td>
<td>7.3</td>
<td>11.9</td>
<td>4.4</td>
<td>0.1</td>
<td>3270</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>5</td>
<td>9.4</td>
<td>16.8</td>
<td>3.6</td>
<td>0.1</td>
<td>270</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>16.2</td>
<td>14.1</td>
<td>3.3</td>
<td>81</td>
<td></td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>17</td>
<td>4.3</td>
<td>17.1</td>
<td>2.4</td>
<td>3.4</td>
<td>0.1</td>
<td>3903</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Elaborazioni su 242 centri con totale accessi e PZ assistiti non missing.**
SEZIONE G - INFORMAZIONI SUL PERSONALE

### G-31 Personale del Centro impegnato nell’assistenza diretta al paziente

#### Totale Personale del Centro impegnato nell’assistenza diretta al paziente: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>% su Centri</th>
<th>Dati ponderati per NMA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Max</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di Medici di CP</td>
<td>273</td>
<td>87.5%</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di Infermieri</td>
<td>276</td>
<td>88.5%</td>
<td>2816</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di altri Operatori</td>
<td>222</td>
<td>71.2%</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di MMG</td>
<td>165</td>
<td>53.9%</td>
<td>500</td>
</tr>
<tr>
<td>Numero di MCA</td>
<td>120</td>
<td>38.5%</td>
<td>80</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Composizione % personale del Centro impegnato nell’assistenza diretta al paziente

<table>
<thead>
<tr>
<th>G-31</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%</td>
<td>5%</td>
<td>33%</td>
<td>8%</td>
<td>48%</td>
<td>5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 276 centri con dati completi su G-31

#### % totale personale impegnato per figure su totale personale impegnato: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% MCP su tot. personale</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>21.5%</td>
<td>14.3%</td>
<td>1.6%</td>
<td>32.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% INF su tot. personale</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>34.7%</td>
<td>33.3%</td>
<td>10.9%</td>
<td>43.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Altri su tot. personale</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>16.6%</td>
<td>10.2%</td>
<td>1.1%</td>
<td>26.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% MMG su tot. personale</td>
<td>0%</td>
<td>97.1%</td>
<td>24.9%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>67.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>% MCA su tot. personale</td>
<td>0%</td>
<td>47.6%</td>
<td>2.3%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Personale del Centro impegnato nell’assistenza, per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo di Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>200</td>
<td>4490</td>
<td>442</td>
<td>5856</td>
<td>713</td>
<td>11701</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>802</td>
<td>1575</td>
<td>1029</td>
<td>3016</td>
<td>268</td>
<td>6690</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>1002</td>
<td>6065</td>
<td>1471</td>
<td>8872</td>
<td>981</td>
<td>18391</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % Personale del Centro impegnato nell’assistenza entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo di Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>2</td>
<td>38</td>
<td>4</td>
<td>50</td>
<td>6</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>12</td>
<td>24</td>
<td>15</td>
<td>45</td>
<td>4</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>5</td>
<td>33</td>
<td>8</td>
<td>48</td>
<td>5</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % colonna

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo di Centro</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>20.0%</td>
<td>74.0%</td>
<td>30.0%</td>
<td>66.0%</td>
<td>72.7%</td>
<td>55.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>80.0%</td>
<td>26.0%</td>
<td>70.0%</td>
<td>34.0%</td>
<td>27.3%</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Personale del Centro impegnato nell’assistenza, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale personale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>14</td>
<td>18</td>
<td>2</td>
<td>38</td>
<td>2</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>44</td>
<td>22</td>
<td>126</td>
<td>54</td>
<td>251</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>25</td>
<td>2872</td>
<td>26</td>
<td>191</td>
<td>0</td>
<td>3114</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>34</td>
<td>97</td>
<td>223</td>
<td>369</td>
<td>0</td>
<td>613</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>104</td>
<td>640</td>
<td>82</td>
<td>2670</td>
<td>396</td>
<td>3892</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli/VG.</td>
<td>15</td>
<td>112</td>
<td>26</td>
<td>106</td>
<td>15</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>83</td>
<td>209</td>
<td>124</td>
<td>630</td>
<td>0</td>
<td>1046</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>43</td>
<td>61</td>
<td>74</td>
<td>53</td>
<td>0</td>
<td>231</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>152</td>
<td>862</td>
<td>469</td>
<td>719</td>
<td>59</td>
<td>2261</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>24</td>
<td>49</td>
<td>34</td>
<td>16</td>
<td>0</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>70</td>
<td>191</td>
<td>64</td>
<td>1126</td>
<td>63</td>
<td>1514</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>146</td>
<td>9</td>
<td>103</td>
<td>65</td>
<td>324</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>17</td>
<td>107</td>
<td>10</td>
<td>346</td>
<td>78</td>
<td>558</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>49</td>
<td>32</td>
<td>8</td>
<td>80</td>
<td>80</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>24</td>
<td>97</td>
<td>22</td>
<td>191</td>
<td>41</td>
<td>375</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>92</td>
<td>94</td>
<td>138</td>
<td>208</td>
<td>4</td>
<td>536</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>177</td>
<td>112</td>
<td>37</td>
<td>234</td>
<td>0</td>
<td>560</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>19</td>
<td>55</td>
<td>34</td>
<td>70</td>
<td></td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>5</td>
<td>72</td>
<td>18</td>
<td>28</td>
<td>0</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>38</td>
<td>186</td>
<td>35</td>
<td>1668</td>
<td>124</td>
<td>2051</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>1002</strong></td>
<td><strong>6065</strong></td>
<td><strong>1471</strong></td>
<td><strong>8872</strong></td>
<td><strong>981</strong></td>
<td><strong>10391</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % Personale del Centro impegnato per figura entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medici CP</th>
<th>Infermieri</th>
<th>Altri Operatori</th>
<th>MMG</th>
<th>MCA</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2%</td>
<td>18%</td>
<td>9%</td>
<td>50%</td>
<td>2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2%</td>
<td>18%</td>
<td>9%</td>
<td>50%</td>
<td>2%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1%</td>
<td>92%</td>
<td>1%</td>
<td>6%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>5%</td>
<td>15%</td>
<td>37%</td>
<td>42%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>3%</td>
<td>16%</td>
<td>2%</td>
<td>69%</td>
<td>10%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli/VG.</td>
<td>5%</td>
<td>41%</td>
<td>9%</td>
<td>39%</td>
<td>5%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>8%</td>
<td>20%</td>
<td>12%</td>
<td>60%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>19%</td>
<td>26%</td>
<td>22%</td>
<td>23%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>7%</td>
<td>38%</td>
<td>21%</td>
<td>32%</td>
<td>3%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>20%</td>
<td>40%</td>
<td>28%</td>
<td>13%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>46%</td>
<td>38%</td>
<td>17%</td>
<td></td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5%</td>
<td>13%</td>
<td>4%</td>
<td>74%</td>
<td>4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0%</td>
<td>45%</td>
<td>3%</td>
<td>32%</td>
<td>20%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>3%</td>
<td>19%</td>
<td>2%</td>
<td>62%</td>
<td>14%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>20%</td>
<td>13%</td>
<td>3%</td>
<td>32%</td>
<td>32%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>6%</td>
<td>26%</td>
<td>6%</td>
<td>51%</td>
<td>11%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>17%</td>
<td>18%</td>
<td>26%</td>
<td>39%</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>32%</td>
<td>20%</td>
<td>7%</td>
<td>42%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>11%</td>
<td>31%</td>
<td>19%</td>
<td>39%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>4%</td>
<td>59%</td>
<td>15%</td>
<td>23%</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2%</td>
<td>9%</td>
<td>2%</td>
<td>81%</td>
<td>6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>5%</strong></td>
<td><strong>33%</strong></td>
<td><strong>8%</strong></td>
<td><strong>48%</strong></td>
<td><strong>5%</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### G-31 Ore totali lavorate nel 2008 dal personale

#### Ore totali lavorate nel 2008 dal personale: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etichetta</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Mancanti</th>
<th>Totale ore</th>
<th>Dati ponderati per NMA (N. Medio Accessi)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ore totali lavorate dagli Infermieri</td>
<td>170</td>
<td>142</td>
<td>56000</td>
<td>Max: 910279</td>
</tr>
<tr>
<td>Ore totali lavorate da altri Operatori</td>
<td>147</td>
<td>165</td>
<td>241347</td>
<td>Max: 54720</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### G-32 Il Centro mette a disposizione del personale mezzi di trasporto?

#### G-32 Il Centro mette a disposizione del personale mezzi di trasporto?

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>210</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>30</td>
<td>11</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>64</td>
<td>99</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>94</td>
<td>210</td>
<td>304</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>21</td>
<td>79</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>39</td>
<td>61</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>31</td>
<td>69</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>71.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>53.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
<td>18</td>
<td>38.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1</td>
<td>39</td>
<td>40</td>
<td>97.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
<td>73.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>33</td>
<td>39</td>
<td>72</td>
<td>54.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>61.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>21</td>
<td>76.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
<td>16</td>
<td>87.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>19</td>
<td>89.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>94</td>
<td>210</td>
<td>304</td>
<td>69.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>G-33 Il Centro mette a disposizione del personale procedure di rimborso spese (chilometriche) del trasporto con mezzo proprio?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>91</td>
<td>30%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>213</td>
<td>70%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>22</td>
<td>119</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>69</td>
<td>94</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>91</td>
<td>213</td>
<td>304</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>16</td>
<td>84</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>58</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>30</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>71,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>13</td>
<td>5</td>
<td>18</td>
<td>27,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>3</td>
<td>37</td>
<td>40</td>
<td>92,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>81,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>8</td>
<td>7</td>
<td>15</td>
<td>46,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>17</td>
<td>55</td>
<td>72</td>
<td>76,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>69,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>21</td>
<td>76,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>22.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>12</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>68.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>4</td>
<td>15</td>
<td>19</td>
<td>78.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>91</td>
<td>213</td>
<td>304</td>
<td>70.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### G-34 Il Centro mette a disposizione del personale telefoni cellulari di sua proprietà per le attività assistenziali?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>78</td>
<td>226</td>
<td>74%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>44</td>
<td>97</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>34</td>
<td>129</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>78</td>
<td>226</td>
<td>304</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>31</td>
<td>69</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>21</td>
<td>79</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>26</td>
<td>74</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>28.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>30.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>2</td>
<td>38</td>
<td>40</td>
<td>95.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>81.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>15</td>
<td>53.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>21</td>
<td>51</td>
<td>72</td>
<td>70.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>76.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>3</td>
<td>18</td>
<td>21</td>
<td>85.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>58.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>93.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>94.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>78</td>
<td>226</td>
<td>304</td>
<td>74.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
G-35 In presenza di una équipe multi-disciplinare erogante assistenza domiciliare di cure palliative, con che frequenza avvengono le riunioni periodiche di condivisione e confronto tra tutti i componenti dell’équipe?

<table>
<thead>
<tr>
<th>G-35</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>In base alle esigenze</td>
<td>115</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>Più volte a settimana</td>
<td>13</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Una volta a settimana</td>
<td>106</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>Due incontri mensili</td>
<td>15</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Una riunione al mese</td>
<td>14</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>8 incontri l’anno</td>
<td>1</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>48</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>In base alle esigenze</th>
<th>Più volte a settimana</th>
<th>Una volta settimana</th>
<th>Due incontri mensili</th>
<th>Una riunione al mese</th>
<th>8 incontri l’anno</th>
<th>Totale centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>77</td>
<td>3</td>
<td>23</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>38</td>
<td>10</td>
<td>83</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>115</td>
<td>13</td>
<td>106</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>264</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>In base alle esigenze</th>
<th>Più volte a settimana</th>
<th>Una volta settimana</th>
<th>Due incontri mensili</th>
<th>Una riunione al mese</th>
<th>8 incontri l’anno</th>
<th>Totale centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza equipe dedicata</td>
<td>64</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con equipe dedicata</td>
<td>26</td>
<td>7</td>
<td>58</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>44</td>
<td>5</td>
<td>40</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>In base alle esigenze</th>
<th>Più volte a settimana</th>
<th>Una volta settimana</th>
<th>Due incontri mensili</th>
<th>Una riunione al mese</th>
<th>8 incontri l’anno</th>
<th>Totale centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>25</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>27</td>
<td>3</td>
<td>27</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>115</td>
<td>13</td>
<td>106</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>264</td>
</tr>
</tbody>
</table>
G-36 In presenza di una équipe dedicata all’assistenza domiciliare di cure palliative, in che misura il MMG partecipa effettivamente alle riunioni periodiche d’équipe?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo di partecipazione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frequentemente</td>
<td>72</td>
<td>25%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mai</td>
<td>28</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>Raramente</td>
<td>80</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>Regolarmente</td>
<td>106</td>
<td>37%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>26</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Frequentemente</th>
<th>Mai</th>
<th>Raramente</th>
<th>Regolarmente</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>30</td>
<td>8</td>
<td>35</td>
<td>55</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>20</td>
<td>45</td>
<td>51</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>72</strong></td>
<td><strong>28</strong></td>
<td><strong>80</strong></td>
<td><strong>106</strong></td>
<td><strong>286</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>Frequentemente</th>
<th>Mai</th>
<th>Raramente</th>
<th>Regolarmente</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>23</td>
<td>6</td>
<td>27</td>
<td>43</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>27</td>
<td>13</td>
<td>28</td>
<td>32</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>25</strong></td>
<td><strong>10</strong></td>
<td><strong>28</strong></td>
<td><strong>37</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Frequentemente</th>
<th>Mai</th>
<th>Raramente</th>
<th>Regolarmente</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
<td>15</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
<td>20</td>
<td>24</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE H - FORMAZIONE

#### H-37 Il Centro prevede un piano di formazione ed aggiornamento professionale ECM?

<table>
<thead>
<tr>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>64</td>
<td>239</td>
<td>21%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>36</td>
<td>104</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>28</td>
<td>135</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>64</strong></td>
<td><strong>239</strong></td>
<td><strong>303</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>26</td>
<td>74</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>17</td>
<td>83</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>21</strong></td>
<td><strong>79</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>53.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>10</td>
<td>8</td>
<td>18</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>90.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>15</td>
<td>80.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>11</td>
<td>64</td>
<td>72</td>
<td>84.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>13</td>
<td>84.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2</td>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td>90.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>87.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>12</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>16</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>1</td>
<td>17</td>
<td>18</td>
<td>94.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### H-37.a Per quali figure professionali?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Per figure professionali</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su totale Centri</th>
<th>% su 239 Centri che prevedono formazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medici palliativi</td>
<td>177</td>
<td>56.7%</td>
<td>74.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>MMG</td>
<td>125</td>
<td>40.1%</td>
<td>52.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>MCA</td>
<td>64</td>
<td>20.5%</td>
<td>26.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Infermieri</td>
<td>233</td>
<td>74.7%</td>
<td>97.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altre figure</td>
<td>153</td>
<td>49.0%</td>
<td>64.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
H-38 Il personale professionista e volontario operativo nel Centro ha partecipato ad attività formative specifiche nelle cure palliative prima di essere inserito nell'équipe?

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>230</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>59</td>
<td>81</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>14</td>
<td>149</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>73</td>
<td>230</td>
<td>303</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>42</td>
<td>58</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>9</td>
<td>91</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>24</td>
<td>76</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>71,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>30,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>18</td>
<td>50,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>15</td>
<td>25</td>
<td>40</td>
<td>62,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>65,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>15</td>
<td>80,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>13</td>
<td>59</td>
<td>72</td>
<td>81,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>92,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemontese</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>95,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>83,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>93,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d'Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
<td>18</td>
<td>88,9%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>73</td>
<td>230</td>
<td>303</td>
<td>75,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE I - ACCESSO AL CENTRO E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

**Tabelle analitiche Q-Centi (Q-2)**

#### I-39 La presa in carico del malato al domicilio e generalmente preceduta da un colloquio con i famigliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>45</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>259</td>
<td>85%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>22</td>
<td>119</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>23</td>
<td>140</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>45</strong></td>
<td><strong>259</strong></td>
<td><strong>304</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>16</td>
<td>84</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>14</td>
<td>86</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>15</strong></td>
<td><strong>85</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>85,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>92,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>1</td>
<td>17</td>
<td>18</td>
<td>94,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>3</td>
<td>37</td>
<td>40</td>
<td>92,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
<td>72,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>83,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>15</td>
<td>57</td>
<td>72</td>
<td>79,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>76,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>95,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>77,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>80,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>91,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>16</td>
<td>56,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>5</td>
<td>14</td>
<td>19</td>
<td>73,7%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>45</strong></td>
<td><strong>259</strong></td>
<td><strong>304</strong></td>
<td><strong>85,2%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Totale pazienti per soggetto che invia al Centro: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variaibile</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>% su Centri</th>
<th>Dati ponderati per NMA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Min</td>
</tr>
<tr>
<td>Medici di Medicina Generale</td>
<td>244</td>
<td>78.2%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Medico spec./ reparto ospedaliero</td>
<td>213</td>
<td>68.3%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Op. sanitario nel Distretto Asl</td>
<td>164</td>
<td>53.6%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Op. Struttura socio-sanitaria</td>
<td>127</td>
<td>40.7%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Inviante non noto</td>
<td>116</td>
<td>37.2%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Altro</td>
<td>113</td>
<td>36.2%</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I-40 Composizione % totale pz, per soggetto che invia al Centro*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PZ</td>
<td>30728</td>
<td>13301</td>
<td>5652</td>
<td>379</td>
<td>1662</td>
<td>5638</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>54%</td>
<td>23%</td>
<td>10%</td>
<td>1%</td>
<td>3%</td>
<td>10%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Su 224 centri con dati non missing su I-40 e coerenti con F-23A

Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>12744</td>
<td>4105</td>
<td>1243</td>
<td>118</td>
<td>467</td>
<td>1805</td>
<td>21482</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>16984</td>
<td>9196</td>
<td>4409</td>
<td>261</td>
<td>1195</td>
<td>3833</td>
<td>35878</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>30728</td>
<td>13301</td>
<td>5652</td>
<td>379</td>
<td>1662</td>
<td>5638</td>
<td>57360</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>64</td>
<td>19</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>47</td>
<td>26</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>54</td>
<td>23</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Regione</td>
<td>MMG</td>
<td>Medico specialista/reparto ospedaliero</td>
<td>Operatore sanitario Distretto/Al</td>
<td>Operatore di struttura socio-sanitaria</td>
<td>Inviante non noto</td>
<td>Altro</td>
<td>Totale</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>-----</td>
<td>---------------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>394</td>
<td>236</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>666</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>352</td>
<td>243</td>
<td>110</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>705</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>760</td>
<td>315</td>
<td>68</td>
<td>16</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>1181</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>2084</td>
<td>273</td>
<td>54</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
<td>101</td>
<td>2529</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>5777</td>
<td>1885</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2570</td>
<td>10233</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>361</td>
<td>444</td>
<td>50</td>
<td>29</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>898</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>3753</td>
<td>1504</td>
<td>348</td>
<td>49</td>
<td>8</td>
<td>269</td>
<td>5931</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>402</td>
<td>346</td>
<td>44</td>
<td>31</td>
<td>47</td>
<td>1290</td>
<td>2160</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>4144</td>
<td>1788</td>
<td>3125</td>
<td>26</td>
<td>37</td>
<td>826</td>
<td>9946</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1207</td>
<td>392</td>
<td>25</td>
<td>19</td>
<td>29</td>
<td>71</td>
<td>1743</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>61</td>
<td>198</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>322</td>
<td>126</td>
<td>463</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>2242</td>
<td>1415</td>
<td>14</td>
<td>3</td>
<td>332</td>
<td>127</td>
<td>4133</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>45</td>
<td>66</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>269</td>
<td>0</td>
<td>380</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>384</td>
<td>391</td>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
<td>808</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1121</td>
<td>230</td>
<td>60</td>
<td>20</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>1431</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1235</td>
<td>395</td>
<td>604</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>.</td>
<td>2253</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1215</td>
<td>504</td>
<td>496</td>
<td>100</td>
<td>694</td>
<td>91</td>
<td>3100</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>2462</td>
<td>753</td>
<td>15</td>
<td>6</td>
<td>19</td>
<td>66</td>
<td>3321</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>450</td>
<td>222</td>
<td>33</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
<td>30</td>
<td>953</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>42</td>
<td>64</td>
<td>15</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>121</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>2037</td>
<td>1637</td>
<td>558</td>
<td>42</td>
<td>179</td>
<td>146</td>
<td>4599</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>30728</strong></td>
<td><strong>13301</strong></td>
<td><strong>5652</strong></td>
<td><strong>379</strong></td>
<td><strong>1662</strong></td>
<td><strong>5638</strong></td>
<td><strong>57360</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Medico specialista/reparto ospedaliero</th>
<th>Operatore sanitario Distretto/Al</th>
<th>Operatore di struttura socio-sanitaria</th>
<th>Inviante non noto</th>
<th>Altro</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>59,2%</td>
<td>35,4%</td>
<td>0,8%</td>
<td>1,5%</td>
<td>1,5%</td>
<td>1,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>49,9%</td>
<td>34,5%</td>
<td>15,6%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>.</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>64,4%</td>
<td>26,7%</td>
<td>5,8%</td>
<td>1,4%</td>
<td>0,8%</td>
<td>1,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>82,4%</td>
<td>10,8%</td>
<td>2,1%</td>
<td>0,3%</td>
<td>0,4%</td>
<td>4,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>56,5%</td>
<td>18,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>25,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>40,2%</td>
<td>49,4%</td>
<td>5,6%</td>
<td>3,2%</td>
<td>0,1%</td>
<td>1,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>63,3%</td>
<td>25,4%</td>
<td>5,9%</td>
<td>0,8%</td>
<td>0,1%</td>
<td>4,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>18,6%</td>
<td>16,0%</td>
<td>2,0%</td>
<td>1,4%</td>
<td>2,2%</td>
<td>59,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>41,7%</td>
<td>18,0%</td>
<td>31,4%</td>
<td>0,3%</td>
<td>0,4%</td>
<td>8,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>69,2%</td>
<td>22,5%</td>
<td>1,4%</td>
<td>1,1%</td>
<td>1,7%</td>
<td>4,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>22,7%</td>
<td>73,6%</td>
<td>3,7%</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>54,2%</td>
<td>34,2%</td>
<td>0,3%</td>
<td>0,1%</td>
<td>8,0%</td>
<td>3,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>11,8%</td>
<td>17,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>70,8%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>47,5%</td>
<td>48,4%</td>
<td>2,1%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,1%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>78,3%</td>
<td>16,1%</td>
<td>4,2%</td>
<td>1,4%</td>
<td>.</td>
<td>.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>54,8%</td>
<td>17,5%</td>
<td>26,8%</td>
<td>0,4%</td>
<td>0,4%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>39,2%</td>
<td>16,3%</td>
<td>16,0%</td>
<td>3,2%</td>
<td>22,4%</td>
<td>2,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>74,1%</td>
<td>22,7%</td>
<td>0,5%</td>
<td>0,2%</td>
<td>0,6%</td>
<td>2,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>68,2%</td>
<td>23,3%</td>
<td>3,5%</td>
<td>1,2%</td>
<td>0,7%</td>
<td>3,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>34,7%</td>
<td>52,9%</td>
<td>12,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>44,3%</td>
<td>35,6%</td>
<td>12,1%</td>
<td>0,9%</td>
<td>3,9%</td>
<td>3,2%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>53,6%</strong></td>
<td><strong>23,2%</strong></td>
<td><strong>9,9%</strong></td>
<td><strong>0,7%</strong></td>
<td><strong>2,9%</strong></td>
<td><strong>9,8%</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Variabile</td>
<td>N° Centri validi</td>
<td>Totale Pazienti*</td>
<td>%*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>-----</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entro 24 ore dalla segnalazione</td>
<td>196</td>
<td>15422</td>
<td>31.9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tra 24 e 48 ore dalla segnalazione</td>
<td>203</td>
<td>18263</td>
<td>37.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tra 48 e 72 ore dalla segnalazione</td>
<td>149</td>
<td>9833</td>
<td>20.3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oltre le 72 ore dalla segnalazione</td>
<td>115</td>
<td>4824</td>
<td>10.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>48342</td>
<td></td>
<td>100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Totali e % ricavate su 203 centri con dati completi su J-41 e coerenti con F-23a

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% entro 24 ore</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
<td>51.7%</td>
<td>14.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% tra 24 e 48 ore</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
<td>44.1%</td>
<td>14.9%</td>
<td>89.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% tra 48 e 72 ore</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
<td>14.3%</td>
<td>4.1%</td>
<td>34.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>% Oltre le 72 ore</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
<td>7.1%</td>
<td>0.0%</td>
<td>16.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>J-41 e totale pazienti per tipo Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tipologia</td>
</tr>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>% J-41 su totale pazienti assistiti, per tipo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tipologia</td>
</tr>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>% J-41 tra tipologie, per momento della segnalazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tipologia</td>
</tr>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### J-41 Totale pazienti, per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>0-24 ore</th>
<th>24-48 ore</th>
<th>48-72 ore</th>
<th>Oltre-72 ore</th>
<th>Totale pazienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>426</td>
<td>112</td>
<td>48</td>
<td>28</td>
<td>614</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>447</td>
<td>176</td>
<td>52</td>
<td>30</td>
<td>705</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>405</td>
<td>556</td>
<td>67</td>
<td>69</td>
<td>1097</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>410</td>
<td>1179</td>
<td>217</td>
<td>347</td>
<td>2153</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1112</td>
<td>2993</td>
<td>3945</td>
<td>68</td>
<td>8118</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>564</td>
<td>511</td>
<td>197</td>
<td>20</td>
<td>1292</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>271</td>
<td>1202</td>
<td>1245</td>
<td>3130</td>
<td>5848</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>658</td>
<td>881</td>
<td>593</td>
<td>28</td>
<td>2160</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>5287</td>
<td>1774</td>
<td>240</td>
<td>123</td>
<td>7424</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>573</td>
<td>824</td>
<td>109</td>
<td>34</td>
<td>1540</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>119</td>
<td>76</td>
<td>51</td>
<td>23</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>579</td>
<td>1034</td>
<td>445</td>
<td>496</td>
<td>2534</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>398</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>398</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>119</td>
<td>524</td>
<td>135</td>
<td>32</td>
<td>810</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>241</td>
<td>823</td>
<td>1169</td>
<td>259</td>
<td>2492</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>23</td>
<td>819</td>
<td>599</td>
<td>3</td>
<td>1444</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>2028</td>
<td>2604</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>4644</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>1054</td>
<td>1137</td>
<td>207</td>
<td>30</td>
<td>2428</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>205</td>
<td>168</td>
<td>34</td>
<td>41</td>
<td>448</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>60</td>
<td>22</td>
<td>6</td>
<td>36</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>443</td>
<td>848</td>
<td>464</td>
<td>25</td>
<td>1780</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % J-41 su totale pazienti, entro Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>0-24 ore</th>
<th>24-48 ore</th>
<th>48-72 ore</th>
<th>Oltre-72 ore</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>69.4%</td>
<td>18.2%</td>
<td>7.8%</td>
<td>4.6%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>63.4%</td>
<td>25.0%</td>
<td>7.4%</td>
<td>4.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>36.9%</td>
<td>50.7%</td>
<td>6.1%</td>
<td>6.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>19.0%</td>
<td>54.8%</td>
<td>10.1%</td>
<td>16.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>13.7%</td>
<td>36.9%</td>
<td>48.6%</td>
<td>0.8%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>43.7%</td>
<td>39.6%</td>
<td>15.2%</td>
<td>1.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>4.6%</td>
<td>20.6%</td>
<td>21.3%</td>
<td>53.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>30.5%</td>
<td>40.8%</td>
<td>27.5%</td>
<td>1.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>71.2%</td>
<td>23.9%</td>
<td>3.2%</td>
<td>1.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>37.2%</td>
<td>53.5%</td>
<td>7.1%</td>
<td>2.2%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>44.2%</td>
<td>28.3%</td>
<td>19.0%</td>
<td>8.6%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>22.7%</td>
<td>40.5%</td>
<td>17.4%</td>
<td>19.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>100.0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>14.7%</td>
<td>64.7%</td>
<td>16.7%</td>
<td>4.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9.7%</td>
<td>33.0%</td>
<td>46.9%</td>
<td>10.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>1.6%</td>
<td>56.7%</td>
<td>41.5%</td>
<td>0.2%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>43.7%</td>
<td>56.1%</td>
<td>0.2%</td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>43.4%</td>
<td>46.8%</td>
<td>8.5%</td>
<td>1.2%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>45.8%</td>
<td>37.5%</td>
<td>7.6%</td>
<td>9.2%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>48.4%</td>
<td>17.7%</td>
<td>4.8%</td>
<td>29.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>24.9%</td>
<td>47.6%</td>
<td>26.1%</td>
<td>1.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### J-42 Indicare il numero di malati assistiti nel 2008 per giorni di presa in carico

**Totale pazienti e % pazienti per giornate di presa in carico**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri che segnalano</th>
<th>Totale pazienti</th>
<th>%*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Durata della presa in carico 0-7 gg</td>
<td>218</td>
<td>6559</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>Durata della presa in carico 8-30 gg</td>
<td>233</td>
<td>12990</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>Durata della presa in carico 31-60 gg</td>
<td>228</td>
<td>11131</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>Durata della presa in carico 61-90 gg</td>
<td>218</td>
<td>5608</td>
<td>12%</td>
</tr>
<tr>
<td>Durata della presa in carico oltre 90 gg</td>
<td>211</td>
<td>9854</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>46142</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* su 199 centri con dati completi su J-42 e coerenti con F–23a

### % pazienti per gg presa in carico su totale pazienti assistiti nel Centro: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% 0-7 gg</td>
<td>0%</td>
<td>61.1%</td>
<td>14.1%</td>
<td>7.3%</td>
<td>20.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>% 8-30 gg</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>28.6%</td>
<td>18.8%</td>
<td>38.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% 31-60 gg</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>19.8%</td>
<td>14.5%</td>
<td>27.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>% 61-90 gg</td>
<td>0%</td>
<td>67.3%</td>
<td>10.1%</td>
<td>7.1%</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% oltre 90 gg</td>
<td>0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>14.3%</td>
<td>5.7%</td>
<td>29.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % j-42 su totale pazienti assistiti, per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>0-7 gg</th>
<th>8-30 gg</th>
<th>31-60 gg</th>
<th>61-90 gg</th>
<th>Oltre 90 gg</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>2013</td>
<td>4506</td>
<td>4089</td>
<td>2435</td>
<td>5226</td>
<td>18368</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>4547</td>
<td>8484</td>
<td>7042</td>
<td>3173</td>
<td>4628</td>
<td>27874</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>6559</td>
<td>12990</td>
<td>11131</td>
<td>5608</td>
<td>9854</td>
<td>46142</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>0-7 gg</th>
<th>8-30 gg</th>
<th>31-60 gg</th>
<th>61-90 gg</th>
<th>Oltre 90 gg</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>11</td>
<td>25</td>
<td>22</td>
<td>13</td>
<td>29</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>16</td>
<td>30</td>
<td>25</td>
<td>11</td>
<td>17</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>14</td>
<td>28</td>
<td>24</td>
<td>12</td>
<td>22</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Regione</td>
<td>0-7gg</td>
<td>8-30gg</td>
<td>31-60gg</td>
<td>61-90gg</td>
<td>Oltre 90gg</td>
<td>Totale</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td>-----------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>34</td>
<td>93</td>
<td>104</td>
<td>75</td>
<td>38</td>
<td>344</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>89</td>
<td>162</td>
<td>216</td>
<td>134</td>
<td>88</td>
<td>689</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>168</td>
<td>219</td>
<td>178</td>
<td>79</td>
<td>466</td>
<td>1110</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>209</td>
<td>415</td>
<td>282</td>
<td>285</td>
<td>212</td>
<td>1403</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>1000</td>
<td>2149</td>
<td>1733</td>
<td>1255</td>
<td>4127</td>
<td>10264</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>133</td>
<td>267</td>
<td>344</td>
<td>62</td>
<td>94</td>
<td>900</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>520</td>
<td>1453</td>
<td>1637</td>
<td>695</td>
<td>1413</td>
<td>5718</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>67</td>
<td>263</td>
<td>338</td>
<td>126</td>
<td>20</td>
<td>814</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>1438</td>
<td>2421</td>
<td>1437</td>
<td>601</td>
<td>887</td>
<td>6784</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>114</td>
<td>381</td>
<td>487</td>
<td>263</td>
<td>304</td>
<td>1549</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>46</td>
<td>103</td>
<td>72</td>
<td>26</td>
<td>19</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>683</td>
<td>1256</td>
<td>613</td>
<td>408</td>
<td>408</td>
<td>3368</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>14</td>
<td>31</td>
<td>39</td>
<td>31</td>
<td>7</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>34</td>
<td>44</td>
<td>60</td>
<td>45</td>
<td>33</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>96</td>
<td>404</td>
<td>260</td>
<td>117</td>
<td>183</td>
<td>1060</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>148</td>
<td>340</td>
<td>378</td>
<td>408</td>
<td>399</td>
<td>1673</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>691</td>
<td>713</td>
<td>1147</td>
<td>169</td>
<td>133</td>
<td>2853</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>455</td>
<td>1187</td>
<td>652</td>
<td>249</td>
<td>230</td>
<td>2773</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>165</td>
<td>355</td>
<td>225</td>
<td>113</td>
<td>109</td>
<td>967</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d'Aosta</td>
<td>19</td>
<td>36</td>
<td>20</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>436</td>
<td>698</td>
<td>909</td>
<td>456</td>
<td>676</td>
<td>3175</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>6559</strong></td>
<td><strong>12990</strong></td>
<td><strong>11131</strong></td>
<td><strong>5608</strong></td>
<td><strong>9854</strong></td>
<td><strong>46142</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>0-7gg</th>
<th>8-30gg</th>
<th>31-60gg</th>
<th>61-90gg</th>
<th>Oltre 90gg</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>9.9%</td>
<td>27.0%</td>
<td>30.2%</td>
<td>19.4%</td>
<td>11.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>12.9%</td>
<td>23.5%</td>
<td>31.3%</td>
<td>19.4%</td>
<td>12.8%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>15.1%</td>
<td>19.7%</td>
<td>16.0%</td>
<td>7.1%</td>
<td>42.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>14.9%</td>
<td>29.6%</td>
<td>20.1%</td>
<td>20.3%</td>
<td>15.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>9.7%</td>
<td>20.9%</td>
<td>16.9%</td>
<td>12.2%</td>
<td>40.2%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli-VG.</td>
<td>14.8%</td>
<td>29.7%</td>
<td>38.2%</td>
<td>6.9%</td>
<td>10.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>9.1%</td>
<td>25.4%</td>
<td>28.6%</td>
<td>12.2%</td>
<td>24.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>8.2%</td>
<td>32.3%</td>
<td>41.5%</td>
<td>15.5%</td>
<td>2.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>21.2%</td>
<td>35.7%</td>
<td>31.2%</td>
<td>8.9%</td>
<td>13.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>7.4%</td>
<td>24.6%</td>
<td>31.4%</td>
<td>17.0%</td>
<td>19.6%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>17.3%</td>
<td>38.7%</td>
<td>27.1%</td>
<td>9.8%</td>
<td>7.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>20.3%</td>
<td>37.3%</td>
<td>18.2%</td>
<td>12.1%</td>
<td>12.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Bolzano</td>
<td>11.5%</td>
<td>25.4%</td>
<td>32.0%</td>
<td>25.4%</td>
<td>5.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA Trento</td>
<td>15.7%</td>
<td>20.4%</td>
<td>27.8%</td>
<td>20.8%</td>
<td>15.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>9.1%</td>
<td>38.1%</td>
<td>24.5%</td>
<td>11.0%</td>
<td>17.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>8.8%</td>
<td>20.3%</td>
<td>22.6%</td>
<td>24.4%</td>
<td>23.8%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>24.2%</td>
<td>25.0%</td>
<td>40.2%</td>
<td>5.9%</td>
<td>4.7%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16.4%</td>
<td>42.8%</td>
<td>23.5%</td>
<td>9.0%</td>
<td>8.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>17.1%</td>
<td>36.7%</td>
<td>23.3%</td>
<td>11.7%</td>
<td>11.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d'Aosta</td>
<td>20.2%</td>
<td>38.3%</td>
<td>21.3%</td>
<td>11.7%</td>
<td>8.5%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>13.7%</td>
<td>22.0%</td>
<td>28.6%</td>
<td>14.4%</td>
<td>21.3%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>14.2%</td>
<td>28.2%</td>
<td>24.1%</td>
<td>12.2%</td>
<td>21.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
J-43 Esiste una lista d’attesa, dopo la valutazione di eleggibilità, per la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare superiore alle 72 ore?

<table>
<thead>
<tr>
<th>J-43</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>271</td>
<td>89%</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>33</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>126</td>
<td>15</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>145</td>
<td>18</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>271</td>
<td>33</td>
<td>304</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### % entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>89.4%</td>
<td>10.6%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>89.0%</td>
<td>11.0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>89.1%</td>
<td>10.9%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>18</td>
<td>22.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>40</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>18.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>15</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>72</td>
<td>0</td>
<td>72</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemontone</td>
<td>15</td>
<td>6</td>
<td>21</td>
<td>28.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>44.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>16.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>16</td>
<td>0</td>
<td>16</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>17</td>
<td>2</td>
<td>19</td>
<td>10.5%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td>271</td>
<td>33</td>
<td>304</td>
<td>10.9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SEZIONE K - ASPETTI ECONOMICI

**K-44** Nel Centro è utilizzato un sistema di contabilità analitica per centri di costo, con uno specifico per le cure palliative domiciliari?

<table>
<thead>
<tr>
<th>J-43</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No</td>
<td>215</td>
<td>71%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sì</td>
<td>88</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>N°</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>126</td>
<td>14</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>89</td>
<td>74</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>215</strong></td>
<td><strong>88</strong></td>
<td><strong>303</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% entro tipo**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>N°</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>90</td>
<td>10</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>55</td>
<td>45</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>71</strong></td>
<td><strong>29</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Per Regione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N°</th>
<th>Sì</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Sì entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>40.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>38.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>11.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>37</td>
<td>3</td>
<td>40</td>
<td>7.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli V.G.</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>13.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>43</td>
<td>29</td>
<td>72</td>
<td>40.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>23.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>21</td>
<td>57.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Bolzano</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA: Trento</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
<td>37.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>215</strong></td>
<td><strong>88</strong></td>
<td><strong>303</strong></td>
<td><strong>29.0%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
K-44.a Se esiste uno specifico centro di costo per le cure palliative domiciliari è in grado di fornire il costo totale annuo per le cure palliative domiciliari (2008)?

<table>
<thead>
<tr>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>% non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>35</td>
<td>52</td>
<td>40%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>27</td>
<td>46</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>35</td>
<td>52</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% entro tipo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipologia</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Senza équipe dedicata</td>
<td>57</td>
<td>43</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Con équipe dedicata</td>
<td>27</td>
<td>63</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>40</td>
<td>60</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>No</th>
<th>Si</th>
<th>Totale Centri</th>
<th>% Si entro Regione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>60.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>11</td>
<td>18</td>
<td>29</td>
<td>62.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
<td>54.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>75.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>33.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale</td>
<td>35</td>
<td>52</td>
<td>87</td>
<td>59.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

K-44.b Costo totale annuo per le cure palliative domiciliari nel 2008

<table>
<thead>
<tr>
<th>Costo totale annuo</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Valori mancanti</th>
<th>Somma</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>€ 48,207,417</td>
<td>48</td>
<td>265</td>
<td>€ 976,569</td>
<td>€ 292,236</td>
<td>€ 85,803</td>
<td>€ 714,182</td>
<td>€ 707,298</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Costo per il personale</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Valori mancanti</th>
<th>Somma</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>€ 36,292,656</td>
<td>48</td>
<td>265</td>
<td>€ 772,184</td>
<td>€ 214,586</td>
<td>€ 36,263</td>
<td>€ 707,298</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

K-44.c Se conosce il costo totale annuo per le cure palliative domiciliari (K-44.b), precisare se:

<table>
<thead>
<tr>
<th>K-44.c</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su 48 Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sono compresi i farmaci</td>
<td>23</td>
<td>48%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sono esclusi farmaci</td>
<td>25</td>
<td>52%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>K-44.c</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su 48 Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sono compresi dispositivi, ausili, presidi, altro materiale sanitario</td>
<td>26</td>
<td>54%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sono esclusi dispositivi, ausili, presidi, altro materiale sanitario</td>
<td>22</td>
<td>46%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
K-45 In che misura (%) viene coperto il fabbisogno finanziario annuo totale del Centro? (+risposte)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>N° Centri che segnalano almeno tale fonte</th>
<th>% su Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Copertura da parte del SSN</td>
<td>262</td>
<td>82.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Copertura Enti locali o Sogg. Pubblici</td>
<td>60</td>
<td>18.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Copertura da Organizzazioni non profit</td>
<td>71</td>
<td>21.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Capitale proprio</td>
<td>57</td>
<td>17.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altre fonti</td>
<td>58</td>
<td>17.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>47</td>
<td>15.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% copertura costi annui, per tipo di copertura su totale costi annui: variabilità tra Centri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabile</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Copertura da parte del SSN</td>
<td>88.3%</td>
<td>100.0%</td>
<td>90.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Copertura Enti locali o Sogg. Pubblici</td>
<td>10.7%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>5.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Copertura da Organizzazioni non profit</td>
<td>18.7%</td>
<td>9.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Capitale proprio</td>
<td>16.8%</td>
<td>0.0%</td>
<td>0.0%</td>
<td>20.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altre fonti</td>
<td>22.1%</td>
<td>1.5%</td>
<td>0.0%</td>
<td>30.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tipo di copertura ricodificata

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo copertura</th>
<th>Totale</th>
<th>% Centri</th>
<th>% su Centri non missing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>100% SSN</td>
<td>174</td>
<td>55.8%</td>
<td>65.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>100%&gt;SSN;&lt;80%</td>
<td>39</td>
<td>12.5%</td>
<td>14.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>SSN+ Altra copertura</td>
<td>4</td>
<td>1.3%</td>
<td>1.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>SSN+ Capitale proprio</td>
<td>4</td>
<td>1.3%</td>
<td>1.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>SSN+ ONP (maggioranza SSN)</td>
<td>8</td>
<td>2.6%</td>
<td>3.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>100% ONP (Organizz. Non Profit)</td>
<td>1</td>
<td>0.3%</td>
<td>0.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>ONP+SSN</td>
<td>7</td>
<td>2.2%</td>
<td>2.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>100% Capitale proprio</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Capitale proprio +SSN</td>
<td>5</td>
<td>1.6%</td>
<td>1.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>100% Enti locali</td>
<td>3</td>
<td>1.0%</td>
<td>1.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Enti locali +Altra copertura</td>
<td>1</td>
<td>0.3%</td>
<td>0.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>100% Altra copertura</td>
<td>4</td>
<td>1.3%</td>
<td>1.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Altra copertura +SSN</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td>2.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Misto (almeno tre fonti)</td>
<td>6</td>
<td>1.9%</td>
<td>2.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>47</td>
<td>15.1%</td>
<td>16.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale complessivo</td>
<td>312</td>
<td>100.0%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Per due tipi di finanziamento, il primo è prevalente)
**SEZIONE L - MODALITÀ DI COMUNICAZIONE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>% su Centri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Carta dei servizi</td>
<td>210</td>
</tr>
<tr>
<td>Site web</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>Brochure cartacea</td>
<td>191</td>
</tr>
<tr>
<td>Sportelli/banchetti</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Altro</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Nessuna modalità</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SEZIONE M - SVILUPPO DELLA RETE AI SENSI DEL DM 43 DEL 22 FEBBRAIO 2007**

**M-47 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti (causa tumore) e assistiti**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°* Centri</th>
<th>M47 per 100.000 residenti</th>
<th>Valore M47 per 100,000 residenti - standard</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regioni</th>
<th>Provincia</th>
<th>M47 per 100 000 residenti</th>
<th>Valore M47 per 100,000 residenti</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Statistiche descrittive: M-47 variabilità tra Centri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° Centri</th>
<th>Mancanti</th>
<th>Somma</th>
<th>Media</th>
<th>Mediana</th>
<th>Minimo</th>
<th>Massimo</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>168</td>
<td>144</td>
<td>1252984</td>
<td>745824</td>
<td>2798</td>
<td>0</td>
<td>120942</td>
<td>490.5</td>
<td>7333</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Valori M-47 per 100.000 residenti per Provincia e confronto con valore standard ministeriale**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Provincia</th>
<th>M47 per 100 000 residenti</th>
<th>Valore M47 per 100,000 residenti</th>
</tr>
</thead>
</table>

**SEGUIE**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>Provincia</th>
<th>M47 per 100 000 residenti</th>
<th>Valore Standard*</th>
<th>M47 per 100,000 residenti - standard</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Cremona</td>
<td>3296</td>
<td>9033</td>
<td>9737</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Lecco</td>
<td>7876</td>
<td>8240</td>
<td>-364</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Lodi</td>
<td>5029</td>
<td>9604</td>
<td>-4575</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Mantova</td>
<td>2522</td>
<td>7948</td>
<td>-5426</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Milano</td>
<td>1592</td>
<td>8251</td>
<td>-6660</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Pavia</td>
<td>480</td>
<td>8301</td>
<td>-7821</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Sondrio</td>
<td>2821</td>
<td>8624</td>
<td>-5802</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>Varese</td>
<td>264</td>
<td>7885</td>
<td>-7620</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Ascona</td>
<td>7988</td>
<td>7098</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Ascoli Piceno</td>
<td>254</td>
<td>6607</td>
<td>-6353</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Macerata</td>
<td>1690</td>
<td>7133</td>
<td>-5443</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>Pesaro e Urbino</td>
<td>9970</td>
<td>7062</td>
<td>2908</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>Campobasso</td>
<td>3045</td>
<td>6334</td>
<td>-3289</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>Isernia</td>
<td>2309</td>
<td>6669</td>
<td>-4360</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Alessandria</td>
<td>1959</td>
<td>8149</td>
<td>-6190</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Asti</td>
<td>186</td>
<td>7210</td>
<td>-7024</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Biella</td>
<td>6936</td>
<td>8520</td>
<td>-1504</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Cuneo</td>
<td>1806</td>
<td>7511</td>
<td>-5704</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Novara</td>
<td>12619</td>
<td>8428</td>
<td>4190</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Torino</td>
<td>1144</td>
<td>7779</td>
<td>-6635</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>Vercelli</td>
<td>95</td>
<td>8112</td>
<td>-8018</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Bari</td>
<td>Missing</td>
<td>7296</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Brindisi</td>
<td>4808</td>
<td>6624</td>
<td>-1816</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Foggia</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>6977</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Lecce</td>
<td>3728</td>
<td>7047</td>
<td>-3319</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>Taranto</td>
<td>8042</td>
<td>7076</td>
<td>966</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Cagliari</td>
<td>50</td>
<td>7278</td>
<td>-7228</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Nuoro</td>
<td>Missing</td>
<td>8130</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Ogliastra</td>
<td>Missing</td>
<td>5861</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Olbia–Tempio</td>
<td>2533</td>
<td>8057</td>
<td>-5524</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Oristano</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>7167</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>Sassari</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>7924</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Agrigento</td>
<td>Missing</td>
<td>6585</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Catania</td>
<td>1136</td>
<td>7367</td>
<td>-6231</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Enna</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>5634</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Messina</td>
<td>4852</td>
<td>6729</td>
<td>-1877</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Palermo</td>
<td>8822</td>
<td>6956</td>
<td>1866</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Ragusa</td>
<td>1457</td>
<td>6893</td>
<td>-5435</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Siracusa</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>6682</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>Trapani</td>
<td>5036</td>
<td>6476</td>
<td>-1440</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Arezzo</td>
<td>2582</td>
<td>7384</td>
<td>-4802</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Firenze</td>
<td>2489</td>
<td>7225</td>
<td>-4737</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Grosseto</td>
<td>1367</td>
<td>7753</td>
<td>-6386</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Livorno</td>
<td>641</td>
<td>7715</td>
<td>-7074</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Lucca</td>
<td>3255</td>
<td>8075</td>
<td>-4820</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Massa Carrara</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>7981</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Pisa</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>7392</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Pistoia</td>
<td>Missing</td>
<td>7201</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Prato</td>
<td>Missing</td>
<td>7294</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>Siena</td>
<td>12041</td>
<td>7347</td>
<td>4694</td>
</tr>
<tr>
<td>Trentino</td>
<td>Bolzano–Bozen</td>
<td>295</td>
<td>7559</td>
<td>-7264</td>
</tr>
<tr>
<td>Trentino</td>
<td>Trento</td>
<td>3621</td>
<td>8210</td>
<td>-4589</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Perugia</td>
<td>1374</td>
<td>7038</td>
<td>-5664</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>Terni</td>
<td>Non esistono Centri</td>
<td>7021</td>
<td>n.e.</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>Aosta</td>
<td>3517</td>
<td>8235</td>
<td>-4718</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Belluno</td>
<td>6215</td>
<td>8585</td>
<td>-2370</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Padova</td>
<td>1508</td>
<td>7619</td>
<td>-6111</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Rovigo</td>
<td>670</td>
<td>8656</td>
<td>-7985</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Treviso</td>
<td>585</td>
<td>7451</td>
<td>-6865</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Venezia</td>
<td>1013</td>
<td>8190</td>
<td>-7175</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Verona</td>
<td>556</td>
<td>7591</td>
<td>-7034</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>Vicenza</td>
<td>520</td>
<td>7515</td>
<td>-6995</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Il dato Missing identifica Province in cui esistono centri che tuttavia non forniscono dati su M47.
### M-48 % malati presi in carico a domicilio per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° centri risposte valide</th>
<th>Valori mancanti</th>
<th>Mediana</th>
<th>Massimo</th>
<th>Minimo</th>
<th>25° Pctl</th>
<th>75° Pctl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>151</td>
<td>161</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>0</td>
<td>95.3%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### M-48 e soglia ministeriale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Valore M-48</th>
<th>N° Centri</th>
<th>% su 151 Centri</th>
<th>Rispetto a soglia DM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M-48 = 100%</td>
<td>107</td>
<td>70.9%</td>
<td>Sopra la soglia</td>
</tr>
<tr>
<td>80% ≤ M-48&lt;100%</td>
<td>20</td>
<td>13.2%</td>
<td>Sopra la soglia</td>
</tr>
<tr>
<td>M-48&lt;80%</td>
<td>24</td>
<td>15.9%</td>
<td>Sotto la soglia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### M-48 per Regione

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regione</th>
<th>N° Centri</th>
<th>Totale numeratore</th>
<th>Totale denominatore</th>
<th>M-48</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abruzzo</td>
<td>3</td>
<td>174</td>
<td>206</td>
<td>84.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Basilicata</td>
<td>1</td>
<td>92</td>
<td>92</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Calabria</td>
<td>5</td>
<td>230</td>
<td>373</td>
<td>61.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Campania</td>
<td>3</td>
<td>1060</td>
<td>1083</td>
<td>97.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Emilia Romagna</td>
<td>17</td>
<td>2647</td>
<td>2702</td>
<td>98.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Friuli VG.</td>
<td>4</td>
<td>69</td>
<td>858</td>
<td>81.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazio</td>
<td>5</td>
<td>599</td>
<td>954</td>
<td>62.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liguria</td>
<td>2</td>
<td>1023</td>
<td>1023</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombardia</td>
<td>42</td>
<td>5221</td>
<td>5293</td>
<td>98.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Marche</td>
<td>5</td>
<td>450</td>
<td>459</td>
<td>98.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Molise</td>
<td>3</td>
<td>128</td>
<td>242</td>
<td>52.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Piemonte</td>
<td>15</td>
<td>1754</td>
<td>2292</td>
<td>76.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Bolzano</td>
<td>1</td>
<td>31</td>
<td>31</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>PA. Trento</td>
<td>4</td>
<td>221</td>
<td>221</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Puglia</td>
<td>4</td>
<td>1260</td>
<td>1481</td>
<td>85.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sardegna</td>
<td>2</td>
<td>138</td>
<td>138</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sicilia</td>
<td>6</td>
<td>1649</td>
<td>1686</td>
<td>97.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toscana</td>
<td>11</td>
<td>2180</td>
<td>2259</td>
<td>96.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Umbria</td>
<td>5</td>
<td>650</td>
<td>825</td>
<td>78.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Valle d’Aosta</td>
<td>2</td>
<td>57</td>
<td>86</td>
<td>66.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veneto</td>
<td>11</td>
<td>1730</td>
<td>2083</td>
<td>83.1%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
<td><strong>151</strong></td>
<td><strong>21990</strong></td>
<td><strong>24387</strong></td>
<td><strong>90.2%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Numero dei malati (con assistenza conclusa) nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l’inizio della presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 giorni.

**Numero di malati presi in carico a domicilio e con assistenza conclusa.
ricordo che solo pochi anni fa, un caro amico e poeta, Fabrizio De Andrè, raccogliendo qualche mio scoramento, mi spingeva ad andare avanti dicendo “Ma voi, che genia di sanitari siete ad affrontare in modo così chiaro e sereno il tabù della morte, del morire e della solitudine della malattia? Siete una genia che deve crescere e sicuramente crescerà”.

Bene, gli ultimi mesi del 2010 sono importanti in quanto vedono pubblicate in rapida successione due Monografie tra loro complementari per comprendere l’incredibile sviluppo delle cure palliative in atto nel nostro Paese: *Hospice in Italia: 2010* e *Le Cure Palliative Domiciliari in Italia*. Ciò è stato possibile grazie all’impegno di molti tra quelli che, in questi anni, hanno operato per dare una risposta sempre più adeguata ai bisogni degli oltre 250.000 malati che ogni anno in Italia muoiono a causa di una malattia inguaribile e per dare un aiuto alle loro famiglie. Scorrere gli spazi dedicati ai ringraziamenti inseriti nei due libri, verificate l’importanza degli Enti che hanno supportato i due studi ed osservate il numero di operatori che hanno dato il loro contributo: vi renderete conto di quanto oggi le cure palliative rappresentino anche in Italia un esempio di innovazione all’interno delle politiche sanitarie e socio-sanitarie pubbliche. D’altro canto, proprio questo elemento condiviso, ha contribuito a determinare differenze nel percorso dello sviluppo di ciascuna rete nazionale, soprattutto per ciò che riguarda il rapporto quantitativo e qualitativo fra i due cardini sui quali si regge: le strutture di ricovero-assistenza, definite “hospice” e l’assistenza domiciliare. Ad esempio, in Gran Bretagna, prima patria dell’assistenza ai malati nella fase finale della vita e del supporto alle loro famiglie, le Charities e le comunità locali hanno prioritariamente finanziato, creato e gestito gli hospice rispetto all’home care. In Italia, invece, il ruolo fondamen-
tale delle oltre 200 Organizzazioni Non Profit operanti nel settore, almeno fino al 2003 è stato quello di estendere, integrare e, se possibile, migliorare, il cosiddetto “Modello Floriani”, fonda
to sulle cure domiciliari. Dall’inizio degli anni ’80 il movimento italiano per le cure palliative, so-
prattutto la sua componente “non profit”, ha puntato strategicamente sulla creazione di Servizi di
cure palliative domiciliari. Sino al 2003 gli hosp
cische in Italia erano solo 20, come risulta dalla
monografia “Hospice in Italia 2006. Prima rile-
vazione ufficiale” [1], realizzata, non per caso, pro-
prio da tre Organizzazioni Non Profit, Società
Italiana di Cure Palliative, Fondazione Isabella Se-
ragnoli e Fondazione Floriani, con il supporto del
Ministero della Salute. Il fatto paradossale era pe-
rò che non vi era nessuna “fotografia” ufficiale e
rigorosamente certificata di quanto era avvenu-
to, a fronte della percezione comune dell’impo-
nente sviluppo delle cure palliative avvenuto negli ultimi 25-30 anni.

Certamente, per colmare questa carenza, erano stati fatti tentativi lodevoli: la SICP e la Lega Ita-
liana contro i Tumori Nazionale avevano pubblicato nel 1995, il Primo Libro Bianco “Realtà esi-
stenti operatori in Italia nel campo delle cure pal-
litative” [2]; nel 1997 è seguita la pubblicazione
della SICP “Realizzare le cure palliative in Ita-
lia” [3]. Nel 2000, è stata pubblicata la Mono-
grafia “Le Unità di Cure Palliative e le Orga-
nizzazioni Non Profit nell’Italia del 2000” [4].
Successivamente, nel 2001, grazie al finanziamento
dell’Azienda Farmaceutica Grünenthal Italia era
stato creato l’Osservatorio Italiano Cure Pallia-
tive (www.oicp.org) [5], ancora oggi importante
network di ricerca. Sino alla pubblicazione della
presente Monografia, l’Osservatorio era l’unica
fonte di dati ordinati sull’Assistenza domiciliare
in cure palliative, seppur con il forte limite costi-
tuito dall’autoelaborazione e della non certifica-
zione da parte delle Istituzioni dei dati comuni-
cati dai Centri. Successivamente, tra il 2001 e il
2002, l’allora Agenzia di Servizi Sanitari Regio-
nali – ASSR, oggi Agenas, sotto la guida di Vittor-
rio Ventafridda, aveva svolto una ricerca effettua-
ta in 6 Regioni italiane (Calabria, Campania, La-
zio, Lombardia, Puglia, Sardegna) Modalità orga-
nizzative delle strutture di assistenza palliativa e
integrazione delle stesse nella rete dei servizi ter-
ritoriali [6]. Da ultimo, nel 2007 – 2008, la Fede-
razione Cure Palliative, ha studiato 25 hospice, 20
Centri pubblici e privati operanti esclusiva-
te a livello domiciliare e 15 Associazioni di puro
volontariato, grazie ad uno specifico finanziamento
del Ministero, nell’ambito del sottoprogetto Strut-
tura ed Organizzazione di una Unità di Cure Pal-
litative articolazione del più ampio studio Model-
lo di unità di terapia del dolore e di cure palliati-
ve, integrate con associazioni di volontariato [7],
coordinato da Cesare Bonezzi dell’IRCCS Fon-
dazione Maugeri di Pavia.

Tutte le ricerche hanno dimostrato un dato ri-
corrente: la disomogeneità dei modelli e del li-
vello di diffusione delle cure palliative a livello in-
terregionale ed anche nell’ambito di una stessa
Regione.

Mancava però, sino ad ora, una visione di insie-
me a livello nazionale, realizzata applicando un
rigoroso metodo scientifico sia al sottosistema del-
le cure palliative domiciliari sia a quello degli ho-
spice. Per gli hospice la sopra citata Monografia
Hospice in Italia 2006. Prima rilevazione ufficiale ave-
va in parte colmato il black out informativo, cer-
tificando molti dei dati comunque già presenti
sul sito della Federazione Cure Palliative
(www.fedcp.org/hospice_italia/index.htm). Per
la valutazione della situazione a livello domicilia-
re mancava invece un flusso informativo che, ol-
tre ai dati quantitativi, offrisse anche un’analisi
chiara del livello di integrazione fra gli hospice e
i servizi di cure palliative domiciliari. Non esi-
steva infine una base dati che permettesse di va-
lutare il livello e le modalità di inserimento e in-
terrelazione fra hospice e assistenza domiciliare
di cure palliative con il network sanitario e so-
cio-assistenziale, nella sua interezza, in particola-
re con la rete dei medici di famiglia.

Un’evidenza di questo gap conoscitivo era rap-
presentata dal fatto che, all’interno di importanti pubblicazioni di Istituzioni politiche europee, ad esempio il Consiglio d’Europa e l’OMS, erano assenti o gravemente incompleti i dati relativi al nostro Paese: l’immagine dell’Italia contenuta nella Raccomandazione Rec (2003) 24, del Comitato dei Ministri agli Stati membri [8] e nelle più recenti Raccomandazioni dell’Assemblea del Consiglio d’Europa, del 2009 [9], era falsata da una palese disinformazione. Eppure la Legge 39 del 1999, era stata un esempio più unico che raro a livello internazionale di supporto economico istituzionale, 208 milioni di euro, e di inizio della fase moderna dello sviluppo delle cure palliative anche nel nostro paese. Nel 2008, gli hospice erano già oltre 140 mentre i Centri per le cure domiciliari, di cui una parte comunque dotati di assistenza in hospice, risultava superiore ai 200. Di questa crescita non vi era traccia all’interno dei due Documenti istituzionali europei sopra citati ma neppure in quella dell’OMS, Cure palliative. I fatti concreti, pubblicato nel 2004 e tradotto in italiano da SICP/SIGG nel 2006. L’unica pubblicazione internazionale nella quale i dati italiani erano sufficientemente aggiornati era quella della EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [11]. Va inoltre ricordato che il modello di sviluppo derivante dalle indicazioni ministeriali attraverso i Piani Sanitari Nazionali, modello recepito da molte Regioni all’interno dei propri Piani Sanitari e Socio Sanitari Regionali, ha sempre privilegiato la spinta verso uno sviluppo prevalentemente domiciliare. In base alle linee programmatiche nazionali e regionali, il 25% della popolazione potenzialmente assistibile nella rete delle cure palliative dovrebbe trovare risposta assistenziale in hospice e il restante 75% al proprio domicilio. In questo senso vanno tutte le normative succedutesi a livello regionale e nazionale a partire dal 1999, puntualmente analizzate e commentate nelle due monografie, normative che hanno costituito la base della legge n.38 del marzo 2010 Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Sono certo che i dati contenuti nelle due Opere rappresenteranno il fondamento per un proficuo lavoro della Commissione Nazionale istituita presso il Ministero della Salute, per le cure palliative e per la terapia del dolore, diretta da Guido Fanneli, e per i Gruppi di lavoro che sono stati chiamati ad affiancarla. I numerosi dati ed i commenti contenuti nelle due Monografie e relativi al numero elevato di strutture hospice e di Centri per le cure domiciliari censiti, rispettivamente 165 e 312, saranno di stimolo per chi è chiamato a definire gli standard organizzativi ed i requisiti per l’accreditamento dei centri della rete delle cure palliative e di quelli della terapia del dolore. In base alle linee programmatiche regionali e locali, il 25% del territorio potenzialmente assistibile nella rete delle cure palliative dovrebbe trovare risposta assistenziale in hospice e il restante 75% al proprio domicilio. In questo senso vanno tutte le normative succedutesi a livello regionale e nazionale a partire dal 1999, puntualmente analizzate e commentate nelle due monografie, normative che hanno costituito la base della legge n.38 del marzo 2010 Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Sono certo che i dati contenuti nelle due Opere rappresenteranno il fondamento per un proficuo lavoro della Commissione Nazionale istituita presso il Ministero della Salute, per le cure palliative e per la terapia del dolore, diretta da Guido Fanneli, e per i Gruppi di lavoro che sono stati chiamati ad affiancarla. I numerosi dati ed i commenti contenuti nelle due Monografie e relativi al numero elevato di strutture hospice e di Centri per le cure domiciliari censiti, rispettivamente 165 e 312, saranno di stimolo per chi è chiamato a definire gli standard organizzativi ed i requisiti per l’accreditamento dei centri della rete delle cure palliative e di quelli della terapia del dolore. Soprattutto, serviranno per porre le basi per il futuro delle criticità che emergono in en trambe le ricerche: 1. la forte disomogeneità del modello di risposta nei diversi territori del Paese; 2. la chiara sproporzione erogativa tra le Regioni ma anche all’interno di una stessa Regione; 3. la incongrua differenziazione del sistema tariffario a seconda della localizzazione territoriale dei servizi; 4. la presenza di una non completa integrazione fra hospice, cure territoriali e domiciliari, i medici di famiglia, le strutture per acuti e per cronici ed, infine, i servizi erogati dagli enti locali a sostegno delle famiglie. Sono certo che, come è avvenuto sin dall’inizio, le Organizzazioni Non Profit, oltre alle Istituzioni Sanitarie, agli operatori ed ai formatori istituzionali di conoscenza e cultura costituiranno un riferimento fondamentale per offrire ai malati ed alle loro famiglie una risposta concreta ai loro bisogni.

RIFERIMENTI CITATI
Realizzare le cure palliative in Italia, a cura di O. Corli, SICP, 1997

Le Unità di Cure Palliative e le Organizzazioni non Profit nell’Italia del 2000, O. Corli, in collaborazione con SICP e FCP, Ed. GPA, 2000

Osservatorio Italiano Cure Palliative (www.oicp.it), editor O. Corli, 2001

Modalità organizzative delle strutture di assistenza palliativa e integrazione delle stesse nella rete dei servizi territoriali, Direttore scientifico V. Ventafridda, ASSR, 2001-2002, Progetto Finalizzato ex art. 12 del MinSal


Cure Palliative. Un modello per politiche innovative in sanità e in ambito sociale, Assemblea parlamentare del Consiglio d’Europa tratto dalla VI seduta 28.01.2009. Traduzione a cura di Presenza Amica, Medica editoria e diffusione scientifica, 2010


INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
Le voci delle Regioni e delle Province Autonome
REGIONE ABRUZZO

di Rosa Borgia*, Pier Paolo Carinci**

*I Direttore U.O.C. Distretto Sanitario di Francavilla a Mare e responsabile ADI area di Chieti
**Responsabile U.O.S. aziendale Cure palliative – hospice – NAD dell’ex Asl Lanciano-Vasto

Nella Regione Abruzzo non ci sono hospice già strutturati, pertanto, a tutto il 2009 i pazienti terminali e oncologici gravi sono stati assistiti al domicilio del paziente in ADI attraverso il governo distrettuale del PAI con equippe multiprofessionale, il cui regista clinico sarebbe il Mmg.

Fino ad oggi l’unico supporto per la terapia del dolore è stato rappresentato da medici ospedalieri che, a consulenza, intervengono al domicilio del paziente.

Nell’esperienza distrettuale uno dei ruoli più impegnativi è il raccordo degli specialisti e del personale socio-sanitario.

Sono stati riscontrati specificatamente i problemi di natura psicologica dei pazienti, specialmente i giovani adulti con patologia oncologica, tanto da istituire in alcuni distretti l’ambulatorio di psicologia (seppure con le difficoltà economiche derivanti dal Piano di Rientro). Tale servizio è stato istituito a supporto della famiglia che spesso manifesta l’inadeguatezza emotiva e pratica nei confronti della situazione.

Si riscontra, in una discreta percentuale di casi, l’ingerenza dei familiari nella gestione degli aspetti medico-clinici fino alla perplessità e/o al rifiuto della terapia erogata, oltreché la difficoltà organizzativa di vita del paziente in malattia e dei propri familiari.

Si rileva la non cultura del personale sanitario rispetto alla natura della terapia e ai bisogni specifici dei malati terminali e di conseguenza il debito formativo specifico degli operatori del Servizio di assistenza alla terminalità, che andrebbe colmato con campagne di formazione e di informazione rivolte a medici palliativisti specializzati, ma anche a psicologi, Mmg, infermieri professionali e operatori sociosanitari.

A mio avviso, sarebbero da inserire all’insegna di una buona pratica clinica:

1. corsi di formazione per volontari delle cure palliative;
2. servizio di psicologia territoriale finalizzato ai pazienti terminali che agisca anche nel loro contesto familiare;
3. determinazione di una rete integrata ADI e hospice che segua il paziente anche tramite un software informatico dalla domanda attraverso il PUA, la valutazione UVM, la presa in carico (ADI-hospice) fino alla dimissione dal Servizio in ogni senso: terapeutico, gestionale, medico-legale, amministrativo e alla lista d’attesa.

1 Punto Unico di Accesso.
2 Unità di Valutazione Multidisciplinare.
SITUAZIONE ASL
DI CHIETI-LANCIANO-VASTO
La U.O. cure palliative-hospice della Asl Lanciano-Vasto-Chieti: organizzazione ed attività
Dal 2010 la ex Asl di Chieti e la ex Asl di Lanciano-Vasto sono state fuse nell’ambito del Piano di Rientro.
Le cure palliative si rivolgono a pazienti in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, in primo luogo malattie oncologiche, ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche. Queste cure hanno lo scopo di dare al malato la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della sua volontà, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa.
Nelle cure palliative il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di importanza fondamentale.
La fase terminale è quella condizione non più reversibile con le cure che, nell’arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici, come il dolore, e psichici che coinvolgono anche il nucleo familiare e delle relazioni sociali.
La malattia nella sua fase terminale è un processo ad evoluzione graduale che determina nel malato nuovi bisogni, nuove abitudini ed un nuovo stile di vita, che mutano progressivamente con l’avanzare dello stato della malattia.
Il malato terminale, per le caratteristiche della malattia che lo affligge, non richiede più complessi accertamenti diagnostici, ma l’esclusiva applicazione di cure palliative: un campo di intervento in cui sempre più emerge il concetto del “prendersi cura” della persona, una volta esaurite le possibilità di “curare” la malattia.
La fase terminale non appartiene esclusivamente alle malattie neoplastiche, ma emerge anche nel l’ultimo periodo di vita in persone affette da patologie croniche, irreversibili ed invalidanti quali la miocardiopatia dilatativa, le gravi malattie del l’apparato gastroenterico come la cirrosi epatica, l’insufficienza respiratoria con necessità di supporto ventilatorio, invasivo e non, che si evidenzia sia in pazienti primitivamente affetti da malattie respiratorie sia in pazienti neurologici affetti da sclerosi multipla e altre malattie del motoneurone.
L’Asl Lanciano-Vasto-Chieti si è dotata di un programma per il trattamento della fase terminale della vita che prevede, a regime, l’attuazione delle quattro modalità assistenziali previste dalle linee guida: cure palliative in residenza sanitaria-hospice, cure palliative domiciliari, consulenze ambulatoriali di cure palliative e terapia del dolore, cure palliative in regime di ricovero ospedaliero.
Sono previsti due hospice nell’Azienda: uno, con dodici posti letto, è ubicato a Lanciano (incardinato nel Distretto Sanitario di Lanciano) e operativo entro il 2010, l’altro con diciotto posti letto ubicato nel Comune di Torrevecchia Teatina incardinato nel DS di Francavilla al Mare con operatività prevista per il 2011.
Senza dubbio, tra le modalità assistenziali previste dal programma per le cure palliative della Asl, le cure palliative domiciliari sono quelle in cui l’esperienza e la professionalità degli operatori viene esercitata con continuità ormai da diversi anni.
La necessità di un’assistenza domiciliare in questo settore si avvertiva già all’inizio degli anni ‘90, quando nella Asl di Chieti i pazienti affetti da dolore neoplastico, una volta che la malattia di base era stata definita inguaribile, venivano ritenuti incurabili e come tali abbandonati ed in preda a sintomi che rendevano maggiormente disagevoli e talvolta priva di dignità la fase terminale della vita.
Ci si è attivati, pertanto, inizialmente su base volontaria, per l’assistenza di questi pazienti a domicilio, in collaborazione con il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ADI, al fine di fornire consulenze specialistiche di terapia del dolore e, più in generale, per il trattamento di sinto-
mi refrattari con le comuni terapie. 

La forma di assistenza proposta si fonda innanzitutto su prerequisiti etici volti alla ricerca del bene per il sofferente e per chi lo circonda; le figure professionali sono motivate e preparate allo scopo mediante corsi di formazione regionali ed aggiornamenti continuì.


I soggetti aventi diritto sono pazienti affetti da malattie inguaribili, in fase terminale, con problematiche collegate alla sofferenza ed al dolore nel paziente neoplastico con necessità di terapie infusionali per il controllo dei vari sintomi refrattari alle usuali terapie; i pazienti con malattie degenerative croniche non neoplastiche sono assistiti in relazione alla necessità di supporto ventilatorio, alla gestione di cannule tracheostomatiche permanenti e a tutti i problemi che da tale gestione deriva, alla necessità di terapie infusionali e trasfusionali.

Sono stati arruolati nel programma di cure palliative domiciliari anche i pazienti affetti da gravi insufficienze di organo (cardiopatie, nefropatie, epatopatie) che necessitano di assistenza medica e infermieristica per bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

Le figure professionali che assicurano i piani assistenziali specifici per i pazienti inseriti nei programmi ADI del territorio di competenza sono Dirigenti medici specialisti, Infermieri professionali esperti, Dirigenti farmacisti, Dietologi, OSS, afferenti alle U.O. di Cure Palliative-Hospice-NAD, di Anestesia e Rianimazione, di Oncologia medica, di Malattie infettive, delle farmacie ospedaliere e delle macroaree distrettuali della Asl Lanciano-Vasto-Chieti.

I pazienti inseriti nei programmi assistenziali sono quelli valutati dalla UVM che comunica, tramite fax, al Responsabile della U.O. di Cure Palliative, il caso per la presa in carico condivisa al livello territoriale.

I componenti del team valutano il paziente, stanno il programma assistenziale più idoneo, in accordo con il Medico di medicina generale, ed avviano il piano terapeutico ed assistenziale concordato, il PAI.

Il programma viene poi riportato nella prima seduta utile della UVM del Distretto di riferimento.

Le prestazioni di carattere medico ed infermieristico di natura specialistica, svolte dai professionisti riportati nel presente progetto, sono rese al domicilio del paziente.

La disponibilità medica ed infermieristica è in generare immediata e comunque non supera le 48 ore dalla segnalazione, termine ammissibile solo per pazienti stabili e residenti in zone disagevoli.

Le prestazioni sono rese dai componenti del team con percorsi assistenziali organici alle tipologie di cure domiciliari individuate dall’Azienda Sanitaria Regionale nelle Linee Guida del Sistema delle Cure Domiciliari (CD). In particolare le prestazioni sono rese sotto forma di consulenza, sempre autorizzata dal Distretto di competenza, nelle
CD prestazionali e nelle CD integrate di primo e secondo livello, mentre nella tipologia di CD di tipo 3A sono rese con continuità e controlli ravvicinati fino a giungere alla tipologia 3B ad una intensità assistenziale con presa in carico totale.

Gli interventi eseguiti saranno annotati sinteticamente su un foglio presenze (mod.ADI 11) al domicilio del paziente al fine di costituire una memoria clinica e, non di meno, giustificare l’orario imputato.

Copia cartacea del diario clinico sarà conservata presso le sedi della U.O.S. a valenza aziendale “Curare Palliative-Hospice-NAD”; in queste sedi è presente anche un database per fini statistici e scientifici. Si aspira alla messa in rete di hospice, distretti sanitari, cure domiciliari, domicilio del paziente (sistemi di telemedicina).

Di seguito sono riportati i dati della U.O. riferiti agli standard ministeriali di cui al D.M. 22.02.2007 n. 43.

Nel 2008 i pazienti trattati per cure palliative domiciliari nel territorio di Lanciano sono stati complessivamente 211 con 163 nuovi ingressi, 139 decessi e 8 sospensioni; la patologia principale è stata il cancro in 171 casi, seguita da cirrosi epatica, cardiopatia refrattaria, insufficienza respiratoria terminale, dolore non neoplastico, insufficienza renale, per un totale di 40 casi. Per quanto riguarda il territorio di Vasto, seguito da altro team nel 2008, i pazienti assistiti risultano 55.

Nel 2009 i dati provvisori sono in netta crescita: nell’area di Lanciano-Vasto i pazienti seguiti per cure palliative sono stati 245 dei quali 182 sono nuovi ingressi; per l’area di Vasto l’incremento è stato più sensibile in quanto i dati lasciano prevedere un incremento del 100% con 110 pazienti rispetto ai 55 dell’anno precedente.

Il territorio della ex Asl di Chieti (abitanti 160.000) ha ottemperato ai fabbisogni di cure palliative domiciliari attraverso il servizio ADI centrale in fascia assistenziale 3A e 3B per un totale di 350 casi.

Per quanto attiene il triennio 2009-2011 si rinvià alla linea progettuale: “Le Cure Palliative e la Terapia del Dolo re”, Progetto Obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/96, in via di deliberazione.
Il rapporto “Le cure palliative domiciliari in Italia” così come è stato elaborato e strutturato fotografa adeguatamente l’avanzamento del sistema delle cure domiciliari nel nostro Paese, evidenziandone meriti, aspetti di efficacia e di efficienza, ma anche criticità e problematiche (alcune già esplicitate, altre da approfondire). L’analisi dei dati mostra, ad ogni modo, che le cure domiciliari sono ormai un’articolazione decisiva dell’assistenza sanitaria complessiva, indipendentemente dalle forme organizzative adottate dai singoli attori regionali, e che sono pertanto lo strumento appropriato a promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli standard prestazionali offerti all’utenza.

Per far progredire questo approccio occorrerà ancora lavorare sulla definizione di indicatori qualitativi che tengano conto dell’effettivo servizio reso ai cittadini. Sarà necessario, in tal direzione, formulare ulteriori indicatori finalizzati alla rilevazione *quality oriented* del servizio erogato, nonché ad accelerare l’auspicata integrazione socio-sanitaria.

Implementare la batteria di indicatori già costruita in questa prima indagine, consente la migliore comprensione dei parametri determinanti l’erogazione del servizio. Certamente nella domiciliarità afferente alle cure palliative in pazienti con limitata aspettativa di vita, il lavoro a carico degli operatori è molto impegnativo anche nella componente emotionale personale, tanto che la stessa normativa ha previsto un frequente *turn-over* delle figure professionali e un sostegno alle stesse.

L’attenzione ai fattori di stress psicologico degli addetti è indice di qualità, ma richiede, in un contesto quale quello attuale, caratterizzato da carenza di risorse umane e da vincoli finanziari, un’efficace razionalizzazione e oculata organizzazione delle attività.

La Regione Basilicata, che da oltre un decennio pone attenzione alle cure domiciliari integrate, esprime apprezzamento per la ricerca ed auspica il proseguimento dell’indagine proprio per associare alla programmazione il supporto di studi scientificamente validati dall’Agenas e dagli esperti di settore che ne qualificano ulteriormente il profilo.
L’ESPERIENZA DELLA REGIONE CAMPANIA IN MATERIA DI CURE DOMICILIARI: UN SISTEMA IN EVOLUZIONE

Nel corso di quest’ultimo decennio, la realizzazione del sistema di cure domiciliari in Regione Campania si è mosso lungo tre tendenze di tipo normativo e di indirizzo programmatico ispirate ai documenti nazionali: il vincolo di programmazione delle risorse da dedicare alle cure domiciliari, in particolare alla tipologia di assistenza già definita assistenza domiciliare integrata-ADI, la ridefinizione di modelli organizzativi e gestionali del sistema di cure domiciliari, monitoraggio dell’appropriatezza delle prestazioni erogate.

Su tale processo si è innestato il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione del sistema sanitarìo regionale che ha previsto tre obiettivi operativi nell’ambito dell’obiettivo di “Riorganizzazione del livello di assistenza distrettuale”, ovvero: “il potenziamento dell’assistenza agli anziani non autosufficienti utilizzando anche la riconversione di presidi ospedalieri”; “il potenziamento dell’assistenza territoriale ai malati terminali”; “il potenziamento dell’assistenza domiciliare ai malati oncologici”, che hanno consentito di sviluppare linee d’intervento nella direzione di un consolidamento di un sistema di offerta territoriale e distrettuale di cure di tipo domiciliare.

Fino al 2008, grazie all’utilizzo mirato dei fondi finalizzati della legge 662/96 collegati agli obiettivi del piano sanitario nazionale, è stato possibile definire una serie di interventi mirati allo sviluppo e al consolidamento della rete territoriale delle attività, a partire da azioni favorenti la rete assistenziale per i disturbi cronici degli anziani e per la presa in carico terapeutico-clinica di tipo domiciliare per i soggetti affetti da patologie oncologiche e non in fase terminale.

L’Assessorato alla Sanità, attraverso il settore Fasce Deboli ha predisposto, nel rispetto degli obiettivi di piano, una serie di atti deliberativi attuativi delle indicazioni definite in sede di Conferenza Stato-Regioni ed ha introdotto modalità per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari complessi, in un’ottica di integrazione funzionale tra servizi sanitari e sociali. Inoltre, quale obiettivo specifico è stata inserita l’implementazione della valutazione multidimensionale e l’introduzione del piano personalizzato di assistenza per promuovere...
re e garantire l’appropriatezza delle prestazioni. Elemento positivo è l’introduzione del principio della programmazione e progettazione locale degli interventi nell’ottica della responsabilizzazione, dell’ottimizzazione delle risorse e di rafforzamento del ruolo del distretto sanitario che diviene centro di programmazione, concertazione ed erogazione di risorse e servizi alla persona.

Di notevole rilievo nella gestione degli interventi a livello distrettuale è la cabina di regia aziendale per le cure domiciliari con specifici compiti in tema di programmazione e monitoraggio degli interventi, raccordo con attività ordinarie e non realizzate a livello aziendale, in un’ottica di complementarità.

Inoltre, in una prospettiva di potenziamento del circuito dell’assistenza domiciliare, è stata data attenzione anche alla programmazione di interventi di rafforzamento dei servizi semiresidenziali per sostenere gli interventi domiciliari e mantenere il cittadino al proprio domicilio.

Complessivamente le azioni realizzate hanno consentito di raggiungere i seguenti obiettivi:

- coinvolgimento della figura del Mmg/Pls all’interno dell’équipe distrettuale;
- programmazione e realizzazione delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori;
- elaborazione di strumenti di gestione dei dati relativi al soggetto preso in carico;
- implementazione di un sistema di gestione condivisa;
- attivazione ed implementazione di sistemi di accesso unitario ai servizi sociosanitari (vedi il PUA, Punto Unico d’Accesso);
- implementazione delle attività di valutazione multidimensionale.

Per ciò che attiene alle strategie di implementazione del sistema territoriale di presa in carico dei malati terminali ed ha finanziato una serie di progetti tesi ad attivare la rete ed erogare le prestazioni specifiche. Inoltre con decreto dirigenziale è stato attivato il Coordinamento Regionale per l’Assistenza al Malato Terminale (CRAMT) per la rete integrata di assistenza ai malati terminali tra le strutture hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative, con funzioni di studio e monitoraggio di attivazione della rete.

La recente normativa “Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche”, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 e recepito dalla Giunta regionale della Campania e la legge 38/2010 inducono a ripensare il modello di erogazione delle cure a livello territoriale e sostengono l’attività di ripensamento delle cure palliative che la Regione Campania ha avviato attraverso un programma di formazione del personale sanitario e parasanitario, e specifiche linee d’indirizzo per le cure palliative che costituiscono un unicum a livello programmatorio con un documento d’indirizzo sulle cure domiciliari.

La Regione Campania intende promuovere un sistema di cure domiciliari più articolato, che superi la separazione tra modelli di assistenza e che riesca a fornire una risposta articolata ad un bisogno “complesso” di salute del cittadino e, necessariamente, passare per una ridefinizione delle cure domiciliari. Accanto alle criticità di natura economica, organizzativa e operativa, si è registrata spesso la difficoltà degli operatori del settore a condividere le stesse modalità organizzative, attribuendo significati diversi al medesimo termine di uso comune. Fornire il territorio di una definizione comune di cure domiciliari costituisce un grande risultato, soprattutto considerando che le prestazioni di tipo domiciliare sono per lo più erogate in regime di integrazione con gli Enti locali e pertanto la necessità di un comune glossario risulta ancora più stringente.

---


5 DGR C 511 del 15 aprile 2005: “Assistenza ai Malati Terminali Piano di Formazione e Aggiornamento del personale sanitario e parasanitario della Regione Campania da impiegare nella rete per l’assistenza ai malati terminali.”
A partire dal documento “Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e ospedalizzazione a domicilio”, la Regione Campania ha elaborato le linee guida Il sistema dei servizi domiciliari in Regione Campania in modo condiviso fra l’Assessorato alle Politiche Sociali e l’Assessorato alla Sanità, col fine di dare ordine e orientare tra le diverse definizioni date nel corso degli anni sia a livello ministeriale sia regionale, oltre che per fornire indicazioni utili agli operatori del settore sanitario e sociale.

Per completare il quadro normativo e d’indirizzo su un sistema regionale di cure domiciliari, il passaggio successivo è adottare un documento tecnico specifico sulla rete di assistenza territoriale per i cittadini con patologie terminali e/o che necessitino di cure palliative.

L’auspicio è approvare i documenti d’indirizzo quanto prima e procedere ad approntare un sistema tariffario idoneo alla presa in carico del malato terminale nell’ambito dell’offerta territoriale.

Ad oggi, infatti, tale offerta è ancora fortemente insufficiente: il blocco del sistema di accreditamento nonché dell’autorizzazione all’esercizio di strutture all’uopo deputate, la lentezza delle Aziende Sanitarie Locali nell’implementazione degli interventi di edilizia sanitaria sono state le criticità che hanno rallentato il processo.

Inoltre, con il redigendo Piano ospedaliero e territoriale ci si attende un’inversione di tendenza, sia per il riordino del percorso di accreditamento ma, soprattutto, per la possibile riconversione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni anche in strutture hospice pubbliche che possano rappresentare un nuovo modello di riorganizzazione del territorio. Ciò soprattutto per l’ottimizzazione delle risorse e, in un’ottica dell’efficacia e dell’efficienza degli interventi, finalizzata ad una maggiore presenza del sistema di offerta a favore dei malati con patologie terminali e delle loro famiglie.

---

6 Il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro composto da funzionari dei settori competenti della Giunta regionale della Campania e da esperti delle A.A.S.S.L.L. e degli Ambiti territoriali deve essere adottato con atto deliberativo della Giunta.
La fotografia scattata dall’indagine nazionale ha permesso, attraverso numerose informazioni, di conoscere l’attuale sviluppo delle cure palliative domiciliari in ogni Regione. Il buon livello di conoscenza già raggiunto può essere ulteriormente arricchito da una sintetica descrizione del modello organizzativo-assistenziale di cui, in Emilia Romagna, ci si avvale per l’erogazione delle cure palliative. La Regione ha posto attenzione alla cura dei malati oncologici terminali già dal 1994, predisponendo un programma specifico di assistenza domiciliare in attuazione della legge regionale 29/94 “Assistenza a domicilio per i malati terminali”. Tale legge ha posto le basi per la realizzazione – ritenuta strategica per le politiche regionali – della rete delle cure palliative (DGR n. 456/2000) e ha consentito di realizzare, a livello distrettuale, un modello organizzativo di assistenza domiciliare integrata (ADI) ad alta complessità di cure, arricchendo il sistema dell’offerta assistenziale sul territorio, sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari. Il modello assistenziale che ne deriva si basa sulla gradualità dell’intensità di cura e sull’integrazione di diverse figure professionali; l’équipe di base, composta da medico di medicina generale (Mmg) e infermiere, si arricchisce di nuove competenze in base ai bisogni assistenziali dei pazienti, superando pertanto i modelli dove prevale la prestazione del singolo professionista.

Appare evidente che un’organizzazione così articolata, per le sue peculiarità e per il forte coinvolgimento dei Mmg, è in grado di dare risposte efficaci a bisogni complessi, come quelli espressi dai pazienti che necessitano di cure palliative (oncologici e non) e di garantire la presa in carico in una logica di personalizzazione dell’intervento e di continuità di cura.

In Emilia Romagna la nascita dei centri residenziali/hospice, posti in continuità con l’ADI, ha favorito la realizzazione della rete delle cure palliative che negli anni si è arricchita di ulteriori servizi; ciò ha consentito di accrescere l’offerta di cura garantendo così una sempre maggiore appropriatezza dell’assistenza.

Le scelte strategiche di coinvolgere i medici di famiglia nell’erogazione di cure palliative e di favorire l’integrazione tra diversi operatori ad alta professionalità hanno favorito lo sviluppo di un modello di presa in carico palliativa su tutto il territorio, garantendo i necessari collegamenti per la continuità assistenziale (Raccomandazioni OMS e del Consiglio d’Europa – 2003). Tuttavia a livello locale esistono modalità di interazione fra i professionisti che caratterizzano i diversi territori. Infatti vi sono alcune realtà territoriali in cui sono particolarmente sviluppate e strutturate le relazioni inter partes, supportate da Mmg che hanno acquisito specifiche competenze in cure palliative e che, in talune realtà, hanno anche la responsabilità clinica e terapeutica dei pazienti ri-
coverati in hospice. Lo sviluppo di tali relazioni, favorendo il confronto e il supporto reciproco e attivando modelli assistenziali di tipo innovativo, consente di promuovere e mantenere la crescita e la diffusione delle competenze sul territorio. Altre realtà territoriali presentano, invece, un modello in cui le competenze di base in cure palliative sono diffuse e i medici di famiglia si avvalgono della collaborazione e della consulenza di medici palliativisti.

In ambedue le modalità organizzative l’infermiere dell’ADI, che ha acquisito competenze specifiche, può assumere la funzione di case manager a garanzia della continuità assistenziale e di punto di riferimento per le equipe assistenziali (sia dell’ADI sia dell’hospice), i pazienti e i loro famigliari. Nel territorio regionale sono inoltre presenti realtà nelle quali il modello Home Care per le cure palliative convive e coopera con l’ADI. In questo caso sono i medici palliativisti dell’hospice che soddisfano il complesso delle richieste di supporto e in alcuni casi di presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare.

Viste le peculiarità che caratterizzano le cure palliative domiciliari appare evidente che, seppure le equipe non siano specificatamente dedicate, sono comunque composte e/o supportate da professionisti che hanno acquisito competenze specifiche in cure palliative. Per quanto riguarda gli aspetti inerenti alla tipologia di pazienti assistiti in ADI, è bene sottolineare che, nonostante l’uso delle cure palliative abbia fino ad ora sostanzialmente costituito un approccio alla cura del malato, la tendenza alla costituzione di equipe specifiche in cure palliative diventa attualmente sempre più evidente. In particolare, il coinvolgimento di tutte le Regioni, attraverso referenti competenti, può consentire un proficuo scambio di esperienze e aprire un’interessante discussione a supporto di un reale e più omogeneo sviluppo della rete delle cure palliative su tutto il territorio nazionale. In tal senso è auspicabile che gli strumenti analoghi, in particolare quelli utilizzati per analizzare la struttura adottata e per valutare l’attività dei principali ambiti assistenziali (ADI e hospice), vengano utilizzati per analizzare la struttura a rete e per valutare l’attività dei principali ambiti assistenziali (ADI e hospice). Il lavoro svolto per la raccolta dei dati utili all’indagine nazionale ha permesso, sempre nell’ottica del miglioramento, di rivedere e redigere una nuova realizzazione della Regione Emilia Romagna che ha investito e continua ad investire. Inoltre il coinvolgimento di tutte le Regioni, attraverso referenti competenti, può consentire un proficuo scambio di esperienze e aprire un’interessante discussione a supporto di un reale e più omogeneo sviluppo della rete delle cure palliative su tutto il territorio nazionale. In tal senso è auspicabile che gli strumenti analoghi, in particolare quelli utilizzati per analizzare la struttura adottata e per valutare l’attività dei principali ambiti assistenziali (ADI e hospice), vengano utilizzati per analizzare la struttura a rete e per valutare l’attività dei principali ambiti assistenziali (ADI e hospice).
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

di Giorgio Simon
Responsabile cure primarie Distretto Est ASS6, già direttore Area del Governo Clinico dell’Agenzia Regionale della Sanità, Regione Friuli Venezia Giulia.

UN PO’ DI STORIA
Ogni anno, con la delibera delle Linee di gestione del servizio sanitario regionale, la Giunta gradua gli obiettivi da raggiungere per l’anno successivo.
Il progetto delle cure palliative ha, fin dall’inizio, una stretta relazione con il progetto della riduzione del “dolore inutile”. In Regione è molto attivo il progetto “ospedale senza dolore” che da alcuni anni si occupa di valutazione di indicatori e di formazione del personale.
Il piano prevede la realizzazione di oltre 90 posti letto di hospice distribuiti in nove strutture, di cui due private.
Nel 2007 viene avviata una valutazione complessiva dello stato di attuazione del piano. Con un questionario strutturato sono analizzate tutte le realtà della rete delle cure palliative, verificando gli obiettivi previsti quali tipologia e numerosità del personale, tipo di servizi attivati, presenza e attuazione di protocolli operativi e clinici, attività di formazione, ecc.
Nella verifica degli indicatori emerge, ad esempio, una percentuale piuttosto consistente di deceduti oncologici seguiti dall’assistenza domiciliare infermieristica (Figura 1).
Dalla ricognizione emergono alcuni punti deboli quale la necessità di ampliare i posti letto di hospice e di rinforzare la diffusione e l’attuazione di protocolli, in particolare per il controllo del dolore.
Altri indicatori quali la percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio e l’uso degli oppiacei dimostrano incrementi importanti.
Sulla base dei risultati la Regione accelera l’attuazione degli hospice e pone attenzione al problema del controllo del dolore.

ABOLIRE IL DOLORE INUTILE
Nonostante le numerose attività messe in campo da indagini svolte, emerge che in Regione il trattamento del dolore non è ancora soddisfacente in tutte le strutture. In particolare, nel cor-
so di visite di accreditamento, si riscontra che non sempre il dolore è registrato nelle cartelle come un qualsiasi parametro vitale. La Giunta regionale, con il supporto tecnico dell’Agenzia Regionale della Sanità, decide di porre un obiettivo di performance legato ad un finanziamento specifico (**pay for performance**) legato al controllo del dolore.

L’obiettivo è raggiunto se, nei reparti ospedalieri e di residenze sanitarie assistite (Rsa)\(^9\) campionati, la registrazione del dolore è presente nel 95% delle cartelle analizzate in settimane campione. Dopo la verifica l’obiettivo è stato raggiunto da 7 su 10 strutture ospedaliere e da tutte le Rsa. L’anno successivo era prevista una verifica sull’attuazione dei protocolli ma purtroppo la Giunta regionale ha cancellato i fondi del **pay for performance** dedicandoli alla ristrutturazione della rete ospedaliera\(^10\).

**UN ESEMPIO DI RETE INTEGRATA: LE CURE PALLIATIVE IN PROVINCIA DI PORDENONE**

Uno degli obiettivi del Piano regionale è la messa in rete di tutte le strutture che si occupano di cure palliative. Tra le esperienze realizzate pare interessante esporre quella dell’ASS6 Friuli Occidentale.

In provincia di Pordenone sono presenti numerose realtà sanitarie: l’ASS6 Friuli Occidentale (azienda territoriale con due ospedali di rete), l’Azienda ospedaliera S. Maria degli Angeli, l’IRCCS CRO di Aviano, la Casa di Cura S. Giorgio di Pordenone, l’Hospice Via di Natale.

Per poter realizzare una vera rete di cure palliative, come richiesto dalla Regione, è necessario che tutte queste realtà partecipino all’attivazione di percorsi integrati per i pazienti che passano nelle diverse strutture (ospedale, hospice, domicilio, Rsa) e che protocolli, strumenti operativi e cultura del personale siano omogenei e condivisi.

Per realizzare tali obiettivi è stato messo a punto il piano integrato delle cure domiciliari dell’Area vasta di Pordenone.

In sintesi il piano ha previsto:

- un unico protocollo di accesso alle cure palliative con dettagliate modalità di presa in carico;
- la messa a disposizione di specialisti ospedaliieri delle strutture pubbliche (ASS6, IRCCS CRO di Aviano, Casa di Cura S. Giorgio) per le consulenze e le cure domiciliari.

Va ricorda-

---

9 In Friuli-Venezia Giulia le Rsa hanno prevalente attività riabilitativa con degenza media intorno ai 30 giorni. In alcune Rsa sono revisti posti letto per malati terminali.

10 Gli obiettivi **pay for performance** avevano un finanziamento di 6 milioni di Euro ed erano dedicati a controllo del dolore, controllo delle lesioni da decubito, monitoraggio del diabete (emoglobina glicata) e uso appropriato dei farmaci oncologici.
La rete funziona da oltre due anni e ha ottenuto risultati importanti. In un anno i pazienti oncologici presi in carico sono stati circa 400, oltre 1.400 sono state le giornate di degenza nell’hospice e il 35% dei pazienti oncologici è deceduto a domicilio.

Complessivamente, quindi, la rete della provincia di Pordenone è un buon esempio di integrazione istituzionale e professionale nelle cure palliative.

**CONCLUSIONI**

L’attuazione di un piano delle cure palliative in una Regione è un processo complesso e graduale, che mette in discussione modelli organizzativi, pratiche professionali e la cultura stessa della popolazione nell’approccio al malato terminale. L’intervento territoriale, che per definizione non è fatto di strutture ma di modelli operativi e di integrazione, richiede riflessioni e verifiche continue sui risultati raggiunti.

La documentazione è reperibile nel sito www.sanita.fvg.it

Nell’ambito di una serie di incontri in un tavolo di confronto con medici specialisti in cure palliative pediatriche di alcune strutture sanitarie regionali, con professionisti tecnici appartenenti alle Asl del Lazio ed a Laziosanità - ASP, ed in collaborazione con il Ministero della Salute e la Fondazione Maruzza Lefebvre D’Ovidio Onlus, è stato realizzato il documento “Modello assistenziale delle cure palliative pediatriche nella Regione Lazio”, approvato con la Deliberazione della Giunta regionale n. 87 del 19.2.2010.

Il percorso del modello è finalizzato all’omogeneizzazione dell’offerta dei servizi di assistenza nel territorio regionale, e si pone in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di cure palliative pediatriche, in particolare dal “Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche”, approvato nell’Accordo del 20.3.2008 nell’ambito della Conferenza Stato-Regioni. Tale provvedimento, anche alla luce della legge nazionale n. 38 del 15.3.2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, è propedeutico all’implementazione di una rete regionale di cure palliative pediatriche, volta a garantire una sempre maggiore sostenibilità della qualità di vita dei minori che necessitano di cure palliative e delle loro famiglie. L’indagine nazionale sulle cure palliative domiciliari, a cui la Regione Lazio ha aderito, rappresenterà un prezioso punto della situazione per implementare ulteriormente i servizi sul territorio.
INTRODUZIONE

Lo sviluppo e implementazione, a livello regionale o nazionale, di efficaci servizi e programmi di cure palliative per i pazienti con malattia avanzata e terminale è diventato, negli ultimi anni, fonte di dibattito in sanità pubblica (Davies 2004; Higginson 2008). Anche se numerose ricerche hanno identificato e quantificato i bisogni di cure palliative dei pazienti oncologici (Sepulveda 2002) e non oncologici (Sepulveda 2002; Davies, 2004), rimane oggetto di studio l’approccio più appropriato e costo-efficace per rispondere ai bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie.

Nel 2003 Higginson e colleghi hanno pubblicato una revisione sistematica di 26 studi sull’efficacia dei servizi specialistici di cure palliative. Le maggiori evidenze riscontrate riguardano i servizi specialistici che erogano assistenza domiciliare, ma sono positivi anche i risultati per quanto riguarda l’assistenza erogata negli ospedali da equipe specializzate e negli hospice. I servizi di cure palliative che erogano assistenza tramite equipe dedicate e multiprofessionali sono risultati essere, rispetto all’approccio standard non specialistico, maggiormente efficaci in termini di controllo del dolore e degli altri sintomi e nella capacità di rimodulare le terapie favorendo la riduzione di interventi aggressivi ed inutili. Inoltre gli studi che valutano i costi dell’assistenza per i pazienti in fase avanzata e terminale di malattia, hanno mostrato una tendenza ad una riduzione della durata dei ricoveri in ospedale con una conseguente diminuzione dei costi ospedalieri (Higginson 2003).

Nel 2004 il National Institute for Clinical Excellence (NICE) inglese, ha pubblicato le linee guida “New guidance will improve supportive and palliative care services for adults with cancer” (Gysels 2003) basate su revisioni sistematiche della letteratura, con l’obiettivo di rendere disponibili le evidenze scientifiche in materia, e fornire raccomandazioni al Servizio Sanitario Inglese riguardo le cure palliative e di supporto per i malati oncologici. In particolare la sezione inerente all’organizzazione dei servizi di cure palliative sottolinea come siano disponibili evidenze sulla maggiore efficacia dell’approccio specialistico e multiprofessionale nel rispondere ai bisogni dei pazienti oncologici in fase avanzata e terminale di malattia. Inoltre fornisce raccomandazioni precise sulle modalità dell’erogazione dell’assistenza da parte di equipe multiprofessionali specialistiche e sulla necessità dell’organizzazione in rete e dell’integrazione con i piani sanitari regionali e nazionali inglesi.

Negli ultimi decenni, sono stati realizzati alcuni progetti per valutare l’impatto dello sviluppo di servizi e programmi integrati di cure palliative a livello regionale e nazionale. Dai primi anni ’90, quando il primo di questi progetti è stato avviato a Edmonton (Canada) (Bruera 1999), programmi simili sono stati implementati e spe-
so valutati in altri paesi. In particolare in Catalogna (Gomez-Batiste 2002), Giordania (Stjernsward 2007) e Mongolia (Davaasuren 2007), questi progetti sono stati messi a punto e realizzati applicando i principi dell’OMS per l’integrazione delle cure palliative nella programmazione della sanità pubblica (Gomez-Batiste 2007). Altre Regioni degli USA (Byock 2006), Norvegia (Kaasa 2007) e Spagna (Gomez-Batiste 2007) hanno realizzato programmi specifici, sempre con l’obiettivo di integrare le cure palliative nei piani sanitari regionali o nazionali. Tutti questi progetti si sono focalizzati su tre elementi: messa a punto e realizzazione di servizi specialistici, formazione degli operatori sanitari e semplificazione delle procedure per la disponibilità dei farmaci necessari.

Come evidenziato, l’integrazione dei servizi e programmi di cure palliative nei piani sanitari regionali e nazionali presuppone un modello di erogazione dell’assistenza organizzato in “rete” che faciliti la continuità assistenziale del paziente nei diversi setting di cura, permettendo di rispondere in modo appropriato e costo-efficace ai complessi e mutevoli bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie. La rete dovrebbe essere costituita dall’insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, assistenziali, pubbliche o del privato sociale, che erogano assistenza a questi pazienti. Può quindi essere definita come un’integrazione di articolazioni organizzative dedicate alle cure palliative afferenti ad aziende diverse (territoriali, ospedaliere, enti e istituti di ricerca), caratterizzate da un governo funzionale unico.

I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NELLA REGIONE LIGURIA

In Liguria, ogni anno, circa 6.000 persone muoiono a causa di una malattia neoplastica. Si può stimare che oltre il 90% di queste persone, prima di morire, attraverso una fase di malattia (Mc Cusker 1984) caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge il nucleo famigliare e amicale. Comunemente definita “fase terminale”, oltre a provocare dolore e sofferenza nella persona malata, è in grado di mettere in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari. Nei familiari, durante l’assistenza e dopo il decesso del paziente, può portare a profondi livelli di sofferenza e sviluppare successive forme psicopatologiche. È possibile stimare in circa 90 giorni la durata media di questa fase di malattia nel paziente oncologico (Llobera 2000). Data l’incidenza e la durata media della fase terminale di malattia, è possibile stimare che, in media, ogni momento, siano circa 1.300-1.400 i pazienti liguri con una malattia oncologica in fase terminale. Per quanto riguarda i malati non neoplastici, le evidenze scientifiche disponibili suggeriscono che l’utenza potenziale di un programma di cure palliative sia stimabile tra il 50 e il 100% di quella degli utenti potenziali di cure palliative per malattia oncologica (Accordo Stato-Regioni 2001). Si tratta di persone affette da malattie inguaribili ad andamento progressivo a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio, cardiocircolatorio, neurologico, e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l’Aids. Nelle malattie non oncologiche, una fase terminale in cui sono più evidenti i bisogni di cure palliative non è facilmente prevedibile né stimabile nella sua durata media. Ad esempio, nelle gravi sindromi neurologiche, tra le quali soprattutto la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la fase in cui sono prevalenti i bisogni di cure palliative può durare anche numerosi anni. Per i malati di AIDS la sopravvivenza media si è notevolmente allungata per effetto delle nuove terapie, e i bisogni di cure palliative non sono limitabili alle ultime settimane di vita. Complessivamente, si può stimare che ogni anno, in Liguria, circa 5.400 pazienti oncologici e 2.700-5.400 pazienti non oncologici abbiano un bisogno di cure palliative per una malattia in fase avanzata o terminale.
In Liguria, a fronte di una domanda di assistenza da parte dei pazienti e delle famiglie in rapida crescita, l’offerta assistenziale per i pazienti che necessitano di cure palliative è stata caratterizzata da:

- marcata ospedalizzazione della fase terminale di malattia;
- mancanza di coordinamento e organicità tra ospedale e territorio;
- disomogeneità nella quantità di servizi offerti;
- mancanza di un sistema informativo ad hoc per le cure palliative;
- non valutabilità della qualità dei servizi erogati;
- eterogeneità nei modelli organizzativi.

Una recente valutazione sugli ultimi tre mesi di vita dei pazienti oncologici residenti nell’Asl 3 genovese ha evidenziato quanto ci sia da fare in termini di riconoscimento e appropriato trattamento del dolore e di altri sintomi maggiori, di gestione appropriata della sofferenza psicologica dei pazienti e dei familiari, di comunicazione efficace tra paziente, familiari e operatori sanitari, sia a casa sia in ospedale. In molti nuclei familiari, l’assistenza ad un paziente terminale ha un impatto socio-economico consistente: circa un quarto dei familiari di riferimento smette di lavorare o riduce sostanzialmente il tempo di lavoro per poter assistere il paziente (Costantini M. 2005).

**IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE REGIONALE LIGURE DI CURE PALLIATIVE**

La Regione Liguria, con Delibera della Giunta Regionale 277 del 16 marzo 2007, ha quindi dato il via al processo di messa a punto e realizzazione della Rete Regionale Ligure di Cure Palliative. In particolare il modello organizzativo, messo a punto dal Coordinamento Regionale Cure Palliative dell’Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova (IST), è stato disegnato basandosi sulle migliori evidenze scientifiche in materia disponibili a livello internazionale, con lo scopo di rispondere in modo appropriato e costo-efficace ai bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie.

Secondo quanto previsto dalla delibera regionale, l’obiettivo generale della Rete Regionale di cure palliative è quello di promuovere e garantire che cure palliative d’elevata qualità siano erogate in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno in tutte le cinque Asl della Regione. La rete è articolata in cinque reti locali di cure palliative, una per ogni Asl, ed è coordinata dal Coordinamento Regionale Cure Palliative dell’IST di Genova.

Le funzioni della struttura di coordinamento, come previsto dal DGR 277/2007, sono le seguenti:

- la promozione culturale delle cure palliative attraverso iniziative di comunicazione sociale;
- la valutazione dei bisogni assistenziali a livello locale e regionale;
- lo sviluppo di strumenti per il governo clinico in cure palliative, incluse la realizzazione e l’implementazione di linee guida;
- l’introduzione tempesta nelle reti locali di nuovi protocolli clinici e organizzativi, sulla base di nuove evidenze scientifiche;
- la consulenza e il supporto tecnico alle aziende sanitarie nella realizzazione delle reti locali e nella valutazione delle loro attività, nonché nell’implementazione degli strumenti del governo clinico;
- lo sviluppo e l’implementazione di specifici programmi di formazione;
- la promozione a livello locale e regionale di attività di ricerca scientifica, autonome o in collaborazione con organizzazioni nazionali ed internazionali;
- il supporto al Dipartimento Salute e Servizi Sociali nella realizzazione della normativa specifica sul settore;
- la promozione dell’integrazione delle Onlus di cure palliative nelle reti locali.

**Le Reti Locali di cure palliative**

Ciascuna Rete locale di cure palliative è composta da un sistema di offerta di cure palliative al cui centro ci sono i bisogni del paziente e della sua famiglia. L’obiettivo generale delle 5 Reti locali è quello di promuovere e garantire che cure pal-
di elevata qualità siano erogate in maniera appropriata ed equa ai pazienti affetti da malattie inguariibili ad andamento progressivo (in primo luogo i tumori), durante la fase avanzata e terminale, quando ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata.

Le Reti locali sono costituite da un’aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, pubblici privati e convenzionati, dedicati alle cure palliative, in cui opera personale formato e dedicato a quest’attività a tempo pieno. Le funzioni che la Rete locale di cure palliative deve garantire sono:

- assistenza ambulatoriale per i pazienti con sufficiente autonomia funzionale;
- assistenza domiciliare con diverso grado di intensità e complessità a seconda dei bisogni del paziente e della famiglia;
- ricovero ospedaliero ordinario e di day-hospital;
- attività di consulenza di medicina palliativa per i pazienti ricoverati in ospedale e in strutture residenziali;
- ricovero presso i centri residenziali di cure palliative - hospice;
- mantenimento della continuità assistenziale attraverso l’integrazione delle diverse opzioni organizzative in un unico piano di cura assistenziale;
- formazione dei Medici di medicina generale e del personale sanitario non dedicato;
- collaborazione ed integrazione con le Organizzazioni non profit operanti nel campo delle cure palliative;
- sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca nel campo delle cure palliative;
- informazione alla popolazione sulle modalità di accesso alla Rete di cure palliative e, più in generale, sulle tematiche di fine vita;
- verifica e valutazione periodica della qualità dei servizi offerti.

Il governo unico di ciascuna Rete locale viene affidato ad una struttura che è il centro di regia e coordinamento dell’intera Rete locale ed è responsabile:

- di un equo, appropriato ed efficiente accesso dei cittadini all’offerta di cure palliative;
- di un’erogazione di servizi di qualità nelle diverse strutture dedicate;
- dello sviluppo e dell’implementazione di programmi per la valutazione della qualità dei servizi e dei risultati;
- di una continuità assistenziale costruita intorno ai bisogni della persona malata e la realizzazione di un unico piano assistenziale;
- dell’integrazione con i servizi distrettuali, sociali e sanitari;
- di una collaborazione organica ed integrata con le strutture non profit operanti nel campo delle cure palliative;
- della diffusione della cultura delle cure palliative tra il personale sanitario, in particolare delle strutture ospedaliere e delle strutture residenziali.

Ciascuna Rete locale eroga assistenza in diversi setting di cura: ambulatorio, domicilio e hospice e fornisce consulenze specialistiche all’interno degli ospedali.

L’assistenza domiciliare erogata dalle Reti Locali di Cure Palliative

I pazienti con bisogni clinico-assistenziali di bassa intensità o complessità sono seguiti, a livello distrettuale, nell’ambito di un’assistenza domiciliare integrata, coordinata dal Medico di medicina generale. Questo livello di assistenza può richiedere la consulenza occasionale del medico specialistico dell’unità di cure palliative domiciliari. Per i pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità o complessità, viene attivata un’assistenza domiciliare specialistica di cure palliative di cui fa parte il Medico di medicina generale. Questa modalità assistenziale deve essere presente in tutte le Reti locali e viene erogata sia da Unità di Cure Palliative pubbliche che da organizzazioni non profit con specifica competenza nel campo delle cure palliative.
L’Unità di Cure Palliative domiciliare è composta dalle seguenti figure professionali:
- medico specialista con idonea formazione ed esperienza in cure palliative, responsabile dell’Unità di cure palliative;
- medici specialisti con idonea formazione ed esperienza in cure palliative;
- infermiere professionale coordinatore con idonea formazione ed esperienza in cure palliative;
- infermieri professionali con idonea formazione ed esperienza in cure palliative.
È auspicabile che ciascuna Unità di Cure Palliative possa avvalersi della cooperazione di altre figure professionali con idonea formazione ed esperienza in cure palliative, messe a disposizione da altre unità operative distrettuali o aziendali:
- psicologo;
- assistente sociale;
- terapista della riabilitazione;
- personale di assistenza;
- personale amministrativo.
È inoltre fortemente raccomandata l’integrazione nell’assistenza:
- di volontari adeguatamente selezionati e formati dall’Unità di Cure Palliative, anche attraverso la convenzione con strutture non-profit operanti nel campo delle cure palliative;
- di assistenti spirituali delle diverse confessioni.

CONCLUSIONI
Ad oggi nella Regione Liguria sono state attivate ufficialmente quattro Reti locali (Rete locale dell’Asl 4 Chiavarese, Rete locale dell’Asl 2 Savonese, Rete Locale Genovese e Rete Locale dell’Asl 5 Spezzina) ed è in corso di attivazione la Rete locale dell’Asl 1 Imperiese. Il processo di sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative è stato lungo e complesso, principalmente per due motivi: l’assenza di finanziamenti ad hoc e l’eterogeneità dei contesti nelle cinque Asl liguri. A questo punto possiamo però individuare alcuni punti di forza e criticità delle Reti locali. Per quanto riguarda i primi sicuramente l’altissima motivazione degli operatori sanitari che vi lavorano e l’assegnazione di personale dedicato in almeno 12 distretti. Le criticità maggiori risiedono invece nella dotazione di operatori sanitari estremamente eterogenei tra le Reti locali, la difficoltà, anche culturale, di costituire equipe multiprofessionali di cure palliative, la complessa integrazione tra hospice e territorio e la connessione con il non-profit.
A livello nazionale, il processo di attivazione delle Reti nelle Regioni italiane dovrebbe essere facilitato e velocizzato dalla legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, che prevede esplicitamente la creazione di una Rete Nazionale di Cure Palliative e definisce l’iter, i criteri e le modalità per l’attivazione delle Reti di cure palliative nelle Regioni italiane.

BIBLIOGRAFIA
- Bruera E, Neumann CM, Gagnon B. Edmonton Regional Palliative Care Program: impact on patterns of terminal cancer care. CMAJ 1999;161:290-3
LA RETE PER LE CURE PALLIATIVE
La razionalizzazione dell’intervento sanitario nel l’ultimo periodo di vita delle persone affette da una malattia inguaribile rappresenta uno degli obiettivi da raggiungere, già previsto nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 (d.c.r. n. VII/0462 del 13.3.2002). In esso si stimava che il numero di persone in fase terminale (intesa sia per le patologie oncologiche, ma anche per le malattie croniche irreversibili e invalidanti), da assistere annualmente in Regione Lombardia fosse compreso fra 40.000 e 54.000 persone. In effetti la sola patologia tumorale, una delle principali cause di decesso nel 2007 con 30.614 decessi, rappresenta il 35,2% del totale delle morti in Lombardia a fronte di un dato nazionale pari al 30,2%.

La necessità di offrire livelli d’assistenza a complessità differente, adeguati alle esigenze del paziente, ha indirizzato la programmazione regionale verso un sistema a rete che consente l’integrazione di diversi modelli, livelli di intervento e soggetti coinvolti. Il sistema di offerta regionale deve quindi consentire un percorso assistenziale fra il domicilio, sede di intervento privilegiata e in genere preferita nel 70-80% dei casi, e le strutture specificamente dedicateances al ricovero di pazienti terminali non assistibili presso la propria casa per cause sanitarie o socio economiche (20-30% dei casi). L’integrazione nella rete per le cure palliative deve comprendere le diverse realtà territoriali ed estendersi anche alle diverse realtà non profit e di volontariato attive in questo ambito. Il tutto sempre in coerenza con gli indirizzi dell’OMS e con la normativa nazionale (in particolare il D.M. 28 Settembre 1999 “Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative”, che individua tra le articolazioni della rete delle cure palliative anche l’assistenza domiciliare specialistica; il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, di cui al DPR 7 aprile 2006, che ribadisce la necessità di una rete assistenziale per le cure palliative, il DM 43 del 2007).

L’attività regionale lombarda si è svolta su queste linee con interventi innovativi e significativi quali:

- la d.g.r. VII/39990 del 30/11/1998 “Atto d’indirizzo e coordinamento per le Cure Palliative”, che nell’istituire le Unità Operative di Cure Palliative (UOCP almeno una ogni 500.000 abitanti), prevede che le stesse siano titolate ad erogare, secondo accordi specifici con l’Asl di riferimento, le cure domiciliari; a tale provvedimento ha fatto seguito poi la d.g.r.VII/1884/2000;
- la d.g.r. n.VII/18346 del 23.7.2004 “Interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSR 2002-2004” – “Piano oncologico regionale” che detta indirizzi anche per la gestione del malato in fase avanzata;
- la d.g.r. n.VIII/0257 del 26.10.2006 “Piano socio sanitario regionale 2007-2009” con la quale sono stati approvati fra l’altro indirizzi relati-
vi alla rete delle cure palliative e interventi assistenziali nella fase finale della vita. In tale documento si rileva che l’ospedalizzazione domiciliare dovrà essere maggiormente sviluppata a beneficio di malati a rischio di instabilità, tra cui i pazienti in fase avanzata per malattie inguaribili evolutive che necessitino di un inserimento nel programma assistenziale fornito dalla rete delle cure palliative.

Con il Piano oncologico citato si è dato avvio anche alla Rete Oncologica Lombarda (ROL www.sanita.regione.lombardia.it) che è oggi costituita da tutte le strutture e dalle persone che rivolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia, anche in quella terminale. La ROL è un circuito di comunicazione e di specializzazione delle attività costituito da una pluralità di “nodi” del tutto autonomi con il fine di mettere assieme le conoscenze possedute, favorire la reciproca specializzazione o originalità in favore del malato oncologico quale elemento centrale e di integrazione della rete. La ROL utilizza e valorizza il sistema infrastrutturale messo a disposizione dal CRS-SISS (www.crs.lombardia.it).

PERCORSO DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE (ODCP)

Nel 2004 la Regione Lombardia ha avviato in via sperimentale nell’ambito del Piano Urbano – sottoprogetto 2 “Cure intermedie Ospedale Teritorio” anche uno specifico programma di lavoro dedicato ai pazienti oncologici terminali (d.g.r. n°VII/18228 del 19.7.2004), che ha visto il coinvolgimento di 7 grandi strutture ospedaliere milanesi, con il coordinamento dell’Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento. Tale modello sperimentale ha ottenuto, per gli ospedali milanesi (ottobre 2009), da Joint Commission International, l’ente statunitense che accerta le strutture sanitarie e ne accerta la qualità, la prima certificazione europea di un percorso di cura per l’assistenza domiciliare ai pazienti oncologici terminali.

Con d.g.r. n.VIII/7180 del 24/04/2008 il nuovo percorso di “Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative Oncologiche” è stato messo a punto ed esteso a tutta la Lombardia ed ulteriormente ampliato poi nel corso del 2009, inserendolo come servizio sperimentale fra i percorsi in atto in Nuove Reti Sanitarie. Esso prevede:

- presa in carico dei pazienti da parte di equipe ospedalieri multidisciplinari esperte in cure palliative;
- disponibilità/reperibilità del servizio 24 ore al giorno per 365 giorni all’anno;
- assistenza psicologica per i familiari e i malati;
- fornitura di farmaci o direttamente da parte dell’ospedale o tramite ricettario regionale;
- possibilità di effettuare a domicilio prestazioni come, per esempio, prelievi, paracentesi, trasfusioni;
- fornitura di alcuni dispositivi come pompe infusionali, materassi antidecubito, carrozzine, letti, ecc.;
- supporto, a richiesta, di volontari senza compiti sanitari, specificamente formati;
- invio trimestrale di un tracciato record di dati al DIT (Debito Informativo Telematico) regionale.

Il servizio di ODCP è erogato da equipe ospedalieri, pubbliche e private, autorizzate dalla Re-

---

**TABELLÀ - Servizio sperimentale ODCP, dati aggiornati al 2009**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durata</th>
<th>Pazienti coinvolti</th>
<th>Fase</th>
<th>Tariffazione complessiva</th>
<th>Tecnologia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>90gg stimati</td>
<td>Al 31.12.2009 3.813 percorsi conclusi</td>
<td>Attivo dal 2008 con 32 Strutture</td>
<td>€ 150 di presa in carico + € 60 a giornata</td>
<td>Definita dai partecipanti</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fonte: Nuove Reti Sanitarie NRS – www.cefriel.it
regione Lombardia, che fissa il tetto massimo di arruolamenti annui ed il protocollo di erogazione del servizio. La retribuzione, basata su una tariffa giornaliera omnicomprensiva, avviene a percorso concluso e trimestralmente a valle dell’invio del flusso al Debito informativo a Regione Lombardia. Tale flusso deve rispettare un tracciato record relativo ai dati anagrafici e clinici dei pazienti, e informazioni sulle caratteristiche del percorso, oggetto di valutazione da parte di un team di ricerca che coinvolge CEFRIEL e il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Dall’avvio della sperimentazione si è innescato un processo dinamico di confronto che ha coinvolto gli addetti alla valutazione del servizio e i clinici delle strutture eroganti. Le strutture eroganti l’ODCP sono presenti in 11 delle 15 Asl lombarde.

Nel corso del 2009 si sono delineate chiaramente le caratteristiche dei pazienti e del servizio. L’età media dei pazienti è circa 73 anni ed il 50% della popolazione supera i 75 anni, solo l’1% dei pazienti ha meno di 40 anni. La popolazione è caratterizzata da uno scarso grado di autonomia, principalmente motorio (75%). Nell’85% dei casi, è la famiglia ad assistere il malato, ma si evidenzia che per il 53% dei percorsi il nucleo familiare è costituito da un solo individuo oltre al paziente. La provenienza dei pazienti è in evoluzione: nel primo semestre 2009 il 59% della popolazione era dimessa dall’ospedale, nel secondo semestre tale percentuale si riduce al 53%, mentre aumenta la percentuale di pazienti segnalati dal Mmg. Tale distribuzione, grazie alla diffusione del servizio, è presumibilmente destinata a mutare nel tempo. La dimissione dal servizio di ODCP corrisponde per circa il 70% al decesso dei malati a domicilio e per il 17% alla dimissione dei pazienti in un hospice, ovvero in Unità ospedaliere di Cure Palliative. Ciò significa che quasi il 90% dei pazienti presi in carico in questo servizio termina il proprio percorso all’interno della rete delle cure palliative, ricevendone le cure fino al decesso.

La valutazione è stata condotta sia secondo una logica descrittiva, sia con la finalità di misurare l’appropriatezza del servizio al protocollo. I percorsi di ODCP sono caratterizzati da scarso sospensione e ospedalizzazione, hanno una durata media di 30 giorni, associata ad una varianza molto elevata. Da evidenziare che più del 50% dei percorsi mostra un tempo di presa in carico compreso tra 4 e 30 giorni. La percentuale dei percorsi attivati entro i tre giorni dalla data di segnalazione è di poco inferiore al requisito dell’80%, tuttavia tale risultato è da attribuirsi ai percorsi dei pazienti dimessi dall’ospedale. Nel primo semestre 2009 sono state erogate complessivamente 24.387 Giornate Effettive di Assistenza (GEA) su un totale di 42.670 Giornate di Presa in Carico, con un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) globale di 0,57. Tale indicatore è calato nel secondo semestre al valore di 0,54. L’analisi relativa al mix assistenziale associato all’erogazione del servizio da parte delle equipe mostra una netta prevalenza degli accessi infermieristici e medici. Solo una percentuale residuale è associata ad accessi di figure quali fisioterapista, psicologo, assistente sociale, operatore socio-sanitario. Infine i dati relativi all’analisi dei quesitori di soddisfazione, inviati dai familiari dei pazienti al termine del percorso, hanno evidenziato un elevatissimo grado di soddisfazione dell’utenza e mostrano in particolare la soddisfazione per i rapporti umani instaurati con l’équipe, e la conoscenza degli operatori che si recano a domicilio, suggerendo l’appropriatezza al protocollo che sottolinea la necessità di individuare un’équipe fissa. La soddisfazione relativa a modalità e tempi per la fornitura di protesi ed ausili è più limitata e questo aspetto andrà migliorato.

I risultati dell’”Indagine conoscitiva nazionale sullo sviluppo delle cure palliative domiciliari come livello essenziale di assistenza”, condotta su tutto il territorio italiano, sono un ottimo termine di paragone per comprendere il posizionamento del servizio di Ospe-
dalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche, attivo in Lombardia dal 2008, rispetto al profilo medio di erogazione di Cure Palliative (CP) regionale e nazionale. Il tasso di risposta al questionario delle 15 Asl lombarde è stato infatti del 100%. In Lombardia risultano attivi 109 centri di cure palliative domiciliari, inseriti nell’anagrafica della survey, che corrispondono al 24% del totale delle strutture eroganti su tutto il territorio nazionale. I dati a livello di aggregazione per singola Asl evidenziano però un panorama ancora estremamente eterogeneo. Nel servizio sperimentale lombardo tutti i centri eroganti l’ODC P soddisfano i requisiti richiesti. Le caratteristiche dei pazienti e dei percorsi del servizio di ODCP non risultano sempre allineate rispetto al profilo regionale emerso dalla survey. L’utenza delle CP domiciliari in Lombardia risulta costituita però solo al 52% da pazienti oncologici, mentre l’ODCP serve unicamente pazienti terminali oncologici, con principale provenienza dei pazienti (oltre 50%) dall’ospedale, mentre a livello regionale tale percentuale si attesta al 18%.

Sulla base dei dati di dettaglio ricevuti a livello regionale verrà effettuato un approfondimento al fine di valorizzare le possibili sinergie anche in vista dei documenti di programmazione in corso di discussione a livello consiliare, dal nuovo Programma Regionale di Sviluppo, al Piano Socio Sanitario per il 2010-2012. Tali documenti dovranno confrontarsi anche con i nuovi indirizzi nazionali derivanti dal Piano Oncologico nazionale 2010/2012 e dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.
La Regione Marche, in applicazione alla Legge Regionale 13 del 20 giugno 2003, ha implementato un sistema dell’organizzazione che si articola in un’unica Azienda Sanitaria (ASUR), articolata in 13 zone territoriali. L’ottica dominante della Regione è quella di giungere a sistemizzare le cure palliative in una rete articolata dell’offerta che, più generalmente, ricomprenda le varie fasi di accompagnamento della malattia oncologica e cronico-degenerativa invalidante nelle fasi di “fine vita”.

Con la DGR 803 del 18/05/2009 la Regione stabiliva le “linee di intervento per il modello organizzativo Hospice della Regione Marche” stabilendo quali sono i criteri di accesso/dimissione da un programma di cure palliative, i criteri di accesso all’hospice, i requisiti degli hospice stessi comprese le professionalità necessarie e i necessari indicatori in ottemperanza al DM 43 del 22.02.2007 che fissa gli otto indicatori per il monitoraggio delle cure palliative. Fondamento caratterizzante la pianificazione territoriale è inoltre la coincidenza Distretto-Ambito sociale.

In 5 zone territoriali è stato predisposto e deliberato un programma specifico di cure palliative integrando strutture residenziali (hospice, Rs) con l’assistenza domiciliare integrata.

Laddove non esista una specifica programmazione in questo senso, dovuta alla mancanza di hospice e/o Rs, l’ADI rappresenta il livello elettivo di intervento, con una forte vocazione all’assistenza ai pazienti alla fine della vita, in tutta la Regione.

Sono molto presenti in quasi tutte le Zone territoriali collaborazioni tra pubblico e privato, quest’ultimo rappresentato da organizzazioni non profit con forte vocazione sociale.

I livelli di assistenza attualmente raggiunti, pur non risultando sufficienti a coprire tutto il fabbisogno potenziale delle cure, rappresentano comunque un evidente sforzo per giungere ad una corretta e completa presa in carico di questo target di pazienti.

Il terzo settore – volontariato è una realtà diffusa e svolge compiti di promozione e di supporto dei servizi di cure palliative. In alcuni casi si pone come gestore diretto e competente di servizi specifici o di intere reti d’offerta, in convenzione con le aziende, normate da apposita DGR (1081/2008) che stabilisce lo schema di convenzione.

Particolarmente apprezzabile è l’impegno profuso dalle Zone territoriali per iniziative di formazione sul tema delle cure palliative. Tale impegno ha condotto alla promozione di una cultura diffusa sui vari aspetti di questa tipologia di assistenza, con particolare riferimento al carattere multidimensionale e multiprofessionale insito in essa.


Nonostante appaia evidente lo sforzo di questa Regione di adeguarsi alle indicazioni della Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA del Ministero della Salute, numerose sono le criticità evidenziate dall’indagine conoscitiva. Esse sono rappresentate fondamentalmente da:

- mancanza di servizi adeguati destinati a pazienti non oncologici;
- mancata copertura da parte dei servizi domiciliari delle ore notturne e dei festivi, a causa della cronica carenza di personale;
- attesa per la presa in carico;
- bassi coefficienti assistenziali;
- mancanza di protocolli d’intesa con i Mmg, i Mca ed i servizi d’urgenza;
- carenza di figure professionali indispensabili (psicologo, assistente sociale, assistente spirituale);
- mancanza di protocolli di collaborazione con le associazioni di volontariato.

Ma la criticità più severa è rappresentata senz’altro dal fatto che, nonostante la presenza in questa Regione di tutte le componenti essenziali per la costituzione di una rete di cure palliative (U.U.O. di Oncologia, A.D.I., O.D.O., Hospice ed Ambulatori di cure palliative e di terapia del dolore), manca l’individuazione di una “cabina di regia” e, quindi, l’integrazione tra le stesse. L’assenza di uno sportello unico di accesso alle cure palliative rende evidentemente più complicata la fruizione di tutte queste forme assistenziali da parte dei pazienti.

Forte è, inoltre, la preoccupazione che, nel momento più critico dal punto di vista economico per la nazione e, in particolare, per questa Regione, queste forme assistenziali altamente umanizzanti – che potrebbero rappresentare una risorsa ed un’occasione di grande risparmio – vengano penalizzate.


Nei restanti distretti sanitari, le cure palliative sono erogate dal personale infermieristico, specificatamente formato, dell’U.O. di Assistenza Primaria, dai medici di assistenza primaria e, sulla base di specifiche convenzioni, dai medici palliativisti delle due équipe dedicate in regime di consulenza programmata. Nel distretto del Primiero le consulenze vengono effettuate dai medici specialisti in palliazione dell’Asl di Feltre.

In tutti i distretti l’assistenza sanitaria è garantita dai medici palliativisti, dai medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale e dal personale infermieristico dell’UOAP dalle 8 alle 20 per tutti i giorni della settimana. Le cure palliative domiciliari, erogate con modalità multidimensionali e multi professionali, sono in grado di rispondere in modo unitario alla complessità dei bisogni del malato terminale. Le varie figure professionali che intervengono a domicilio concordano un piano di cura che prevede anche la fornitura, in base alle necessità, di materiali di medicazione, ausili per l’assistenza e farmaci. Due professionisti delle cure palliative di Trento e Rovereto sono componenti effettivi del Comitato aziendale Ospedale Senza Dolorc che, nel dicembre 2009, per la prima volta e in via sperimentale, ha coinvolto utenti in ADI/ADICP di due distretti nell’indagine annuale di soddisfazione sul trattamento del dolore. Dei 303 pazienti coinvolti, hanno risposto al questionario 286 persone, di cui 40 in ADICP. I risultati sono positivi considerato che oltre l’80% di coloro che hanno risposto alla specifica domanda sul grado di soddisfazione delle cure antalgiche ricevute si dichiarano soddisfatti.

**Provincia Autonoma di Trento**

*di Arrigo Andrenacci, Marina Mastellaro*  
*Direttore medico Servizio assistenza territoriale e domiciliare, Direzione cura e riabilitazione Azienda Provinciale per i servizi sanitari*  
*Dirigente Servizio Assistenza distrettuale, Direzione cura e riabilitazione Azienda Provinciale per i servizi sanitari*
Le cure palliative in Piemonte si sono sviluppate in questi anni secondo gli indirizzi previsti dalle vigenti normative regionali, in adempimento alla normativa nazionale. La Regione Piemonte ha approvato in data 6/5/1998 la D.G.R. n. 17-24510, contenente le linee guida indicanti i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali del sistema delle cure palliative in Regione. Questa deliberazione è stata successivamente aggiornata e parzialmente modificata, con la pubblicazione della D.G.R. n. 15-7336 del 14/10/02, che costituisce l’atto di indirizzo regionale più importante per la programmazione e l’organizzazione dei Servizi di cure palliative in Piemonte. Ulteriori significativi atti normativi sono la D.G.R. n. 16-3259 del 18/06/01, che stabilisce la revisione della tariffazione giornaliera a carico del SSR delle prestazioni di ricovero dei Centri di cure palliative (Hospice) e la D.G.R. n. 55-13238 del 3/8/2004 che definisce una valorizzazione economica per le attività delle cure palliative domiciliari.

Il modello organizzativo
La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità di malati con caratteristiche cliniche molto variabili e bisogni di natura non solo fisica, ma anche psicologica, sociale, spirituale, ha reso necessario programmare un sistema a rete, sia locale che regionale, che possa offrire il massimo dell’integrazione possibile. In questo contesto si è posta anche la necessità di un’integrazione nella rete di cure palliative dell’attività di numerose Organizzazioni non-profit operanti in Regione in questo settore.
Le funzioni specifiche che la rete locale di cure palliative deve garantire sono:
- attività ambulatoriale per il controllo del dolore e dei sintomi in malati con sufficiente grado di autonomia;
- attività di consulenza di medicina palliativa per pazienti alla fine della vita ricoverati in ospedale o presso strutture residenziali;
- cure palliative domiciliari, secondo il previsto modello integrato di cure domiciliari;
- degenza presso Centri residenziali di cure palliative – hospice;
- mantenimento della continuità assistenziale attraverso l’integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale.

Nella normativa regionale piemontese, la Struttura Organizzativa di Cure Palliative (UOC) assume un ruolo di “regia” e di gestione concreta dell’intera rete. Il tentativo è quello di superare le frammentazioni assistenziali, che tanto pesano in termini negativi nell’assistenza ai malati terminali, per cercare di garantire continuità di cura ed assistenza attraverso le diverse opzioni assistenziali.
Le cure palliative domiciliari in Puglia stanno evolvendosi progressivamente abbandonando la fase dell’esclusiva azione del Volontariato e del Privato non-profit per approdare alla sponda della Rete regionale delle cure palliative.

Molteplici sono i protagonisti di questa svolta epocale: le Istituzioni regionali, le Aziende Sanitarie Locali, i Distretti, i Medici di famiglia, la sede regionale della Società Italiana di Cure Palliative e, ovviamente, quanti hanno lavorato sul tema già negli anni addietro.

Dal 1988 si è progressivamente diffusa sul territorio regionale la meritoria opera dell’Ant, Associazione Nazionale Tumori.

Partendo dalle province di Taranto e Brindisi si è ramificata con le sue 63 delegazioni che sostengono le 10 unità operative per l’assistenza domiciliare, così distribuite per provincia: Bari (Acquaviva delle Fonti, Bari, Molfetta, Trani, Monopoli), Taranto (Grottaglie, Taranto), Brindisi (Brindisi – Mesagne, S.Pancrazio), Lecce, Foggia.

Sempre negli stessi anni sono nati il Gruppo assistenza neoplastici (Gna) ad Ostuni (Br), il Gruppo assistenza domiciliare della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori a Casarano (Le) ed il Calcit (Comitato Autonomo Lotta Contro i Tumori) di Andria.

L’Assistenza domiciliare integrata (ADI) erogata dalle Asl ha sviluppato, in alcune realtà, un’organizzazione in grado di affrontare le problematiche della terminalità, ma nella maggior parte dei casi si registrano oggettive difficoltà nell’assicurare l’assistenza domiciliare in tutti i casi in cui vi è una specifica indicazione.

In questo contesto la programmazione regionale ha prodotto una serie di interventi normativi con lo scopo di costruire un sistema più robusto che possa affrontare i bisogni di assistenza che si prevvedono in crescita per i prossimi anni.

Con il Piano della Salute 2008-2010 la Regione ha previsto la costituzione di Unità Operative Territoriali per le Cure Palliative nel rapporto di una U.O. ogni 400.000 abitanti (dieci in tutta la Regione) che integrano quattro modalità di assistenza (Domicilio, Residenziale/Hospice, Ambulatorio, Day Hospice). Le cure palliative domiciliari saranno, quindi, supportate da un continuum che darà risposte certe nell’ambito di una presa in carico globale, con maggiore serenità per i pazienti e le loro famiglie.

I Progetti di piano approvati dalla Giunta regionale finanziano l’attivazione di Unità di cure palliative domiciliari, che svolgeranno la propria attività nell’ambito dei programmi assistenziali delle Unità Operative Territoriali previste dal Piano della Salute, costituendo la Rete dell’adulto e la Rete pediatrica, come indicato dal documento ministeriale sulla caratterizzazione delle cure palliative in Italia.
Domiciliari del 2006.

Con l’Accordo Integrativo regionale della medicina generale, i medici di famiglia assumono il ruolo di responsabili della presa in carico del paziente terminale e ne gestiscono i programmi di assistenza domiciliare.

Nell’ottica del miglioramento della qualità, l’Osservatorio regionale per lo sviluppo delle cure palliative, istituito nel 2009, ha elaborato un documento per l’accreditamento delle strutture e unità operative che erogano prestazioni nell’ambito delle cure palliative, indicando i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal Documento LEA (in via di approvazione).

L’Osservatorio ha, inoltre, messo a punto una Proposta di legge regionale per normare, correlandone tutti gli aspetti, l’organizzazione delle cure palliative e favorirne la diffusione e il miglioramento della qualità su tutto il territorio regionale.
Una Regione – la Sicilia – ancorata al suo passato ed alle sue radici, ma consapevole che il futuro è legato ad alcune sfide fondamentali, una tra queste la riorganizzazione del proprio sistema sanitario.

Le cure domiciliari rappresentano uno degli obiettivi di tale riorganizzazione e le cure palliative ne costituiscono un punto di forza. Il quadro normativo che disciplina lo sviluppo delle cure palliative ha inizio nel 1996 – con la legge regionale n. 26 – che programma la realizzazione della rete dei servizi individuando le modalità attuative che disciplinano la realizzazione delle cure domiciliari e degli hospice. Nel corso degli anni si sono susseguite specifiche norme in materia ed è stata data attuazione al programma regionale che, anche se ancora non completo, vede oggi realizzati 8 hospice e 5 reti provinciali di assistenza domiciliare. Con Decreto Assessoriale dell’8 maggio 2009 è stata definita la nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia che disciplina la dotazione dei posti letto hospice su tutto il territorio e determina la nuova valorizzazione delle prestazioni residenziali e domiciliari.

L’attuale governo regionale è fortemente impegnato nella prosecuzione del programma ed a tal fine ha recentemente costituito un Coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore, al quale sono state attribuite varie funzioni tra cui quella di coordinare i servizi assistenziali e di garantire l’erogazione di livelli uniformi di assistenza. Nella realtà siciliana, l’assenza di criteri di ammissione in cure palliative crea gravi problemi in termini di disponibilità di risorse e di rimborsodelle prestazioni e ciò si deve aggiungere che le cure palliative vengono erogate esclusivamente a malati oncologici, lasciando completamente scoperta l’area delle altre malattie cronico-degenerative.


Al di là di questi aspetti quantitativi, bisogna tuttavia sottolineare che lo sviluppo della cultura palliativa e le modalità con cui le cure palliative vengono erogate è strettamente legato alla formazione ed alla motivazione degli operatori. Pertanto si può concludere che oggi lo sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore è da collegare più all’aspetto culturale che alla quantità delle strutture.
L'indagine, preziosa ai fini della programmazione regionale e interessante punto di riferimento per la stesura del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2011/2013, fotografa una situazione che anche per la nostra Regione registra una forte disomogeneità nell’organizzazione del Livello di Assistenza descritto, così come avviene a proposito della conoscenza per l’informazione della tematica all’interno della categoria dei Mmg.

In questi ultimi mesi, in previsione appunto della scrittura del prossimo PSR ed in relazione all’attuazione della legge 38/2010, abbiamo lavorato ad impostare un approfondimento sulle tematiche relative alla rete delle strutture intermedie e della risposta domiciliare dedicate alla palliazione, in integrazione con il sistema del Chronic Care Model. La consapevolezza della centralità dei Mmg, della non omogeneità di presenza di Centri di Terapia del Dolore e di modelli di presa in carico territoriale, così come la diversità di funzionamento degli hospice, comunque presenti in tutte le nostre Asl, mette questa tematica al centro dell’attenzione per la costruzione di un modello di riferimento omogeneo e che ci consenta di dare una risposta equa su tutto il territorio della nostra Regione.

In particolare l’indagine Agenas evidenzia importanti tematiche:

- la formazione e l’informazione sul tema;
- la somministrazione di farmaci, in particolare oppioidi;
- la dinamica e l’integrazione di ruoli tra specialisti del dolore e Mmg;
- il lavoro in équipe;
- la valorizzazione economica delle prestazioni domiciliari;
- l’integrazione/diversità tra terapia del dolore e presa in carico di fine vita.

Sono le stesse su cui, anche nella nostra Regione, è necessario lavorare ulteriormente ed intensamente.

Pertanto, in Toscana, stiamo lavorando su tre ulteriori direttrici connesse:

- l’implementazione del Chronic Care Model per tutte le tematiche connesse a patologie cronico/degenerative;
- la rete delle strutture e della palliazione territoriale pediatriche;
- il rapporto e l’integrazione con le associazioni di volontariato che operano nel settore;
- il coinvolgimento dei cittadini nella conoscenza/monitoraggio dell’attuazione di questo livello assistenziale.

In particolare, sulla palliazione pediatrica, lo scorso 15 luglio, presso l’AO Meyer, è stato inaugurato l’Hospice Pediatrico regionale che dovrà vedere l’integrazione con una specifica rete di palliazione territoriale.
Per quanto riguarda le associazioni di volontariato che operano nel settore, vale la pena sottolineare come il territorio della nostra Regione ne sia particolarmente ricco; si tratta in genere di associazioni che integrano i servizi sanitari supportandone l’assistenza sia con la donazione di strumentazioni che con la messa a disposizione di operatori sanitari, in particolare medici, e psicologi. L’integrazione, già oggi presente, delle loro risposte con quelle istituzionali richiede un ulteriore sforzo di definizione di modelli omogenei di riferimento.

Infine verrà mantenuta e valorizzata ulteriormente l’intensa e produttiva collaborazione su queste tematiche con Cittadinanzattiva ed il Tribunale dei Diritti del Malato, a garanzia del coinvolgimento dei principali portatori di interesse che sono i cittadini.
La Regione Umbria ha finanziato una ricerca finalizzata alla programmazione socio sanitaria della Regione avente per oggetto “Dimissioni protette di pazienti terminali che necessitano di cure palliative attraverso la costruzione di una rete tra ospedale, servizi territoriali ed hospice”.

La proposta è partita dalla necessità di garantire continuità assistenziale ai pazienti terminali nella fase finale della malattia quando il ricovero ospedaliero e i protocolli di cura non sono più adeguati alla situazione del malato.

Il progetto, iniziato nel 2008, prevedeva la creazione di un percorso di dimissioni protette di cure palliative a favore di pazienti terminali attraverso la messa in rete dei servizi territoriali pubblici e privati, dell’Azienda Ospedaliera di Perugia (AOPG) e dei Presidi dell’Azienda Sanitaria locale di Perugia (Asl 2).

La metodologia si è basata sull’esperienza e il lavoro del Servizio interdistrettuale di Cure Palliative (SidCP) che opera nella Asl 2 come servizio di II livello, offrendo assistenza e consulenza specialistica domiciliare e in hospice regionale con 12 posti letto, che rappresenta una risposta importante nell’offerta territoriale di servizi destinati ai malati terminali e coordinato dal responsabile del SidCP.

Il progetto ha proposto alcune linee di intervento finalizzate a costruire legami organizzativi stabili tra tutti i Servizi e i Professionisti impegnati nel territorio nella cura domiciliare ai malati terminali e ad aumentare l’efficacia della rete territoriale. Di particolare rilevanza è la collaborazione stabile tra AOPG e territorio per le dimissioni protette.

Dai dati raccolti infatti è emersa la tendenza al ricovero improprio di pazienti che necessitano di cure palliative – infatti solo nel 2006 su 950 pazienti oncologici seguiti dall’Ospedale i decessi in Ospedale sono stati 86 – con forti disagi sia per la struttura ospedaliera che per i pazienti terminali.

La Asl 2 ha messo a punto un protocollo di dimissioni ospedalierie che è a regime, ma che necessita di una rivisitazione e sperimentazione per rispondere alle esigenze specifiche dei malati terminali.

GLI OBIETTIVI

- Garantire continuità di cura e assistenza al malato terminale, accompagnando il paziente e la sua famiglia nella fase di passaggio dalle cure effettuate dal medico di reparto al medico palliativista;
- Sperimentare in due distretti un modello di intervento a filiera coordinato in rete ed integrato tra ospedale e territorio;
- Individuare un percorso di presa in carico dei pazienti “oncologici critici” che preveda, attraverso l’hospice, una possibilità di accoglienza temporanea in alternativa al domicilio, in una
logica di continuità tra ospedale, domicilio ed hospice;
- sperimentare la costruzione di continuità di esperienza tra familiari.

**SOGGETTI COINVOLTI**
- Asl 2: distretti socio sanitari di base con i Centri di Salute per attivazione ADI;
- Mmg;
- Comuni per attivazione servizio domiciliare;
- Risorse di vicinato (sensibilizzazione della cittadinanza al tema attivazione risorse di vicinato);
- Associazione Onlus “Con Noi”, Associazione AUCC (Associazione Umbra per la lotta contro il cancro);
- Studio Come srl per la realizzazione della ricerca e consulenza tecnica.

**LE AZIONI**
1. Costruire una cabina di regia per la realizzazione del progetto e l’avvio della sperimentazione del protocollo tra Asl 2, AOPG, Comuni, Associazioni di volontariato ed équipe Mmg;
2. analisi delle dimissioni ospedaliere effettuate nel l’ultimo anno dal reparto Oncologia dell’AOPG e dai Presidi territoriali della Asl 2 per individuare punti di forza e criticità dell’attuale sistema di dimissioni attraverso interviste ai soggetti coinvolti;
3. interviste a familiari e a Mmg per valutare l’efficacia dell’attuale sistema e individuazione punti critici da affrontare;
4. elaborazione protocollo dimissioni protette per malati terminali a partire da quanto previsto nel protocollo in uso nell’Asl 2;
5. sperimentazione delle nuove modalità operative in due distretti selezionati di concerto con la Regione e la Asl 2 attraverso la costituzione di micro équipe e la progettazione di strumenti organizzativi necessari;
6. formazione degli operatori coinvolti;
7. monitoraggio della sperimentazione attraverso interviste ad operatori e familiari;
8. diffusione dei risultati e ampliamento del protocollo su tutto il territorio regionale.
UN COORDINAMENTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE?
L’indagine mostra che tra le Regioni e all’interno delle stesse, i comportamenti organizzativi e gli esisti dell’assistenza sono molto diversi. Questo è certamente frutto di approcci, di rappresentazioni dei ruoli e degli oggetti di lavoro diversi. Se la varietà può rappresentare un valore, mostrando più modi con i quali svolgere i compiti istituzionali, suggerisce quanto siano possibili differenti livelli di tutela dei malati e dei loro familiari, insinuando disparità di trattamento.

L’esperienza veneta di un Osservatorio regionale prima (2006) e di un Coordinamento poi (2009) per le cure palliative può suggerire alcune riflessioni. Innanzitutto, è stato necessario conseguire conoscenza. In Veneto, pur disponendo di una Delibera d’indirizzo sulle cure palliative dal 2000, non esisteva una raccolta sistematica d’informazioni sul grado di sviluppo nelle aziende e di copertura della popolazione. È stato quindi proposto un set minimo d’informazioni sufficiente per disegnare, seppur approssimativamente, la realtà. Negli anni, il perfezionamento degli indicatori e dei dati, adeguandoli anche a quanto richiesto con DM 43/07, ha fornito motivi per una valutazione critica dell’attuazione della delibera, e ha promosso la stesura e l’approvazione di delibere d’indirizzo, poi ricomprese in una legge regionale organica sulle cure palliative e la lotta al dolore (LR 7/2009). Le informazioni hanno consentito di rintracciare le aree a maggior copertura assistenziale, promuovendole come esempi da emulare o a cui ispirarsi per lo sviluppo locale di servizi. Inoltre, fatto non secondario, in coerenza con la storia delle cure palliative in Italia, è emerso maggiore ruolo e il contributo del volontariato, facendolo uscire dal localismo, al quale è dovuta una parte consistente della spinta civile verso le cure palliative e che per il Coordinamento è parte integrante del sistema di cura e interlocutore consapevole.

REGIONE VENETO

di Marco Bonetti
Responsabile del Coordinamento per le cure palliative e la lotta al dolore, Regione del Veneto

I QUADERNI DI MAIORI
Parallelamente, l’Osservatorio/Coordinamento ha assunto compiti di formazione permanente del personale. La scelta è discesa dalla convinzione che la leva formativa ha maggiori possibilità di successo se viene correlata alla strategia di sviluppo dei servizi, di cui in qualche modo ne è conseguenza. In tal senso, la committenza e anche la gestione di programmi formativi deve restare saldamente in mano all’organo regionale, che si potrà avvalere delle competenze e delle esperienze più valide. In questo senso, la formazione delegata alle Università o ad altre società di servizio, può rivelarsi poco efficace, se posta fuori da un governo stringente degli obiettivi di sistema, da una consapevolezza sui modi di proporla, dalla prossimità all’esperienza maturata sul campo, nonché dalla trasferibilità dei contenuti. La formazione ha certamente rappresentato il primo indizio della “rete”, maturandovi conoscenze tra persone e condividendovi approcci. Conseguite le condizioni iniziali (conoscenza, quadramento normativo e formazione), si è posto il tema dello sviluppo diffuso dei servizi e delle “reti” locali di cure palliative. Va rilevato che la peculiarità della LR 7/2009, che sta nella definizione esplicita di livelli attesi di tutela del cittadino, dichiarando anche soglie minime garantite, ha facilitato la definizione di criteri per la progettazione locale delle reti di cure palliative. La stessa formulazione dei criteri è stata condivisa in seno al Coordinamento con le Aziende, proprio per consentirne la loro praticabilità. Il Coordinamento, svolgendo di fatto uncontrollo sul loro rispetto, ha curato la pianificazione aziendale con un supporto di metodo e di contenuto, ponendo le basi per lo sviluppo della “rete” regionale di cure palliative. Va sottolineato che l’“anima” della rete non sta infatti nell’uniformità dei servizi (della quale è importante conservare un livello minimo garantito di risorse e aspetti di funzionamento), ma nella costanza degli impegni, lasciando alle singole aziende il modo di conseguirli: la loro mancata o parziale adozione nella stesura dei programmi pregiudicava l’accesso al finanziamento previsto per legge. In questo senso il Coordinamento si è dimostrato luogo di dibattito e ha suggerito approcci organizzativi caratterizzati da maggiore probabilità di successo, ma ha anche rispettato le singole peculiarità, ancora una volta riconoscendovi un valore aggiunto e non uno svolgimento della logica di rete. In tale direzione si è cercato di sostenere la priorità della domiciliarità delle cure, arginando una certa tendenza alla costituzione di servizi residenziali che, pur necessari, nella loro proliferazione rispondono di più ad una logica di visibilità delle amministrazioni che di reale utilità. Uguale il processo, ancora peraltro in corso, non è risultato immune da difficoltà. Il sistema sanitario sta vivendo tensioni per effetto delle restrizioni finanziarie. Questo tende a confermare la tradizione d’offerta e a limitare le nuove forme di assistenza. Pertanto, le cure palliative subiscono oggettivamente una condizione di debolezza, che le costringe, per la loro maturazione, a contemperare innovazione senza investimenti. Il Coordinamento, in collaborazione con il Registro dei Tumori del Veneto, sta valutando le aree d’inappropriatezza che attengono alla cura dei malati inguaribili, soprattutto nelle fasi avanzate di malattia o in prossimità della morte. A tal proposito, è disponibile una valutazione sulla distribuzione e sull’impatto economico degli ultimi ricoveri dei malati oncologici deceduti, la cui riduzione consentirebbe la copertura finanziaria di tutte le cure palliative. Di ulteriore interesse sarà l’analisi sui trattamenti antiblastici e degli esami diagnostici nelle fasi terminali della vita. Parimenti, se il Coordinamento si propone essenzialmente come supporto ai servizi e alle Aziende, viene riconosciuto dagli stessi come interlocutore e portatore delle loro necessità presso il decisore politico. Sul potenziale lavoro del Coordinamento pesa la difficoltà di reperimento di risorse umane per i propri compiti. A tal proposito, l’esperienza suggerisce la necessità di poter contare stabilmente su competenze epidemiologiche, economiche e
bioetiche. Le competenze di disciplina sono più diffuse tra gli operatori, che concorrono così all’autorevolezza del Coordinamento.
L’esperienza segnala non solo elementi di profilo di un Coordinamento regionale, ma ulteriori possibilità di sviluppo. Tra queste, certamente il concorso alla programmazione nazionale, propendosi come sostegno al lavoro del prossimo Coordinamento nazionale, nel quale, credo, dovran-no esprimersi quelli regionali, secondo una logica di “rete”.
Sinteticamente, un Coordinamento regionale per le cure palliative si può rivelare un utile strumento per l’affermazione delle cure palliative. Il suo profilo di ruolo attribuisce compiti di:
- sostegno dei processi locali, avendo cura di selezionare e vigilare sul livello etico dei programmi aziendali di cure palliative, al fine di garantire soglie minime adeguate di tutela a tutti i malati che se ne gioverebbero;
- formazione permanente del personale;
- fornitura di informazioni e valutazioni sul sistema dei servizi, a supporto della programmazione locale e regionale;
- sintesi tra il livello dei servizi e quello delle decisioni politiche.
Sul piano relazionale, il Coordinamento è il contenitore naturale delle cure palliative della Regione e il luogo in cui è possibile rendere esplicita, nella sua totalità, la “rete” delle stesse.
INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Professionisti a confronto
MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI PALLIATIVISTI E INFERMIERI A CONFRONTO

INTRODUZIONE E METODOLOGIA

In questo articolo vengono presentati i risultati di una survey telefonica inerente alle percezioni riguardo le cure palliative domiciliari di un campione di 1.489 Medici di medicina generale (Mmg). È in gran parte focalizzato sulla survey relativa ai Mmg, con alcune integrazioni di dati inerenti altre 2 survey. In particolare nell’analisi dell’area delle conoscenze e dell’area delle attività e comportamenti, le risposte dei Mmg sono state confrontate con un gruppo esterno di esperti in cure palliative e di infermieri di cure palliative per dare un’indicazione verso cui le risposte dei Mmg dovrebbero, idealmente, tendere.


- Infermieri esperti in cure palliative: gruppo composto da 262 infermieri intervistati durante il Congresso nazionale SICP (Taormina 2008).

Nell’interpretazione dei risultati di questo studio è necessario tenere in considerazione alcune caratteristiche dello strumento utilizzato:

- l’intervista era suddivisa in 4 sezioni: area delle conoscenze, area delle opinioni, area delle attitudini, area delle attività e dei comportamenti;

- tutte le domande di merito, a parte una, poste ai Mmg erano domande chiuso in cui le possibili risposte venivano indicate dagli intervistatori;

- sono stati utilizzati, per ognuna delle domande dei questionari dell’area delle conoscenze, criteri nella scelta delle opzioni di risposta non omogenei. In alcune domande è stata inserita una sola opzione corretta, in altre un’opzione più appropriata e altre non completamente sbagliate, ma che possono rispecchiare l’esperienza personale dei Mmg o pratiche legate alla specifica organizzazione dei servizi differenti tra le Regioni campionate per lo studio. Risulta quindi difficile utilizzare un criterio omogeneo nella valutazione delle risposte dei Mmg.
L’unica domanda aperta è stata inserita nell’area delle conoscenza ed era la seguente: “Da quanti gradini è composta la scala analgesica dell’OMS”?

**RISULTATI**

A. Caratteristiche del campione di Medici di medicina generale (Mmg)

La tabella 1 riporta le caratteristiche del campione di Mmg intervistati. Quasi l’80% dei Mmg intervistati è di sesso maschile senza grandi differenze tra le aree geografiche (P=0.095); quasi 2/3 del campione di Mmg ha un’età compresa tra i 51 e i 60 anni senza grandi differenze per area geografica (P=0.578); più dei 2/3 del campione di Mmg intervistati ha un’anzialità professionale compresa tra i 16 e i 30 anni, con un maggior numero di Mmg in questa categoria nell’Italia settentrionale (P=0.003); più dei 2/3 del campione di Mmg intervistati seguono in media dai 3 ai 10 pazienti con bisogni di cure palliative/anno. L’Italia centrale è caratterizzata da una percentuale doppia (8.3%) rispetto al Nord e al Sud di Mmg che seguono più di 10 pazienti con bisogni di cure palliative/anno (P=0.014).
B. Area delle conoscenze

1. Definizione di cure palliative

La tabella 2 riporta le risposte dei Mmg inerenti la definizione di cure palliative. È opportuno tenere in considerazione, nell’interpretazione delle risposte, che delle cinque risposte possibili, solo una è completamente errata: si tratta della risposta 5 che raccoglie poco più del 2% delle risposte dei Mmg intervistati.

Le altre quattro risposte possibili comprendono una definizione più appropriata e completa di cure palliative (risposta 1) e tre definizioni che considerano solo alcuni degli aspetti che caratterizzano le cure palliative ma ne tralasciano molti altri (risposte 2, 3, e 4).

La definizione più completa ed appropriata riprende la definizione di cure palliative dell’OMS (WHO, 2002), specificando che le cure palliative non si riferiscono solo al fine vita, ma anche alle fasi più preoccanti di malattia e che inseriscono tra gli obiettivi di cura anche la famiglia del paziente. Questa risposta viene data da 1/4 dei Mmg intervistati. La risposta 2, data da più di 2/3 dei Mmg intervistati, fa coincidere le cure palliative con le cure di fine vita. La risposta 3, data dal 30% del campione, invece, fa coincidere le cure palliative con la terapia del dolore nel malato inguaribile. La risposta 4, data da meno del 9% del campione, fa coincidere le cure palliative con le terapie necessarie per il controllo dei sintomi nel malato inguaribile.

<table>
<thead>
<tr>
<th>TABELLA 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&quot;Tira le seguenti definizioni di cure palliative quale ritiene la più appropriata?&quot;</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Le cure complessive necessarie per la persona inguaribile nella fase evolutiva di malattia, e non solo alla fine della vita, comprendenti anche il supporto alla famiglia</td>
</tr>
<tr>
<td>2. L’insieme di tutte le cure necessarie ad accompagnare il paziente a una dignitosa fine della vita.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La terapia del dolore, sia esso moderato o grave, nel malato inguaribile</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La terapia dell’insieme di sintomi che affliggono il malato inguaribile.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. L’insieme delle cure alternative (ad esempio: omeopatia, pranoterapia) per assistere il malato inguaribile e il supporto alla sua famiglia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

NOTA: la risposta più corretta è in blu
2. Obiettivi delle cure palliative

La tabella 3 riporta le risposte dei Mmg inerenti agli obiettivi delle cure palliative. In questo caso due delle cinque risposte possibili (4 e 5) sono totalmente errate ed entrambe raccolgono meno dell’1% delle risposte dei Mmg. La risposta più appropriata è la 1 (garantire la migliore qualità di vita del malato) che è stata indicata da poco più del 40% dei Mmg intervistati. Quasi la metà dei Mmg intervistati ritiene che le cure palliative coincidano con la terapia del dolore, e quasi il 9% dei Mmg intervistati ritiene che l’obiettivo più coerente con la definizione di cure palliative sia dare sollievo ai sintomi della malattia.

3. Erogazione delle cure palliative

La tabella 4 riporta le risposte dei Mmg inerenti le indicazioni di programmazione sanitaria sull’erogazione delle cure palliative.

In questo caso sono presenti 2 risposte totalmente errate: la risposta 5 (le CP dovrebbero essere erogate da personale infermieristico specializzato) che raccolgono poco più dell’1% delle risposte e la risposta 2 (le CP dovrebbero essere erogate dai Mmg) che raccolgono il 20% delle risposte. A fronte di ciò, più di 2/3 dei Mmg intervistati, sceglie la risposta 1: le cure palliative dovrebbero essere erogate da equipe multiprofessionali, che includono il Mmg, esperti in cure palliative. Le altre risposte possibili, la 3 e la 4, raccolgono rispettivamente poco più del 7% e del 3% delle risposte dei Mmg intervistati; quindi più del 10% degli intervistati sceglie un’equipe guidata da un terapista del dolore/anestesista.
4. Percorso assistenziale di cure palliative
La tabella 5 riporta le risposte date dai Mmg inerenti al percorso assistenziale di cure palliative. Le risposte date, in questo caso, devono essere interpretate alla luce della peculiarità della domanda che, facendo riferimento all’esperienza dei Mmg, mette in evidenza sia gli aspetti relativi all’approccio personale alla professione (risposte 3, 4, 5, 6) sia quelli più prettamente legati all’organizzazione del lavoro nelle singole regioni italiane (risposte 1 e 2).
Quasi 2/3 dei Mmg ritiene che il percorso assistenziale in cure palliative necessiti della definizione di un piano di cura individuale. Più del 20% dei Mmg intervistati ritiene, in base alla propria esperienza personale, che il percorso assistenziale da seguire in CP sia dire continuato a quanto già previsto in sede di dimissione ospedaliera del paziente. Più del 10% dei Mmg intervistati scegli l’opzione diagnosi e terapia centrate sull’esperienza, il 6% diagnosi e terapia centrate su evidenza scientifica, poco più dell’1% prestazioni a elevata tecnologia e meno dello 0,5% terapia standard basata su linee guida internazionali.

5. Terapia del dolore
Le tabelle 6 e 7 riportano le risposte dei Mmg inerenti la terapia del dolore. Alla domanda “da quanti scalini è composta la Scala Analgesica dell’OMS” solo una bassissima percentuale di Mmg risponde correttamente (10,1%). Invece la quasi totalità del Mmg intervistati, in base alla propria esperienza, risponde che non esiste limite, la dose massima è quella necessaria per controllare il dolore con effetti collaterali tollerabili o assenti. Unico caso, in questa sezione, in cui le risposte di Mmg e medici palliativisti sono praticamente sovrapponibili.
6. Risposte corrette in base all’area delle conoscenze per caratteristiche dei Mmg

La tabella 8 riporta le risposte corrette incrociate con le caratteristiche dei Mmg. Per quanto riguarda questa analisi, non sono stati inseriti test di significatività, che in presenza di test multipli, in un contesto esplorativo sarebbero privi di significato. L’analisi esplorativa delle differenze non sembra comunque evidenziare degne di nota relative alle variabili esaminate.

<table>
<thead>
<tr>
<th>TABELLA 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Da quanti gradini è composta la Scala Analgesia dell’OMS?</td>
</tr>
<tr>
<td>Mmg (n=1.489)</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Tre</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Altre risposte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>TABELLA 7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Secondo la Su a esperienza, per il controllo del dolore in un malato in cure palliative, quale è la dose massima di morfina che è possibile somministrare in un giorno?</td>
</tr>
<tr>
<td>Mmg (n=1.489)</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Non esiste limite, la dose massima è quella necessaria per controllare il dolore con effetti collaterali tollerabili o assenti</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Limite previsto dalle linee guida internazionali per controllare il dolore con effetti collaterali tollerabili o assenti: 18 fiale di morfina da 10 mg (180 mg)</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 6 fiale di morfina da 10 mg (60 mg)</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 12 fiale di morfina da 10 mg (120 mg)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

NOTA: la risposta più corretta è in blu

<table>
<thead>
<tr>
<th>TABELLA 8 - Risposte corrette incrociate con le caratteristiche dei Mmg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domande sulla conoscenza in cure palliative</td>
</tr>
<tr>
<td>definizione</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Nord</td>
</tr>
<tr>
<td>Centro</td>
</tr>
<tr>
<td>Sud</td>
</tr>
<tr>
<td>Eta 25-50</td>
</tr>
<tr>
<td>51-60</td>
</tr>
<tr>
<td>61-80</td>
</tr>
<tr>
<td>Maschi</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmine</td>
</tr>
<tr>
<td>Anni come Mmg</td>
</tr>
<tr>
<td>1-15</td>
</tr>
<tr>
<td>16-30</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Paz. in CP ultimo anno | | |
|---|---|---|---|---|
| 1-2 | 27.4 | 38.1 | 71.5 | 57.5 | 12.4 | 91.2 |
| 3-10 | 25.0 | 41.4 | 64.6 | 60.3 | 9.2 | 93.3 |
| > 10 | 20.5 | 45.2 | 42.5 | 61.6 | 6.8 | 87.7 |
| Totale campione | 25.5 | 40.6 | 65.6 | 59.5 | 10.1 | 92.3 |
C. Area delle opinioni

1. Attività che il Mmg ritiene di sua competenza

La tabella 9 riporta i compiti che i Mmg intervistati ritengono di loro competenza, ordinati secondo le loro priorità. I nove compiti proposti nell’intervista hanno ottenuto un’alta condivisione da parte dei Mmg intervistati sempre superiore al 50%. Sette dei nove compiti proposti prevedevano un’azione individuale del Mmg e due un’attività in collaborazione con l’équipe di CP o altri operatori. La maggior frequenza, più del 95%, è stata indicata per la reperibilità durante il servizio (es: 8–20 nei giorni feriali). La minor frequenza, poco più del 50%, è stata indicata per l’impostazione e la verifica della gestione di sistemi infusivi continui. I due compiti da svolgere in collaborazione con l’équipe o con altri operatori hanno ottenuto un’alta percentuale di condivisione (83.7% e 77.8% rispettivamente).

2. Attività che il Mmg ritiene obbligatorie

La tabella 10 riporta il parere dei Mmg intervistati sull’obbligatorietà delle attività citate nella domanda precedente. Poco più del 20% dei Mmg intervistati ritiene che le attività/compiti della domanda precedente siano obbligatorie. Nella maggior parte dei casi (45.5%) i Mmg ritengono che dovrebbero avere la possibilità di scegliere se svolgerle o meno.

| TABELLA 9 |
| In un programma di cure palliative, in che misura ritiene che i seguenti compiti siano di competenza del Mmg: Secondo i Mmg (n=1.489) alta condivisione % |
| 1. Essere prontamente reperibile durante il servizio (ad esempio dalle 8–20 nei giorni feriali) | 95.2 |
| 2. Comunicare le cattive notizie al malato e ai suoi famigliari | 91.6 |
| 3. Assumere decisioni in relazione alla proporzionalità delle cure tutelando i propri pazienti dall’abbandono e dall’accanimento terapeutico | 89.9 |
| 4. Collaborare al lavoro d’équipe nell’assistenza al malato | 83.7 |
| 5. Identificare il malato che necessita di un percorso assistenziale di cure palliative specifiche | 82.9 |
| 6. Elaborare, insieme ad altri operatori, il Piano di Cura Individuale | 77.8 |
| 7. Impostare la terapia del dolore (esclusi gli oppioidi maggiori) | 62.9 |
| 8. Impostare la terapia del dolore (compresi gli oppioidi maggiori) | 57.9 |
| 9. Impostare e verificare la gestione di sistemi infusivi continui (per esempio infusori per la somministrazione sottocutanee di morfina) | 53.2 |
| Operatori che hanno dato un punteggio da 7 a 10 su una scala da 1 a 10, dove 1 corrisponde a “nessuna condivisione” e 10 “condivisione totale.” |

| TABELLA 10 |
| Ritiene che le attività citate nella domanda precedente come compiti del Medico di medicina generale siano obbligatorie? Secondo i Mmg (n=1.489) % SI |
| 1. No, bisogna lasciare al medico la libertà di aderire o meno | 45.5 |
| 2. Alcune sono obbligatorie mentre altre possono essere lasciate a discrezione del Medico | 33.6 |
| 3. SI, sono attività obbligatorie | 20.9 |
3. Attività che il Mmg ritiene debbano essere retribuite

La tabella 11 riporta il parere dei Mmg intervistati sulla possibilità di retribuzione separata delle attività della domanda precedente. Quasi il 74% dei Mmg intervistati ritiene che queste attività/compiti inerenti le cure palliative debbano essere retribuiti separatamente da quanto prevede l’Accordo Collettivo Nazionale. Le motivazioni sono: 42.6% perché non tutti i Mmg partecipano a questo tipo di assistenza e il 31% perché i modelli organizzativi, e quindi i compiti dei Mmg, differiscono nelle varie Regioni.

4. Attività per le quali il Mmg ritiene utile la presenza del medico esperto in cure palliative

La tabella 12 riporta le risposte dei Mmg intervistati, inerenti alle attività per le quali ritengono utile la presenza di un medico esperto in cure palliative. Ordinate secondo la frequenza attribuita dai Mmg. La presenza del medico esperto in cure palliative è ritenuta utile dai Mmg intervistati soprattutto per un’attività di consulenza al bisogno (63.3%) e coordinamento del lavoro d’équipe (39.0%). Poco più di 1/4 dei Mmg intervistati ritiene che il medico esperto in CP possa essere utile alla formazione sul campo e che debba assumersi la responsabilità clinica dei pazienti. Meno del 7% dei Mmg intervistati non ritiene utile che un medico esperto in cure palliative faccia parte dell’équipe curante.
D. Area delle attitudini

1. Stati d’animo dei Mmg

La tabella 13 riporta gli stati d’animo dei Mmg intervistati, ordinati secondo la loro rilevanza. I tredici stati d’animo/sentimenti proposti durante l’intervista hanno ottenuto da parte dei Mmg intervistati una frequenza decisamente disomogenea che passa da più del 70% del “senso di utilità del mio lavoro” al 3% del “senso di colpa”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sentimento</th>
<th>Mmg (n=1.489)</th>
<th>Medici CP (n=377)</th>
<th>Infermieri CP (n=262)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Senso di utilità del mio lavoro</td>
<td>72.4</td>
<td>62.6</td>
<td>44.5</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Necessità di restare distaccato</td>
<td>44.9</td>
<td>36.7</td>
<td>34.9</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Senso di empatia</td>
<td>44.5</td>
<td>37.3</td>
<td>34.9</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Compassione</td>
<td>30.5</td>
<td>27.1</td>
<td>23.3</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Tristezza</td>
<td>26.4</td>
<td>21.7</td>
<td>19.8</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Impotenza</td>
<td>19.5</td>
<td>17.1</td>
<td>14.9</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Rabbia</td>
<td>19.3</td>
<td>15.5</td>
<td>14.1</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Bisogno di condividere iol colleghi</td>
<td>17.4</td>
<td>13.3</td>
<td>11.8</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Angoscia</td>
<td>12.6</td>
<td>10.3</td>
<td>9.2</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Preoccupazione</td>
<td>12.0</td>
<td>8.8</td>
<td>7.2</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Senso di solitudine professionale</td>
<td>10.4</td>
<td>7.9</td>
<td>7.1</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Senso di inadeguatezza</td>
<td>4.6</td>
<td>4.6</td>
<td>4.6</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Senso di colpa</td>
<td>3.0</td>
<td>3.0</td>
<td>3.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Operatori che hanno dato un punteggio da 7 a 10 su una scala da 1 a 10, dove 1 corrisponde a “sentimento mai provato” e 10 “sentimento sempre presente”.

E. Area delle attività e dei comportamenti

1. Attività e comportamenti nell’assistenza ad un malato in fase terminale di malattia

2. Attività e comportamenti nell’assistenza ad un malato negli ultimi giorni di vita

Le tabelle 14 e 15 riportano le risposte dei Mmg intervistati sulle attività svolte per i pazienti in fase terminale di malattia e per quelli negli ultimi giorni di vita. Anche nell’assistenza dei pazienti...
in fase terminale di malattia, la reperibilità nei giorni feriali è l’attività indicata con maggior frequenza dai Mmg intervistati (93.7%) come pratica quotidiana. La minor frequenza indicata dai Mmg è invece per la reperibilità notturna (16.7%). Negli ultimi giorni di vita dei pazienti, la sospensione dei farmaci non utili al controllo dei sintomi è indicata con maggior frequenza dai Mmg intervistati (89.3%) come attività importante da compiere. La minor frequenza indicata dai Mmg è invece il ricovero in ospedale del paziente (25.0%).

**COMMENTI**

**Area delle conoscenze**

- Definizione di cure palliative: la scelta delle risposte 2 (insieme delle cure necessarie per accompagnare il malato), 3 (la terapia del dolore nel malato inguaribile) e 4 (la terapia dei sintomi nel malato inguaribile) da parte dei Mmg può essere attribuita a diverse motivazioni: mancanza di formazione adeguata sui concetti di base di cure palliative, pensiero diffuso, anche tra gli operatori sanitari italiani, della coincidenza tra terapia del dolore e cure palliative, ridotta esperienza personale del Mmg in questo ambito.

- Obiettivi delle cure palliative: la poca chiarezza dei Mmg sulla definizione di cure palliative si ripercuote sulle risposte alla domanda relativa agli obiettivi coerenti con le cure palliative. Questo è confermato dal fatto che quasi il 50% dei Mmg intervistati fa coincidere le cure palliative con la terapia del dolore.

- Erogazione delle cure palliative: la domanda non si riferisce ad una opinione personale del Mmg ma ad una normativa nazionale specifica. Questo denota una non esaustiva conoscenza da parte dei Mmg della normativa nazionale inerente alla programmazione sanitaria in cure palliative.

---

**TABELLA 15**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nella pratica quotidiana, quando assiste un malato in fase terminale di malattia, solitamente:</th>
<th>Mmg (n=1.489)</th>
<th>Medici CP (n=377)</th>
<th>Infermieri CP (n=1.262)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Quando il paziente è arrivato agli ultimi giorni di vita quali azioni, tra le seguenti, Lei ritiene giusto compiere in una scala da 1 (non serve) a 10 (fondamentale):</td>
<td>alta importanza %</td>
<td>alta importanza %</td>
<td>alta importanza %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sospendero i farmaci (o condividendo la sospensione per gli infermieri) che non siano utili al controllo dei sintomi</td>
<td>89.3</td>
<td>92.6</td>
<td>83.2</td>
</tr>
<tr>
<td>In caso di un quadro clinico suggestivo per polmone non somministro antibiotici (mi allineo alla decisione per gli infermieri)</td>
<td>84.6</td>
<td>54.4</td>
<td>72.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Quando il malato è molto sofferente e non riesco a controllare i sintomi, richiedo una consulenza specialistica</td>
<td>76.8</td>
<td>Non fatta</td>
<td>Non fatta</td>
</tr>
<tr>
<td>Proseguo con i farmaci analgesici (ad es. la morfina) anche se il malato non è cosciente (collabora alla prosecuzione l’infermiere)</td>
<td>73.4</td>
<td>83.8</td>
<td>66.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Adeguo la terapia analgesica, aumento l’opioide, (senza chiedere consulenza per il Mmg)</td>
<td>69.8</td>
<td>96.3</td>
<td>18.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Quando il malato è molto sofferente e non riesco a controllare i sintomi, procedo alla sedazione (senza chiedere consulenza per il Mmg)</td>
<td>48.7</td>
<td>88.7</td>
<td>16.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vado a casa del malato anche tutti i giorni o più volte al giorno</td>
<td>47.0</td>
<td>79.0</td>
<td>56.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ricovero il paziente in ospedale (suggerisce la possibilità l’infermiere)</td>
<td>25.0</td>
<td>1.6</td>
<td>22.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Dei 437 MMG che hanno risposto NO a questa domanda l’88.3% chiede l’intervento di uno specialista e l’11.7% si limita a rassicurare la famiglia.
In particolare la Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, nella definizione dei profili di cura domiciliari comprende le cure domiciliari palliative a malati terminali, “che assorbono “l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” e l’OD–CP (Ospedalizzazione Domiciliare per le Cure Palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal Piano di Assistenza Individuale (PAI) ed erogata da un’equipe in possesso di specifiche competenze”.

Questa definizione è stata ripresa dalla recente legge Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (38/10), che nell’articolo 1 definisce l’assistenza domiciliare di cure palliative “l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l’erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal Medico di medicina generale, sia quelli delle equipe specialistiche di cure palliative, di cui il Medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.

Percorso assistenziale di cure palliative: la domanda chiedeva al Mmg di dare una risposta in base alle proprie esperienze professionali e non in base a normative o linee guida esistenti in materia. Peraltro la Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza specifica che la presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

1. la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l’elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;
2. la predisposizione del PAI;
3. un approccio assistenziale erogato attraverso un’equipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
4. il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All’interno dell’equipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il Mmg, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l’assistenza protesica e farmaceutica.

Scala OMS: questa era l’unica domanda aperta della parte relativa all’area delle conoscenze. Dalla bassa percentuale di risposte corrette si potrebbe ipotizzare che la domanda sia stata mal posta dagli intervistatori o fraintesa dai Mmg intervistati. Questo sarebbe suggerito dal fatto che la distribuzione delle risposte raccoglie quasi il 90% del totale, comprende circa un 33% di Mmg che sostiene che i gradini della scala OMS sono zero e quasi un 38% che sostiene che sono 10 (forse pensando che la domanda fosse riferita alla scala per la valutazione della presenza di dolore). Sarebbe opportuno non ritenere valide le risposte ottenute.

Dose massima di morfina: sebbene questa domanda sia stata inserita nell’area delle conoscenze, non faceva riferimento a linee guida in materia, ma chiedeva al Mmg di dare una risposta in base alle proprie esperienze professionali. Unico caso, in questa sezione, in cui le risposte di Mmg e medici palliativisti sono praticamente sovrapponibili.
Area delle opinioni

- I compiti dei Mmg in un programma di cure palliative: tutte le opzioni proposte ai Mmg intervistati hanno ottenuto un’alta frequenza di condivisione. Questo indica una buona percezione da parte del Mmg dei compiti che dovrebbero essere di loro competenza. Questo non solo per le attività che lo riguardano come singolo medico, ma anche per quelle che richiedono, quando presente, la collaborazione con l’équipe e altri operatori coinvolti nell’assistenza al paziente con bisogni di cure palliative. In particolare più del 95% dei Mmg intervistati ha indicato la reperibilità 8-20 nei giorni feriali come un suo compito. Ricordiamo che l’istituto della reperibilità (intesa come usualmente viene definita in ambito ospedaliero) non è mai stata oggetto di Accordo Collettivo Nazionale (ACN), mentre è prevista dallo stesso la disponibilità. È quindi un risultato rilevante che la quasi totalità dei Mmg condivida che la reperibilità in un dato orario possa essere un loro compito.

- Attività che il Mmg ritiene obbligatorie: la maggior parte dei Mmg intervistati ritiene che le attività citate nella domanda precedente non siano da ritenere compiti obbligatori, ma che il Mmg abbia la facoltà di scegliere.

- Attività che il Mmg ritiene che debbano essere retribuite: più di 3/4 dei Mmg intervistati ritiene che le attività citate nella domanda precedente debbano essere pagate separatamente da quanto prevede l’Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Le motivazioni indicate sono o perché i Mmg effettivamente partecipano a questo tipo di assistenza o perché i modelli organizzativi, e quindi i compiti dei Mmg, differiscono tra le varie Regioni.

- Attività per le quali il Mmg ritiene utile la presenza del medico esperto in cure palliative: esclusa la percentuale di Mmg che non ritiene che il medico esperto in cure palliative debba far parte dell’équipe curante, la maggior parte dei Mmg ritiene che l’attività maggiormente utile che il medico esperto in cure palliative debba svolgere sia la consulenza al bisogno su richiesta, seguita dal coordinamento del lavoro d’équipe, dalla formazione sul campo e dall’assunzione di responsabilità clinica. Questo è un risultato molto significativo in quanto mette in evidenza che i Mmg intervistati sono consapevoli della necessità della figura del medico esperto in cure palliative anche se con diverse modalità ed intensità.

Area delle attitudini

- Stati d’animo del Mmg quando segue un paziente in fase avanzata di malattia: l’area delle attitudini, comprendendo stati d’animo e sentimenti dei Mmg intervistati, è decisamente complessa da valutare. L’attitudine può essere definita come una predisposizione individuale innata ad un determinato comportamento/capacità, ma influenzata dall’ambiente esterno. Nel caso specifico di questo studio gli stati d’animo scelti dai Mmg intervistati sono sicuramente il frutto di una predisposizione del singolo, ma presumibilmente anche influenzati da fattori esterni. Di seguito alcuni esempi, inerenti alle frequenze più alte e più basse delle attitudini indicate:
  - il senso di utilità del lavoro, indicato dai Mmg intervistati con una frequenza di quasi il 73%, potrebbe dipendere dalla presenza di uno o più fattori: una formazione di cure palliative tale da riuscire ad affrontare le situazioni in modo appropriato da un punto di vista medico, il rapporto e la soddisfazione espressa al Mmg dal paziente e dai suoi familiari in riferimento all’assistenza prestata e, quando presenti, la collaborazione con operatori dell’équipe di cure palliative sul territorio;
  - il senso di colpa e di inadeguatezza, indicati dai Mmg intervistati con una frequenza rispettivamente del 3.0% e del 4.6%, potrebbero essere interpretati in due modi diametralmente
opposti. La bassa percentuale riscontrata potrebbe dipendere da un’alta fiducia e sicurezza nelle proprie capacità e competenze, oppure, al contrario, potrebbe essere una controprova dell’alta percentuale riscontrata nel senso di utilità del proprio lavoro.

In ogni caso, analizzati questi risultati, si rendono necessari ulteriori studi qualitativi più approfonditi per analizzare e commentare questi dati in modo più appropriato.

**Area delle attività e dei comportamenti**

- Le scelte delle risposte dei Mmg intervistati inerenti alle attività e i comportamenti nei confronti dei malati in fase terminale e negli ultimi giorni di vita possono essere connesse a due fattori principali:
  - approccio individuale dei Mmg: frutto di formazione, conoscenze e attitudini;
  - assetto organizzativo: presenza più o meno diffusa sul territorio di strutture ed equipe di cure palliative a cui fare riferimento.

Per quanto riguarda le attività inerenti all’assistenza ad un malato in fase terminale di malessere, ancora una volta la quasi totalità dei Mmg intervistati indica la reperibilità come la pratica quotidiana maggiormente frequente, denotando la consapevolezza dei Mmg dell’importanza che riveste per i pazienti in fase terminale e per le loro famiglie la loro presenza e disponibilità. Dal lato opposto, una delle pratiche meno frequenti è la visita alla famiglia nei giorni successivi al decesso, nonostante la prevenzione del lutto “patologico” passi anche attraverso la visita di cordoglio ai famigliari, che dovrebbe essere fatta il più presto possibile dopo la morte del paziente, per ricordare loro che gli sì è vicini e li si continua ad aiutare. Questo rafforza il rapporto con la famiglia, testimoniando che il medico è ben presente ed ha un effetto rassicurante per il futuro.

Per quanto riguarda le attività inerenti all’assistenza ad un malato negli ultimi giorni di vita, quasi il 90% e l’85% dei Mmg intervistati ritiene che sia importante sospendere i farmaci che non siano utili al controllo dei sintomi e non somministrare antibiotici in caso di un quadro clinico suggestivo di polmonite. Questo denota una consapevolezza dei principi di base delle cure di fine vita e della necessità della rimodulazione degli interventi inappropriati in questa fase.

Inoltre più del 70% dei Mmg intervistati dichiara di non sospendere i farmaci analgesici anche se il malato non è cosciente e quasi la metà dichiara di andare a casa del paziente, tutti i giorni, denotando una sensibilità verso le esigenze di rassicurazione e conforto della famiglia e di comfort dei pazienti alla fine della vita. Le difficoltà dei Mmg sono esplicitate dall’alta percentuale (quasi 77%) di Mmg che, in caso di mancato controllo dei sintomi, chiede una consulenza. Difficilmente interpretabile il dato relativamente a quasi la metà dei Mmg intervistati che, in caso di sintomi persistenti e non controllabili, procede alla sedazione (intesa come induzione farmacologica della perdita persistente dello stato di coscienza del paziente). In questo caso si ritengono opportuni ulteriori approfondimenti e studi ad hoc su questo tema. Dal lato opposto, la minor frequenza è rappresentata dal ricovero in ospedale (25%), considerato dai Mmg intervistati ultima ratio.

**IN GENERALE**

Questa è la prima survey realizzata a livello nazionale, su un campione rappresentativo, inerente alle conoscenze, opinioni, attitudini e attività dei Mmg italiani sulle cure palliative e di fine vita. I risultati complessivi di questa survey mostrano:

- incertezza dei Mmg sulla parte più “teorica” inerente alla definizione e gli obiettivi delle cure palliative che vengono confusi con la terapia del dolore;
- maggior conoscenza ed esperienza inerente ai soggetti che dovrebbero erogare cure palliative e i percorsi assistenziali più appropriati per que-
sta tipologia di pazienti;

- ottima conoscenza, sovrapponibile a quella dei medici esperti di cure palliative, sulla dose massima di morfina somministrabile in un giorno;

- generale disponibilità dei Mmg nei confronti delle cure palliative;

- consapevolezza dei Mmg riguardo la maggior parte dei compiti attività che dovrebbero svolgere in un programma di cure palliative;

- incertezza sugli aspetti normativi ed economici delle attività da svolgere nell’ambito delle cure palliative;

- riconoscimento dell’importanza della figura del medico esperto in cure palliative;

- disponibilità ad integrarsi con le équipe di assistenza domiciliare di cure palliative, quando presenti;

- senso di utilità del proprio lavoro nell’ambito delle cure palliative.

Dati questi presupposti, potrebbe essere utile per rafforzare maggiormente le competenze dei Mmg e facilitare l’integrazione con i servizi di cure palliative domiciliari, realizzare progetti di formazione ad hoc, legati alla dimensione organizzativa dell’assistenza domiciliare o delle Reti di cure palliative, laddove esistenti. Questo permetterebbe di colmare alcune lacune generate, probabilmente, da una formazione sganciata dai diversi contesti lavorativi presenti nelle Regioni italiane, aprire spazi di collaborazione tra operatori sanitari favorendo la continuità assistenziale, riuscendo così a rispondere, in modo più appropriato, ai bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie.
INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
Documento di consenso

Approvato dagli organismi direttivi della Società Italiana di Cure Palliative e della Società Italiana di Medicina Generale
a legge n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 il 19 marzo 2010 della Società Italiana di Cure Palliative e della Società Italiana di Medicina Generale.

La legge n. 38 stabilisce che l’insiem degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l’erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle equipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta. L’articolo 5 raccomanda “l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza”, attraverso l’identificazione delle risorse, delle modalità organizzative, degli “adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie” (Medici di medicina generale, Medici specialisti, Medici con esperienza in cure palliative ed infermieri). Nell’ambito della rete di cure palliative la modalità operativa per rispondere in modo unitario al bisogno del malato e della sua famiglia è il lavoro di equipe, che richiede una costante integrazione professionale tra Medici di medicina generale, Medici con esperienza in cure palliative ed infermieri.

Nel Workshop SICP-SIMG “Accanto al malato quale équipe domiciliare?” (Lecce, 29 ottobre 2009), che ha visto la partecipazione di oltre 100 professionisti, promosso con lo scopo di ricercare la condivisione tra Medici di medicina generale, medici con esperienza in cure palliative ed infermieri in merito all’organizzazione delle cure palliative domiciliari erogate mediante il lavoro di equipe, è emerso l’ampio consenso sui seguenti...
10 enunciati sostanziali. Da questo è generato un documento condiviso relativo alle definizione di équipe, percorsi di cura, continuità assistenziale, procedure d’accesso e meccanismi operativi e le condizioni facilitanti.

1° ENUNCIATO
L’équipe di cure palliative domiciliari è la struttura tecnica e multi-professionale dedicata a garantire l’erogazione delle cure palliative a casa del malato. All’équipe è demandato il compito di valutazione multidimensionale per la presa in carico e il coordinamento dell’assistenza diretta a domicilio. La verifica periodica (riunione d’équipe) è necessaria a garantire il raggiungimento degli obiettivi di cura e assistenza, secondo l’evoluzione dei bisogni del malato e della famiglia.

2° ENUNCIATO
Le attività delle équipe di cure palliative domiciliari sono parte integrante della più complessiva attività della rete di cure palliative dell’Azienda Sanitaria.

3° ENUNCIATO
La composizione minima di questa équipe è costituita dall’infermiere, dal medico dedicato alle cure palliative (palliativista in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative) e dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta del singolo malato, che sono insostituibili nei loro rispettivi ruoli. A queste figure fondamentali si aggiunge, in funzione dei bisogni del malato e dei familiari, la presenza in équipe di altri professionisti (psicologo, assistente sociale, operatore socio-assistenziale, fisioterapista, assistente spirituale), integrati da volontari formati per queste attività.

4° ENUNCIATO
La responsabilità clinica è affidata al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta o al medico esperto in cure palliative (palliativista in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative) in funzione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il PAI viene elaborato con la partecipazione attiva di tutta l’équipe.

5° ENUNCIATO
Le cure palliative sono un Livello Essenziale di Assistenza. Ricevuta la segnalazione, il medico responsabile dell’équipe di cure palliative domiciliari, in accordo con il Medico di medicina generale, attiva il Piano Assistenza Individuale domiciliare.

6° ENUNCIATO
L’avvio di un Piano di Assistenza in cure palliative domiciliari avviene a seguito di una valutazione congiunta presso il domicilio del malato, da parte del medico palliativista, dell’infermiere, del Medico di medicina generale, di norma entro 48 ore dalla segnalazione.

7° ENUNCIATO

8° ENUNCIATO
Nell’ambito dell’organizzazione complessiva delle cure domiciliari, ai malati affetti da patologie non oncologiche ad evoluzione infausta, deve essere garantito un adeguato approccio palliativo (controllo dei sintomi fisici, attenzione e supporto alla sofferenza psicologica, sociale e spirituale) fin dalle fasi precoci della malattia, con l’eventuale supporto dell’équipe di cure palliative domiciliari. In una continuità dei percorsi assistenziali che può durare anche molti anni, è da garantire anche la possibilità di un intervento diretto dell’équipe di cure palliative domiciliari in momenti di particolare criticità e nelle fasi di fine della vita.
9° ENUNCIATO
Nelle fasi critiche di queste patologie (ad es. nel momento di scegliere se iniziare o meno trattamenti di supporto vitale, quali l’alimentazione artificiale o la ventilazione meccanica, oppure durante momenti di peggioramento a possibile evoluzione infausta) è necessaria la valutazione congiunta di tutta l’équipe di cure palliative per la definizione delle scelte terapeutiche più appropria-te, nel rispetto dell’autonomia del malato.

10° ENUNCIATO
La continuità assistenziale per 7 giorni a settimana per 24/24 ore deve essere garantita, nell’ambito della rete di cure palliative dell’Azienda Sanitaria, attraverso meccanismi di integrazione di risorse mediche e infermieristiche con formazione specifica nelle cure palliative.
INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
Allegati
Il primo riferimento normativo è costituito da una legge nazionale adottata per dare attuazione ad alcuni obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

L’articolo 1, comma 1, del Decreto legge 28 dicembre 1998 n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26.2.1999, n. 39, ha previsto finanziamenti per un “programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un’agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all’assistenza palliativa ed isupporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari”.

Secondo il comma 3 dello stesso articolo “Le Regioni e le Province autonome presentano al Ministero della sanità, nei termini e con le modalità previste nel decreto ministeriale di adozione del programma di cui al comma 1, i progetti per l’attivazione o la realizzazione delle strutture, conformi alle indicazioni del programma medesimo e tali da assicurare l’integrazione delle nuove strutture e dell’assistenza domiciliare con le altre attività di assistenza sanitaria erogate nell’ambito della regione o della provincia. A tali progetti deve essere allegato un piano della Regione o della Provincia autonoma che assicuri l’integrazione dell’attività delle strutture con le altre attività di assistenza ai pazienti indicati nel comma 1, erogate nell’ambito della regione o della provincia autonoma”.

L’art. 1 della Legge n. 39/99 contiene nell’articolo 1 la prima definizione in una normativa nazionale di “hospice” (anche se il termine non è utilizzato) e dei relativi destinatari. La norma prevede la realizzazione, in ciascuna Regione e Provincia Autonoma, in coerenza con gli obiettivi del PSN 1998-2000, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un’agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all’assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari. Le suddette strutture dovranno essere realizzate prioritariamente attraverso l’adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si siano rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all’articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni.

L’accoglimento in hospice è subordinato ad almeno una delle seguenti condizioni:* 
- assenza o non idoneità della famiglia; inadempienza della casa a trattamenti domiciliari; 
- impossibilità di controllo adeguato dei sintomi al domicilio; 
- localizzazione – può essere nell’ambito di un edificio specificamente dedicato (struttura ospedaliera o struttura residenziale sanitaria).

* (Per gli altri elementi si rinvia alla relazione finale sugli Hospice, 2005).
Il successivo D.M. 28 settembre 1999 ha delineato il “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative”, che prevede:
- centri residenziali da realizzare con particolare riguardo all’adeguamento ed alla riconversione di strutture di proprietà delle aziende od ospedali non utilizzati;
- attivazione della rete di assistenza ai pazienti terminali, coordinata da un dirigente medico;
- valutazione della qualità attraverso specifici indicatori;
- programmi regionali di comunicazione ed informazione.

Da tali norme si evince la definizione di “rete”, intesa come “aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell’autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti”:
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero ordinario e day hospital;
- assistenza residenziale in hospice.

Gli obiettivi principali della rete sono:
- assicurare un percorso di cura appropriato per la persona, con integrazione tra attività domiciliari e residenziali;
- garantire il controllo del dolore e degli altri sintomi nel rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno e il sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari;
- agevolare la permanenza presso il proprio domicilio garantendo la più alta qualità di vita possibile;
- ottenere una riduzione significativa e programmatica dei ricoveri impropri in ospedale.

Lo stesso DM 28 settembre 1999 ha assegnato alle Regioni le prime due annualità, relative agli anni 1998 e 1999, per complessivi 256,511 miliardi, delle tre annualità stanziate, per complessivi 310 miliardi.

Il DPCM del 20 gennaio 2000 ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei Centri residenziali (hospice), ad integrazione dei requisiti per l’esercizio dell’attività sanitaria approvati con DPR 14 gennaio 1997. Le Regioni hanno inviato, entro il termine fissato del 2 ottobre 2000, i programmi e i relativi progetti, nonché le successive integrazioni, che sono stati esaminati dalla competente Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti strutturali e tecnologici del Ministero della Salute.

Il Progetto obiettivo Aids (DPR 8 marzo 2000) include la realizzazione degli “Hospice” all’interno della rete assistenziale, che prevede anche l’assistenza domiciliare integrata e l’ospedalizzazione domiciliare.

La Legge 8 febbraio 2001 n. 12, dal titolo “Norme per agevolare l’impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”, ha modificato il “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, che risale al 1990 e altre norme successivamente introdotte.

Grazie alla legge del 2001 ed ai Decreti ministeriali attuativi, che hanno eliminato anche alcune sanzioni penali prima previste, la prescrizione dei farmaci per il trattamento del dolore severo già dal 2001 può comprendere dosaggi per una terapia di durata fino a trenta giorni, mentre le precedenti norme (D.Lgs. n. 539 del 1992) permettevano la prescrizione solo per un massimo di dieci giorni.

Da sottolineare che la stessa legge n. 12/2001 ha previsto, per la prescrizione dei farmaci oppiacei, un nuovo “ricettario”, di più utilizzo facilitato, distribuito dalle aziende sanitarie locali (fermo restando il vecchio ricettario – distribuito a cura dei rispettivi Ordini provinciali dei Medici – per la prescrizione degli stupefacenti e sostanze psico-
La legge e la circolare del Ministero della Salute n. 9 del 2001 precisano:

- la facilitazione delle prescrizioni non si applica nel caso dei trattamenti degli stati di tossicodipendenza da oppiacei;
- il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie è autorizzato a consegnare le quantità terapeutiche dei farmaci al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa;
- gli infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare all’interno del distretto sanitario di base, oppure nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali, o in ambito di intervento sanitario previsti dal personale sanitario, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei farmaci;
- presso le unità operative delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché le unità operative dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali, è istituito il registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Le disposizioni introdotte col DM 4 aprile 2003, oltre a prevedere ricettari bilingue per la Regione Valle d’Aosta e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano, introducono le seguenti ulteriori modifiche:

- consentono la prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le “tutte lettere” per scrivere la dose, il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il medicinale prescritto e la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni;
- eliminano l’obbligo di indicare l’indirizzo di residenza del paziente;
- eliminano l’obbligo, da parte del prescrivente, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;
- prevedono la prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.


Il DPCM del 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, all’art.3, comma 3, include le prestazioni sanitarie per patologie terminali nelle “prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”, di cui al d.lgs. n. 502 del 1992 (art. 3 septies). Secondo l’Atto: “Tali prestazioni sono caratterizzate dall’indiscernibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nel l’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti alle funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza”.

Il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, nell’Allegato 1 pone le “attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte ai pazienti nella fase terminale” nel secondo livello: “Assistenza distrettuale”, da svolgere nell’ambito di:

- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.
L’Accordo dell’8 marzo 2001 “Linee guida per la prevenzione, la diagnostica e l’assistenza in oncologia” prevede l’erogazione di Cure palliative domiciliari e stabilisce i seguenti criteri di eleggibilità:

- terapeutico: assenza, esaurimento o inopportunità di trattamenti specifici volti alla gestione o al rallentamento della malattia;
- sintomatico: presenza di sintomi invalidanti con una riduzione della performance-status uguale o inferiore al 50% secondo la scala di Karnofsky;
- diagnosi di malattia neoplastica certificata dal medico esperto in oncologia medica;
- impossibilità ad utilizzare strutture ambulatoriali e di day hospital per la permanenza di gravi sintomi invalidanti e/o per l’assenza di sufficienzi supporti (non autosufficienza/non autonomia del paziente);
- ambiente abitativo idoneo e supporto familiare sufficiente.

Le cure palliative domiciliari sono offerte secondo i livelli assistenziali di assistenza previsti e tra loro integrate: Assistenza domiciliare integrata (sotto la responsabilità clinica del Medico di medicina generale) ed il supporto di una équipe terapeutica.

Ospedalizzazione a domicilio, attivata in 24 ore sotto la responsabilità dell’Unità Ospedaliera, che si raccorda con il Mng e si può avvalere della collaborazione del distretto, secondo protocolli operativi concordati.

Tale Accordo si sofferma anche sull’Hospice.

L’Accordo del 19 aprile 2001 “Documento di iniziative per l’organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative” prevede l’applicazione delle cure palliative:

- ai malati affetti da Aids;
- ai pazienti con patologie non neoplastiche ad andamento progressivo
  - malattie del sistema cardiovascolare
  - malattie dell’apparato respiratorio
  - malattie del sistema nervoso

L’Accordo, inoltre:

- rafforza la definizione dei livelli assistenziali e l’integrazione dei servizi nella rete;
- ridefinisce i percorsi assistenziali delle cure palliative;
- prevede modalità di formazione specifica per i dirigenti degli hospice;
- valorizza il ruolo degli Enti locali e la sinergia di azione.


L’accordo del 2001 contiene le linee guida per promuovere la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine. Ciascuna Regione, nell’ambito della propria autonomia, deve adottare gli atti necessari all’applicazione delle linee guida “Ospedale senza dolore”, in coerenza con la propria programmazione, prevedendo il sistematico inserimento della loro attuazione nelle procedure di valutazione dei risultati delle Aziende Sanitarie.

Finalità specifica delle linee guida è quella di aumentare l’attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

In particolare le linee guida prevedono:

- la formazione specifica del personale;
- la costituzione del Comitato “Ospedale senza dolore”;
- strumenti per il monitoraggio del dolore;
- strumenti di rilevazione del dolore;
- modalità codificate per il trattamento del dolore;
- la valutazione dei risultati del progetto;
- modalità per la comunicazione e l’informazione.
al cittadino della rete dei servizi per il trattamento
del dolore.


L’art. 8 si sofferma, invece, su “Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti”:

a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione;

b) assicurare l’erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.


L’allegato 1.C Area integrazione socio-sanitaria, nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, evidenzia, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale.


Tale documento recepisce un sistema di indicatori elaborato dalle Direzioni Generali della Programmazione Sanitaria e del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici (SISIST), del Ministero della Salute. L’Accordo prevede che i dati necessari alla costruzione degli indicatori siano raccolti annualmente a livello regionale e che le Regioni trasmettano i dati, entro il 30 giugno dell’anno successivo a quello della rilevazione, al Ministero della Salute, tramite la rete telematica Sistema Informativo Sanitario.

L’analisi, finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza per i pazienti terminali ed alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate, è effettuata dal Ministero d’intesa con la Conferenza e pubblicata annualmente.
Gli indicatori sono raggruppati in cinque categorie:
1. accessibilità alla rete di cure palliative
2. risorse
3. attività
4. risultato
5. qualità.

L’Intesa (11 aprile 2006) sullo schema direzionale del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, contiene il Regolamento recante la “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”.

L’obiettivo del Regolamento è quello di individuare con chiarezza gli obiettivi minimi che le Regioni devono conseguire, in coerenza con le risorse programmate per il Ssn, sia in termini di dotazioni strutturali (posti letto residenziali), sia in termini di numero di pazienti assistiti dalla Rete di cure palliative, sia in termini di qualità dell’assistenza offerta dalla rete.

L’allegato 1 specifica quindi 8 standard quantitativi e qualitativi, mentre l’allegato 2 contiene la loro descrizione dettagliata.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 luglio 2006) affronta il tema delle cure palliative nei capitoli 3.9 (il dolore e la sofferenza nei perorsi di cura) e 3.10 (la rete per le cure palliative).

Per quanto riguarda 3.9 “Il dolore e la sofferenza nei perorsi di cura”, nell’Accordo del 24 maggio 2001 “L’Ospedale senza dolore”, va garantita la diffusione della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dall’ospedale, in primis avvalendosi del contributo dei Mmg e dei Pls. La formazione degli operatori ospedalieri e territoriali va realizzata nell’ambito del programma di Ecm. Il PSN 1998-2000 prevede che la lotta al dolore deve essere potenziata anche nei settori nei quali, anche a causa di limiti culturali non ancora superati, esso è spesso misconosciuto e sotto trattato, come durante il travaglio e il parto per via naturale, in ambito post-operatorio e in Pronto soccorso. Va, inoltre, sensibilizzata la cittadinanza in tema di cura del dolore e del diritto al suo superamento. In tal senso, accanto alle iniziative di carattere sanitario, sono stati già realizzati importanti eventi come la “Giornata Nazionale del Sollevio”. Prevede inoltre il completamento della definizione di Linee guida nazionali sul trattamento del dolore nel bambino e nell’adulto, mediante il Sistema Nazionale Linee Guida e l’integrazione con le iniziative europee ed internazionali, partecipando alle attività di network già operativi nella lotta contro il dolore.


Si rende necessario realizzare una rete di offerta nella quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale offrendo un approccio completo alle esigenze della persona malata, garantendo, ove necessario e richiesto, un adeguato intervento religioso e psicologico.

Particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell’età neonatale, pediatrica e adolescenziale.

Il 20 giugno 2007 è stato approvato lo “Schema di accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulle cure palliative nell’età neonatale, pediatrica ed adolescenziale”. Precisa che le cure palliative pediatriche si sviluppano secondo livelli di diversa competenza ed esperienza professionale specifica che comprendono:
- un primo livello o approccio palliativo, applicato da tutti i professionisti della salute;
- un secondo livello di cure palliative generali, con professionisti con esperienza e preparazione specifica;
- un terzo livello o team esperto di cure palliative pediatriche, con equipe multiprofessionali e multidisciplinari.

Il team esperto di cure palliative pediatriche, operando all’interno della rete assistenziale, deve essere adeguatamente preparato e supportato a rispondere ai bisogni clinici, emozionali ed evolutivi del bambino e della sua famiglia e, attraverso la rete assistenziale, si attiva per assicurare continuità di presa in carico nelle 24 ore.

La rete assistenziale deve garantire a ciascun minore bisognoso di cure palliative pediatriche la risposta ai suoi principali bisogni di salute attuali ed evolutivi e a quelli della famiglia. In particolare devono essere garantite le azioni essenziali nel-l’ambito del processo di assessment diagnostico e di presa in carico, con la partecipazione attiva nei processi decisionali della famiglia e, per quanto possibile per età e condizione, del bambino.

La cura prestata a domicilio resta per l’età pediatrica l’obiettivo principale da raggiungere. No-nostante ciò, esistono momenti del percorso assistenziale e particolari condizioni transitorie delle famiglie che possono richiedere una soluzione residenziale. In questi casi il luogo di cura deve essere adeguato ad accogliere il minore e la famiglia e il personale specificatamente formato per le cure palliative pediatriche.

La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche deve avvenire su base regionale o sovrare-gionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, sia ad una forma di assistenza residenziale.

Le Regioni devono scegliere i modelli da attuare, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari, in cui esse andranno a realizzarsi, tenendo conto della necessità di riorientare l’utilizzo delle risorse al fine di assicurare in ogni Regione lo sviluppo e il coordinamento della rete.

Si demanda inoltre ad un gruppo tecnico interregionale con rappresentanti del Ministero della Salute la stesura, entro il 31 dicembre 2007, di linee di indirizzo che, partendo dall’analisi dei bisogni e della situazione esistente, definisca i campi di intervento sanitario e sociosanitario e fornisca supporto al processo di implementazione delle cure palliative pediatriche.


Il 17 dicembre 2008 è stato emanato il DM “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”, che si applica alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.


In particolare, per quanto riguarda le cure palliative e la terapia del dolore, per l’anno 2009 si ritiene di vincolare complessivamente una quota di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo l’Allegato B – tabella 3 allegata all’Accordo.

Con il progetto complessivo di implementazione di una rete assistenziale per la terapia del dolore si intende riorganizzare e sistematizzare l’esistente, al fine di ottenere una maggiore facilità di acces-
so alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l’offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

Per raggiungere tale obiettivo si intende sperimentare un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l’ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e il presidio ambulatoriale territoriale con competenze di terapia antalgica (gestito da un team di Mmg) realizzando così le reti regionali contro il dolore acuto e cronico.

Occorre quindi che le Regioni, anche quelle che su questi temi sono avanzate con maggiore celebrità ed efficacia, rilegano i termini del problema e tarino le loro azioni anche alla luce di quanto ormai consolidato nella cultura scientifica in Italia e nel mondo.

Le Regioni sono quindi invitale a presentare, coerentemente con il livello di organizzazione raggiunto da ciascuna in merito alla problematica, progetti diretti alla:

1. ricognizione, in ambito regionale, della situazione esistente in rapporto ai bisogni della popolazione residente sia sulle cure palliative che sulla terapia del dolore;

2. definizione della rete infrastrutturale e quantificazione delle infrastrutture da realizzare ex novo per coprire il fabbisogno di cure palliative e di terapia del dolore;

3. definizione della rete organizzativa ed informativa che si ritiene di dover attivare per garantire, nelle cure palliative, una regia unitaria ed una comunicazione efficace tra i vari attori;

4. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale, riguardante cure palliative e terapia del dolore, completo di criteri di valutazione;

5. definizione di reti di terapia del dolore coerentemente con quanto sviluppato a livello centrale;

6. realizzazione di campagne informative sull’utilizzo di farmaci oppiacei;

7. valutazione del processo assistenziale palliativo nel caso di presenza residenziale e non domiciliare.

**Di fondamentale importanza per l’assistenza ai malati cronici è l’approvazione della Legge n. 38/2010: “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”**.

**I punti fondamentali della legge sono:**

- Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore (Art. 5): il Ministero della Salute attiva una rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Sun nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l’attivazione e l’integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

- Progetto “Ospedale-Territorio senza dolore” (Art. 6): la legge prevede l’attuazione del progetto “Ospedale-Territorio senza dolore”, per il quale è autorizzata la spesa di 1.450.000 euro per l’anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l’anno 2011 finalizzata allo svolgimento di iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l’integrazione a livello territoriale.

- Obbligo di riportare: all’interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito (Art. 7).

- Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore (Art. 8): devono essere previsti specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connessi alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; devono inoltre essere individuati i criteri per l’istituzione di master in cure pallia-
Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore (Art. 9): presso il Ministero della Salute è attivato, eventualmente anche attraverso l’istituzione di una commissione nazionale, avvalendosi delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano forniscono tutte le informazioni e i dati utili all’attività del Ministero e possono accedere al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero. Il Ministero, alla cui attività collaborano l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua, l’Agenzia italiana del farmaco e l’Istituto superiore di sanità, fornisce anche alle Regioni elementi per la valutazione dell’andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali, nonché dello stato di realizzazione e di sviluppo delle due reti su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alle disomogeneità territoriali e all’erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatria e adolescenziale.

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore (Art. 10): utilizzo del ricettario del Ssn per la prescrizione dei farmaci oppiacei e semplificazione del loro utilizzo anche al domicilio dei pazienti.

Normativa nazionale sui farmaci sostitutivi utilizzati per il trattamento della dipendenza da oppiacei¹.

DPR 9 ottobre 1990 n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, artt. 41, 43, 44, 45, 46, 47 e 48-, in Gazz. Uff. 31 ottobre 1990, n. 255, S.O.

Il Testo Unico attualmente in vigore classifica le sostanze stupefacenti e psicotrope in due tabelle:

- in tabella I trovano collocazione le sostanze con forte potere tossicomanigeno ed oggetto di abuso;
- in tabella II sono inserite le sostanze che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia in quanto farmaci.


¹ I testi normativi sono reperibili sul sito normativo del Ministero della Salute.


DM 3 agosto 2001 “Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative” (G.U. Serie Generale n. 204 del 3 settembre 2001).


Circolare del Ministero della Salute 4 novembre 2003, n. 7990 “I farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”.


Circolare del Ministero della Salute 7 marzo 2006 “Quesiti sulla ripetibilità delle ricette che descrivono medicinali stupefacenti di cui alla tab. II sez. E del DPR 309/1990 e successive modificazioni e sulla numerazione e firma del registro entrata-uscita stupefacenti di cui all’art. 60 del testo unico”.


DM 16 novembre 2007 “Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pub-
bliche o private autorizzate ai pazienti in tratta-
mento” (G.U. Serie Generale n. 278 del 29 no-
vembre 2007).

**DM 16 novembre 2007** “Norme concernenti la
detenzione ed il trasporto di medicinali stupefa-
centi o psicotropi da parte di cittadini che si re-
cano allestero e di cittadini in arrivo nel territo-
rio italiano” (G.U. Serie Generale n. 278 del 29
novembre 2007).

**Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e
delle politiche sociali 16 giugno 2009** “Opiacei
dispensati dietro presentazione di ricetta non ri-
petibile o di normale ricetta SSN” (G.U. 20 giu-
gno 2009), integrata e modificata con ordinan-
ze 2 luglio 2009 e 8 ottobre 2009.

**Legge 15 marzo 2010 n. 38**, recante “Dispo-
sizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e
terapia del dolore”. La legge prevede, tra l’altro:

- il monitoraggio, da parte del Ministero, dei da-
ti relativi alla prescrizione ed utilizzazione di far-
maci nella terapia del dolore, e in particolare dei
farmaci analgesici oppiacei - art. 9, comma 1, let-
tera a);

- prevede, in considerazione delle prioritarie esi-
genze terapeutiche nei confronti del dolore se-
vero, la possibilità di includere nella tabella II, se-
zione D, composti medicinali utilizzati in tera-
pia del dolore elencati nell’allegato III-bis, limita-
tamente alle forme farmaceutiche diverse da
quella parenterale - art. 10, che aggiunge all’art.
14, comma 1, lettera e) del Testo Unico, il nu-
mero 3-bis.

Pertanto i farmaci oppioidi potranno essere dis-
pensati dietro semplice presentazione di **ricetta
medica non ripetibile o normale ricetta SSN**. In entrambi i casi la ricetta è valida trenta
giorni, e non serve il buono-acquisto. Per le pre-
scrizioni in regime privato non si applica il li-
mite prescrittivo per una cura di durata non su-
periore a trenta giorni. Invece, per le prescrizio-
ni in regime di Ssn resta ferma la possibilità di
prescrivere in un’unica ricetta un numero di con-
fezioni sufficienti a coprire un terapia massima
di trenta giorni.

**DM 31 marzo 2010** “Aggiornamento delle tabelle con-
tenenti l’indicazione delle sostanze stupefacenti e psico-
trope e relative composizioni medicinali, di cui al decre-
to del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990,
n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, con
sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Uni-
co (10A04271)” (G.U. Serie Generale n. 78 del 3
aprile 2010).
LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38
“DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L’ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE”
pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010

ART. 1. (Finalità)
1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.
2. È tutelato e garantito, in particolare, l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall’articolo 2, comma 1, lettera c), nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell’8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:
   a. tutela della dignità e dell’autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
   b. tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
   c. adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

ART. 2. (Definizioni)
1. Ai fini della presente legge si intende per:
   a. “cure palliative”: l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infastidita, non risponde più a trattamenti specifici;
   b. “terapia del dolore”: l’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elabore idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;
   c. “malato”: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate ineficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;
   d. “reti”: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall’insieme delle strutture sanita-
rie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all’erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

e. “assistenza residenziale”: l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da equipe multidisciplinari presso una struttura, denominata “hospice”;

f. “assistenza domiciliare”: l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l’erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle equipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

g. “day hospice”: l’articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio;

h. “assistenza specialistica di terapia del dolore”: l’insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario e sul territorio da equipe specialistiche.

ART. 3
(Competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

2. Nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze in materia tra Stato e Regione, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo paretre del Consiglio superiore di sanità, tenuto conto anche dell’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche sottoscritto il 27 giugno 2007 e del documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

3. L’attuazione dei principi della presente legge in conformità alle linee guida definite ai sensi del comma 2 costituisce adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

4. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 9 dell’intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, valuta annualmente lo stato di attuazione della presente legge, con particolare riguardo all’appropriatezza e all’efficienza dell’utilizzo delle risorse e alla verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

ART. 4
(Campagne di informazione).

1. Il Ministero della salute, d’intesa con le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, promuove nel triennio 2010-2012 la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai pro-
grammi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanatorio ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore e nell’assistenza nel settore delle cure palliative.

2. Le campagne di cui al comma 1 promuovono e diffondono nell’opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative, anche delle cure palliative pediatriche, e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativamente all’utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari.

3. Per la realizzazione delle campagne di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 50.000 euro per l’anno 2010 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012.

ART. 5
(Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore).

1. Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della Salute attua una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l’attivazione e l’integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l’età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo del-
le cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie. Per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica, l’intesa di cui al precedente periodo tiene conto dei requisiti di cui all’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 27 giugno 2007 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008.

4. L’intesa di cui al comma 3 prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l’accreditamento come struttura apparteneva alle due reti, quelle volte a consentire l’integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa prevede a definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle disparità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

5. All’attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell’articolo 12, comma 2, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 6
(Progetto “Ospedale-Territorio senza dolore”)


2. Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l’integrazione a livello territoriale.

3. Con l’accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1.

ART. 7
(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all’interno della cartella clinica)

1. All’interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati i caratteristici del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.


ART. 8
(Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro dell’Istruzione, dell’università e della ricerca, di concerto con il Ministro della Salute, ai sensi dell’articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e suc-
cessive modificazioni, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per l’istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore.

2. In sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina di cui all’articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la Commissione nazionale per la formazione continua, costituita ai sensi dell’articolo 2, comma 357, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, prevede che l’aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e nell’assistenza nel settore delle cure palliative, e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, si realizzi attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.

3. L’accordo di cui all’articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi obbligatori ai sensi della normativa vigente ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazione senza scopo di lucro di sanità, impegnato nelle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti.

4. In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero della Salute, mediante intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sentite le principali società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore, sono definiti percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nell’ambito delle due reti.

5. All’attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 9
(Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore)

1. Presso il Ministero della Salute è attivato, eventualmente anche attraverso l’istituzione di una commissione nazionale, avvalendosi delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano forniscono tutte le informazioni e i dati utili all’attività del Ministero e possono accedere al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero. Il Ministero, alla cui attività collaborano l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua, l’Agenzia italiana del farmaco e l’Istituto superiore di sanità, fornisce anche alle Regioni elementi per la valutazione dell’avanzamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida di cui all’articolo 3, comma 2, nonché dello stato di realizzazione e di sviluppo delle due reti su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alle disomogeneità territoriali e all’erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica e adolescenziale. Il Ministero provvede a monitorare, in particolare:

a. i dati relativi alla prescrizione e all’utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppiaci;

b. lo sviluppo delle due reti, con particolare rife-
ramento alla verifica del rispetto degli indicatori e dei criteri nazionali previsti dalla normativa vigente;
c. lo stato di avanzamento delle due reti, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte;
d. le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, anche attraverso l’analisi qualitativa e quantitativa dell’attività delle strutture delle due reti;
e. le attività di formazione a livello nazionale e regionale;
f. le campagne di informazione a livello nazionale e regionale;
g. le attività di ricerca;
h. gli aspetti economici relativi alla realizzazione e allo sviluppo delle due reti.

2. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Ministero della Salute redige un rapporto, finalizzato a rilevare l’andamento delle prescrizioni di farmaci per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, con particolare riferimento ai farmaci analgesici oppiacei, al monitoro lo stato di avanzamento delle due reti su tutto il territorio nazionale e il livello di omogeneità e di adeguatezza delle stesse, formulando proposte per la risoluzione dei problemi e delle criticità eventualmente rilevati, anche al fine di garantire livelli omogenei di trattamento del dolore su tutto il territorio nazionale.

3. Nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Ministero della Salute può avvalersi di figure professionali del Servizio sanitario nazionale con dimostrate competenze specifiche e, anche tramite apposite convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative.

4. Per le spese di funzionamento di tale attività, fatto salvo quanto previsto dal comma 3, è autorizzata la spesa di 150.000 euro annui a decorrere dall’anno 2010.

ART. 10
(Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore)

1. Al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:
a. all’articolo 14, comma 1, lettera e), dopo il numero 3) è aggiunto il seguente: “3-bis) in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell’allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale”;
b. nel titolo II, dopo l’articolo 25 è aggiunto il seguente: “Art. 25-bis. – (Distruzione delle sostanze e delle composizioni in possesso dei soggetti di cui all’articolo 17 e delle farmacie). – 1. Le sostanze e le composizioni scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente, limitatamente a quelle soggette all’obbligo di registrazione, in possesso dei soggetti autorizzati ai sensi dell’articolo 17, sono distrutte previa autorizzazione del Ministero della Salute.

2. La distruzione delle sostanze e composizioni di cui al comma 1 in possesso delle farmacie è effettuata dall’azienda sanitaria locale ovvero da un’azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari. Delle operazioni di distruzione di cui al presente comma è redatto apposito verbale e, nel caso in cui la distruzione avvenga per il tramite di un’azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari, il farmacista trasmette all’azienda sanitaria locale il relativo verbale. Gli oneri di trasporto, distruzione e gli altri eventuali one-
Le Forze di polizia assicurano, nell’ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, adeguata assistenza alle operazioni di distruzione di cui al presente articolo; c. All’articolo 38, il primo e il secondo periodo del comma 1 sono sostituiti dal seguente: “La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, anche gratuito, delle sostanze e dei medicinali compresi nelle tabelle I e II, sezioni A, B e C, di cui all’articolo 14 è fatta alle persone autorizzate ai sensi del presente testo unico in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario ‘buoni acquisto” conforme al modello predisposto dal Ministero della Salute”; d. All’articolo 41, comma 1-bis, le parole: “di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa” sono sostituite dalle seguenti: “di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni”; e. all’articolo 43, dopo il comma 4 è inserito il seguente: “4-bis. Per la prescrizione, nell’ambito del Servizio sanitario nazionale, di farmaci previsti dall’allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, in luogo del ricettario di cui al comma 1, contenente le ricette a ricatto di cui al comma 4, può essere utilizzato il ricettario del Servizio sanitario nazionale, disciplinato dal decreto del Ministro dell’Economia e delle Finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell’11 aprile 2008. Il Ministro della Salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, può, con proprio decreto, aggiornare l’elenco dei farmaci di cui all’allegato III-bis”; f. all’articolo 43, commi 7 e 8, le parole: “di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa” sono sostituite dalle seguenti: “di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni”; g. all’articolo 45, comma 1, le parole: “che si accerta dell’identità dell’acquirente e prende nota degli estremi di un documento di riconoscimento da trascrivere sulla ricetta” sono sostituite dalle seguenti: “che annota sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell’acquirente”; h. all’articolo 45, comma 2, le parole: “sulle ricette previste dal comma 1” sono sostituite dalle seguenti: “sulle ricette previste dai commi 1 e 4-bis”; i. all’articolo 45, dopo il comma 3 è inserito il seguente: “3-bis. Il farmacista spedisce comunque le ricette che prescrivano un quantitativo che, in relazione alla posologia indicata, superi teoricamente il limite massimo di terapia di trenta giorni, ove l’eccedenza sia dovuta al numero di unità posologiche contenute nelle confezioni in commercio. In caso di ricette che prescrivano una cura di durata superiore a trenta giorni, il farmacista consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire trenta giorni di terapia, in relazione alla posologia indicata, dandone comunicazione al medico prescrittore”; l. all’articolo 45, dopo il comma 6 è inserito il seguente: “6-bis. All’atto della dispensazione dei medicinali inseriti nella sezione D della tabella II, successivamente alla data del 15 giugno 2009, limitatamente alle ricette diverse da quella di cui al decreto del Ministro della Salute 10 marzo 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 2006, o da quella del Servizio sanitario nazionale, disciplinata dal decreto del Ministro dell’Economia e delle Finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell’11 aprile 2008, il farmacista deve annotare sulla ricetta il...
nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell’acquirente. Il farmacista conserva per due anni, a partire dal giorno dell’ultima registrazione, copia o fotocopia della ricetta ai fini della dimostrazione della legalità del possesso dei farmaci consegnati dallo stesso farmacista al paziente o alla persona che li ritira”;
m. all’articolo 45, dopo il comma 10 è aggiunto il seguente:
“10-bis. Su richiesta del cliente e in caso di ricette che prescrivono più confezioni, il farmacista, previa specifica annotazione sulla ricetta, può spedirla in via definitiva consegnando un numero di confezioni inferiore a quello prescritto, dandone comunicazione al medico prescrittore, ovvero può consegnare, in modo frazionato, le confezioni, purché entro il termine di validità della ricetta e previa annotazione del numero di confezioni volta per volta consegnato”;
n. all’articolo 60:
1. al comma 1, sono aggiunti, infine, i seguenti periodi: “Lo stesso termine è ridotto a due anni per le farmacie aperte al pubblico e per le farmacie ospedaliere. I direttori sanitari e i titolari di gabinetto di cui all’articolo 42, comma 1, conservano il registro di cui al presente comma per due anni dal giorno dell’ultima registrazione”;
2. il comma 2 è sostituito dal seguente:
“2. I responsabili delle farmacie aperte al pubblico e delle farmacie ospedaliere nonché delle aziende autorizzate al commercio all’ingrosso riportano sul registro il movimento dei medicinali di cui alla tabella II, sezioni A, B e C, secondo le modalità indicate al comma 1 e nel termine di quarantotto ore dalla dispensazione”;
3. al comma 4, dopo le parole: “Ministero della Salute” sono aggiunte le seguenti: “e possono essere composti da un numero di pagine adeguato alla quantità di stupefacenti normalmente detenuti e movimentati”;
o. all’articolo 62, comma 1, le parole: “sezioni A e C,” sono sostituite dalle seguenti: “sezioni A, B e C,”;
p. all’articolo 63:
1. al comma 1, è aggiunto, infine, il seguente periodo: “Tale registro è conservato per dieci anni a far data dall’ultima registrazione”;
2. il comma 2 è abrogato;
q. all’articolo 64, comma 1, le parole: “previsto dagli articoli 42, 46 e 47” sono sostituite dalle seguenti: “previsto dagli articoli 46 e 47”;
r. all’articolo 68, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:
“1-bis. Qualora le irregolarità riscontrate siano relative a violazioni della normativa regolamentare sulla tenuta dei registri di cui al comma 1, si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 1.500”;
s. all’articolo 73, comma 4, le parole: “e C, di cui all’articolo 14” sono sostituite dalle seguenti: “C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell’articolo 14”;
t. all’articolo 75, comma 1, le parole: “e C” sono sostituite dalle seguenti: “C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell’articolo 14”.

ART. 11
(Relazione annuale al Parlamento)
1. Il Ministro della Salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio di cui all’articolo 9.
2. Ai fini di cui al comma 1, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della Salute, entro il 31
ottobre di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge.

**ART. 12**
*(Copertura finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall’articolo 4, comma 3, dall’articolo 6, comma 1, e dall’articolo 9, comma 4, pari a 1.650.000 euro per l’anno 2010, a 1.300.000 euro per l’anno 2011, a 300.000 euro per l’anno 2012 e a 150.000 euro a decorrere dall’anno 2013, si provvede, quanto a 650.000 euro per l’anno 2010, mediante corrispondente riduzione dell’autorizzazione di spesa di cui all’articolo 48, comma 9, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, come rideterminata dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191, e, quanto a 1.000.000 di euro per l’anno 2010, a 1.300.000 euro per l’anno 2011 e a 300.000 euro per l’anno 2012, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2010-2012, nel l’ambito del programma “Fondi di riserva e speciali” della missione “Fondi da ripartire” dello stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle finanze per l’anno 2010, allo scopo parzialmente utilizzando gli accantonamenti di cui alla tabella 1 annessa alla presente legge.

2. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell’articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su proposta del Ministro della Salute, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Il Ministro dell’Economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabella 1 - (Articolo 12, comma 1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(migliaia di euro)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ministero dell’economia e delle finanze</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ministero dell’interno</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totale</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 15 marzo 2010-10-21

**NAPOLITANO**

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: ALFANO

---

**Lavori preparatori**

*Camera dei deputati* (atto n. 624):


Assegnato alla XII commissione (Affari sociali) in sede referente, il 28 luglio 2008 con pareri delle commissioni I,VII, XIV e Questioni regionali.

Esaminato dalla XII commissione il 2, 21, 29 ottobre 2008; il 6, 18 e 25 novembre 2008; il 18 e 25 febbraio 2009; l’11, 12, 17, 18, 24 e 25 marzo 2009; il 6 e 7 aprile 2009; il 17, 18 e 24 giugno 2009; il 7, 8 e 22 luglio 2009.


*Senato della Repubblica* (atto n. 1771):

Assegnato alla 12a commissione (Igiene e sanità) in sede referente, il 24 settembre 2009 con pareri delle commissioni 1a, 2a, 5a, 7a, 14a e Questioni regionali.

Esaminato dalla 12a commissione il 29 e 30 settembre 2009; il 6 ottobre 2009; il 2, 15 e 16 dicembre 2009; il 13, 14, 19 e 20 gennaio 2010.

Esaminato in aula il 20, 21 e 26 gennaio 2010 ed approvato con modificazioni, il 27 gennaio 2010.

*Camera dei deputati* (atto n. 624, 635, 1141, 1312, 1738, 1764-ter, 1830, 1968-ter-B):

Assegnato dalla XII commissione (Affari sociali) in sede referente, il 3 febbraio 2010 con pareri delle commissioni I, II, VII, VIII e Questioni regionali.

Esaminato dalla XII commissione l’11, 16, 17 e 25 febbraio 2010; il 4 marzo 2010.

Esaminato in aula ed approvato il 9 marzo 2010.
INDAGINE NAZIONALE SULLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Direzione scientifica: Gianlorenzo Scaccabarozzi, Pierangelo Lora Aprile
Board: Silvia Arcà, Mariadonata Bellentani, Maurizio Cancian, Claudio Cricelli, Piergiorgio Lovaglio, Marco Spizzichino, Giovanni Zaninetta, Furio Zucco.
Segreteria operativa: Andrea Mononi, Angelica Bringio, Silvia Ettoli, Dania Noce, Giulia Sereni, Elisabetta Santoro, Paola Spampinato.

RINGRAZIAMENTI

Ministero della Salute: il Ministro Ferruccio Fazio, Filippo Palumbo e Marco Spizzichino che hanno condiviso e appoggiato la ricerca.

Agenas: il Presidente Renato Balduzzi e il Direttore Fulvio Moriano che hanno reso possibile la pubblicazione del testo nei “Quaderni di Monitor”, allegati al trimestrale dell’Agenzia; Mariadonata Bellentani ed Elisa Guglielmi che sono state un aiuto prezioso nelle diverse fasi dell’indagine e nelle relazioni con le Regioni, le Province Autonome e le Aziende Sanitarie Locali.

Regioni e Province Autonome: i referenti Rosa Borgia (Abruzzo); Carla Di Lorenzo (Basilicata); Giacomo Brancatì, Rosanna Maida (Calabria); Rosanna Romano, Annarita Greco (Campania); Maria Rolfini (Emilia Romagna); Giorgio Simon (Friuli V.G.); Valentino Mantini (Lazio); Massimo Costantini, Monica Beccaro (Liguria); Gabriella Borghi, Anna Maria Plantamura (Lombardia); Lucia Di Furia, Gilberto Gentili, Sergio Giorgetti (Marche); Michela Musacchio (Molise); Antonella Griffa, Franca Lovaldi, Raffaella Ferraris (Piemonte); Cristina Ghedin (P.A. Bolzano); Arrigo Andreacci, Marina Mastellaro (P.A. Trento); Vincenzo Pomo, Emanuele Gargano (Puglia); Giuseppina Seddone, Agnese Prinzì (Sardegna); Giorgio Trizzino (Sicilia); Vincenzo Del Ministro, Sandra Rognali (Toscana); Nera Bizzarri, Michela Chiodini (Umbria); Marco Musi (Valle d’Aosta); Marco Bonetti (Veneto) che hanno condiviso gli strumenti dell’indagine e fornito considerazioni e contributi.

SICP: i Coordinatori regionali, Maria Michela Vecchioni (Abruzzo), Gianvito Corona (Basilicata), Lidia Pecoriello (Calabria), Gianluigi Zuppetella (Campania), Davide Tassinari (Emilia Romagna), Roberto Bortolussi (Friuli V.G.), Adria- na Turrizziani (Lazio), Luca Manfredini (Liguria), Massimo Monti (Lombardia), Sergio Giorgetti (Marche), Carmine Travaglini (Molise), Eugenia Malinverni (Piemonte), Emanuele Gargano (Puglia), Chiara Musi (Sardegna), Giorgio Trizzino (Sicilia), Maurizio Mannocci (Toscana), Silvana Selmi (Trentino), Fabio Conforti ( Umbria), Marco Musi (Valle d’Aosta), Gino Gobber (Veneto) per il contributo fornito all’indagine.

SIMG: i Coordinatori regionali, Pio Pavone (Abruzzo e Molise); Antonio Coviello (Basilicata); Franco Corasaniti (Calabria); Giuseppe Bernardi (Campania); Maria Grazia Bonesi (Emilia Romagna); Stefano Bertolassi (Friuli V.G.); Antonio Nigro (Lazio); Pier Claudio Brasceno (Liguria); Dario Redaelli (Lombardia); Fulvio Borromei (Marche); Silvio Roldi (Piemonte e Valle d’Aosta); Alberto Andrani (Puglia); Giuliano Piccoli (Trentino Alto Adige); Andrea Salvetti (Toscana); Umberto Pozzecco (Sicilia); Anna Maria Vaccargiu (Sardegna), Maurizio Verdruccchi (Umbria); Cosimo De Chirico (Veneto) per la collaborazione fornita.

Lifecycle SGR International: gli operatori che han-
no svolto l’indagine telefonica Italian Survey of Primary Care Physician, Palliative Physician and Primary Care Nursing perception on Home Palliative Care e la relativa analisi dei dati.

- IST-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova: Massimo Costantini e Simona Beccaro che hanno contribuito alla revisione e al commento dei risultati della survey.

- Workshop Accanto al malato quale équipe domiciliare?: il Comitato scientifico e i conduttori dei focus, Giuseppe Baquini, Marco Bonetti, Maurizio Cancian, Cosimo De Chirico, Fabrizio Limonta, Ma-caela Lo Russo, Pierangelo Lora Aprile, Eugenia Malinverni, Carlo Peruselli, Biagio Plumeri, Ces-sarina Prandi, Roberta Romani, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Leonardo Tretnin, Danila Valenti, Giusepppe Ventriglia che hanno contribuito alla realizzazione del documento di consenso.

- SEMG-Scuola Europea di Medicina Generale per il supporto amministrativo.

- Wyeth and Company of Pfizer Inc. per il contributo non condizionato.

- Federazione Cure Palliative e Fondazione Floriani: i Presidenti e i Consigli d’Amministrazione che hanno contribuito a finanziare questa pubblicazione.

- Adi partecipanti all’indagine: i Direttori generali e sanitari e i responsabili della compilazione del ques-tionario sotto riportati.

- Abruzzo, Alisia Macerola, Amedeo Costantini, Pier Paolo Carinci, Giampiero Porzio, Cristina Rebuzzi, Maria Michela Vecchioni;

- Basilicata, Giovanni Vito Corona, Ciro Romano, Giuseppe Pesole, Maria Maddalena Francione, Maria Giuseppina Velluzzi;

- Calabria, Lidia Pecoriello, Francesco Polimeni, Tullia Prantera, Giuseppe Gabrielli, Ugo Surace, Paola Serrano;

- Campania, Anna Marro, Pasqualino Ceglia, Carmine Lauriello, Luigi Caterino, Antonio Maddalena, Filomena Gratino, Raffaele Iorio, Maria Galdi. Concetta Dello Ioio, Armando De Martino, Giuseppina Arcaro;

- Emilia Romagna, Enzo Pisati, Marco Lombardi, Mirco Pinotti, Giuliana Bulgarelli, Lucia La Rovere, Rosanna Giordani, Chiara Benvenuti, Roberto Bertoni, Sandro Casoli, Cristina Pitturieri, Loretta Valdinoci;

- Friuli V.G., Licia Serra, Fulvio Calucci, Gioia Rimondi, Simona Liguori, Maria Lisa Cantarutti, Maria Anna Conte;

- Lazio, Clara Sibillo, Sandro Cervelli, Letizia Zanetti, Stefano Sartori, Maria Rosaria Romagnuolo, Carla Franceschelli, Luciano Cifaldi, Angelo Francescato, Bruna Italiani, Marcello Russo, Vincenzo Capparella, Linda Natalini;

- Liguria, Giorgio Tubere, Maurizio Modenesi, Massimo Costantini, Rita Pizzorno, Lorenzo Di Alesio;

- Lombardia, Mariagrazia Capello, Mariuccia Raccagni, Isabella Cerofolini, Vincenzo Ventura, Andrea Fascendini, Annunziata Borgese, Elena Politano, Patrizia Bertolaia, Gabriella Monolo, Antonio Colaianni, Vincenzo Iannone, Loredana Niutta, Monica Giovannoni, Giuliana Mamo-lo, Chiara Fiorini;

- Marche, Sergio Giorgetti, Gilberto Gentili;

- Molise, Michela Musacchio

- P.A. di Bolzano, Thomas Lanthaler – P.A. Tren-to Arrigo Andreanacci

- Piemonte, Angioletta Calorio, Ezio Nigra, Gioia Becchimano, Felicita Mosso, Margherita De Si-mone, Giorgio Delzanno, Carlo Peruselli, Daniele Kozel, Pietro La Ciura, Riccarda Cusatel-li, Donatella Ciaceri, Daniela Degiovanni;

- Puglia, Giovanni Vitale, Lucrezia, Colasunno, Antonio Conversano, Michele Debitonto, Silvana, Melli, Vincenzo Lucio Caroprese;

- Sardegna, Salvatore Pala, Salvatorico Ortu, Salvatore Salis, Pinuccio Deiana, Rita Battiato, Tonio Sollai, Aldo Atzori, Emilio Lai;

- Sicilia, Vincenzo Torre, Gina Mollica Nardo, Gioacchino Oddo, Salvatore Brugaletta, Gaspa-re Lipari, Maria Gabriella Emma, Anselmo Ma- deddu, Michele Sala, Gabriele Roccia;

- Toscana, Maria Rosa Biagioni, Luca Lavacchi, Gioia Pastacaldi, Angelo Gioia, Antonia Mazzoni, Patrizia Calvelli, Pierdomenico Maurizi, Bru-
no Mazzocchi, Massimo Piazza, Maria Teresa Gemelli, Aurelio Buono;

- **Umbria**, Silvio Pasqui, Emanuela Mollichella, Fabio Conforti, Sergio Luzzi Galeazzi;
- **Valle d’Aosta**, Marco Musi;
- **Veneto**, Giuseppe Fornasier, Maria Cristina Luise, Stefano Zizzetti, Gianpaolo Marchetti, Cosimo De Chirico, Paola Paitusco, Luciano Lamarca, Giacomo Turcato, Giuseppe Micheletto, Angelo Prosperi, Modesto Zago, Antonino Trimarchi, Bruno Piva, Carlo Maggiolo, Roberto Borin, Ferdinando Vaccari, Ermanno Motta, Giordano Parise, Stefania Mariotto.

**Centri partecipanti all’indagine**: i Direttori dei Centri e i responsabili della compilazione del questionario, sotto riportati,

- **Abruzzo**, Cristina Rebuzzi, Giampiero Porzio, Pier Paolo Carinci, Panfìlo Marrollo, Salvatore La Civita, Donato Tacconella, Anna Zaurrini, Maria Michela Vecchioni;
- **Basilicata**, Giovanni Vito Corona, Saverio Gliisci, Maria Maddalena Frangione, Giuseppe Daraio;
- **Calabria**, Francesco Polimeni, Antonio Apriceno, Cinzia Moscat, Paola Serranò, Luciano Manfredi, Renato Palermono, Concetta Salerno, Carlo Spezzano, Maria Teresa Dodaro, Anna Commodo, Antonella Arvia, Ester Giudice, Antonio Spinuso, Giovanni Cucci, Maria Jovanna Izzo, Egidio Biagio Vanni, Antonella Esposito, Rosetta Caputi, Maria Fioraromante*, Teresa Perri*;
- **Emilia Romagna**, Maria Luisa Milandri, Salvatore Strano, Rosanna Giordani, Maria Linda Castelletti, Maurizio Mineo, Anna Maria Fazio, Paola Galassi, Rosanna Giordani, Cristina Pedroni, Giuliana Bulgarelli, Salvatore Strano, Sigmundoni Ferrante, Lucia La Rovere, Roberto Bertoni, Giuliana Papi, Loretta Valdinoci, Giuliana Bulgarelli, Alessandra Galletti, Maria Luisa Milandri, Milena Pozzi, Giuseppina Delnevo, Tiziana La Valle*;
- **Friuli V.G.**, Gualtiero Scaramella, Gioia Rimondi, Maria Anna Conte, Carmen Gallini, Simona Liguori, Cecilia Nasiimbeni, Marialisa Cantarutti, Maria Bartolini, Dina Pecini, Licia Serra, Oscar Louvier, Cristina Montesi, Carlo Rotelli, Marta Pordenon, Anna Luisa Frigo*;
- **Lazio**, Maria Pietro Paolo, Stefano Sartori, Giuseppe Casale, Girolamo Del Monte, Margherita Salerno, Italo Penco, Pina Celli, Francesca Bordin, Luigi Galli, Alessandro Poggi, Francesco La Com mare, Tonino Treglia, Maria Immacolata Cozzolino, Maria Franca Pisanu, Marcello Russo, Angelo TInghino, Cesarina Rovere, Domenico Fattoruso, Elvira Caruso*;
- **Liguria**, Manuela Gabbi, Antonio Amato, Costanza Pireri, Giuseppe Di Diadore, Laura Traverso, Flavio Fusco, Massimo Luzzani, Rita Pizzorno, Alessandra Carpio Boeri, Alessandra Bertone*;
- **Lombardia**, Luigi Sai, Vittorio Guaradama, Cristina Mantica, Carla Longhi, Antimo De Salve, Ivanoe Pellerin, Maria Eugenia Damiani, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Annamaria Colombo, Luciano Orsi, Alessandro Malinghe, Donatella Giannunzio, Ornella Gottardi, Antonella Sardi, Nadia Cornago, Francesco Fabani, Marina Coltro, Roberto Bolis, Emanuela Porta, Renata Mortari, Maria Ziccardi, Daniela Maffioletti, Simona Lino, Tommaso Napolione, Maria Cristina Palladini, Bortolo Giorgio Semprebon, Elena Gotti, Francesco Russi, Melanie Cappuccio, Laura Milanesi, Giovanna Vaccari, Luca Moroni, Antonino Vitello, Renato Pizzichini, Ilaria Pasotti, Marco Sassella, Amedeo Salvioni, Lino Casiraghi, Simona Vinercati, Sara Schiavone, Piano

---

* Il simbolo * identifica i Direttori di quei Centri che, pur avendo inviato i dati oltre il tempo previsto per la pubblicazione, sono stati inseriti nel database.
la Giussani, Livia Ghioraldi, Tiziana Nassini, Nazarena Maffei, Eleonora Resmini, Luisa Bonomelli, Anna Lucia Cassani, Claudio Botticini, Maria Zaboi, Rosangela Minotti, Elena Del Re, Serena Almici, Maria Teresa Agosti, Enrico Rossi, Simona Maffei, Maria Anna Visini, Savio Roberto Occhio, Paola Lombardi, Luisella Er coli, Mabel F lippini Fantoni, Caterina Mazzoleni, Giacomo Ferrari, Fiorella Crotta, Olivia Alb oni, Alfredo Mangiavacca, Patrizia Miranda, Maria Cristina Malagola, Flavio Bassi, Sandra Re, Carmine Paparesta, Sabrina Moreni, Jacopo Taglia- bue, Emanuela Duci, Angelo Mainini, Valentina Carmini, Chiara Fiorini, Luciana Rossi, Federi- ca Aguaggeri, Greco Giberti, Laura Cozzani, Maria Grazia Piantoni, Chiara Bassani, Paolo Bini, Nadia Bongiorno, Maria Rosa Franco, Lisa Papetti, Vincenza Nicolotti; - Marche, Luciano Giuliodori, Alfredo Fogliardi, Luigi Filippo Nardi, Danilo Massidda, Ludovica Teodori, Maria Solipaca, Giordano Galeazzi, Lore- retta Aluigi, Anna Maria Trane, Germana Seve- rini, Pierromano Centofanti, Romano Salvat i, Sergio Giorgetti; - Molise, Michela Musacchio, Vincenzo Tolone; - Piemonte, Giuseppe Parello, Daniela Degio- vanni, Franco Vicario, Valeria Gheller, Angio- letta Calorio, Giovanni Bersano, Carlo Perusel- li, Pia Camagna, Patrizia Giberti, Pietro La Ciu- ra, Silvana Sabbia, Giorgio Delzanno, Gioia Bec- chianzau, Antonino Lentini, Mario Toscano, Eu- genia Malinverni, Riccarda Cusatelli, Paola Ba- gnasaco, Federica Rossignoli, Cinzia Mengani; - P.A. di Bolzano, Thomas Lanthaler, Jose Leit- ner, Enrica Dal Negro, Paolo Conci; - P.A. di Trento, Enrico Nava, Zeno Bellotti, Pier Luigi Gardini, Daniela Zanon, Luca Nardelli, Giovanni Menegoni, Monica Bonetti; - Puglia, Giovanni Vitale, Tommaso Fusaro, Clau- dia Laterza, Vincenzo Falco, Gialma Lucio Car- là, Arcangelo Sapio, Attilio Schirinzi, Claudia La- terza, Antonio Petronzi; - Sardegna, Salvatorio Ortu, Salvatore Salis, Ton- nio Sollai, Salvatore Pala, Antonello De Montis, Aldo Atzori, Rita Batt iato; - Sicilia, Gina Meliana Nardo, Salvatore Bruga- letta, Maria Concetta Di Stefano, Maria Luisa Cu- trera, Emanuele Aprile, Tania Piccione, Gaspare Lipari, Luciano Modica, Francesco Porrello, Gabriele Roccia, Goffredo Vaccaro, Paola Toscano, Carmelo Midulla, Angelo Alaimo; - Toscana, Massimo Piazza, Antonella Mencucci, Costanza Galli, Pierdomenico Maurizi, Maurizio Mannocci Galeotti, Aurelio Buono, Piero Morino, Pierdomenico Maurizi, Mauro Fallai, Bruno Mazzaocchi, Aligi Carnicelli, Luca Lavacc- chi, Gioia Pastacaldi, Mersedeh Farzad, Maria Rosa Biagioni, Antonella Mencucci, Cristina Leoni, Fausto Cerini; - Umbria, Manlio Lucentini, Lod edana Minelli, Francesco Maurizi, Fabio Conforti, Roberto Ra- spini, Pietro Gilberti; - Valle d’Aosta, Egle Barocco, Marco Musi; - Veneto, Benvenuto Bor ese, Maria Cristina Luie- se, Claudio Ferro, Aldo Mariotto, Giuseppe Fornasier, Cosino De Chirico, Luciano Lamanca, Stefano Zizzetti, Franca Gazzoli, Giu- seppe Fornasier, Agostino Mascanzoni, Roberto Borin, Gianpaolo Marchetti, Giordano Parese, Antonino Trimarchi, Paola Piausco, Angelo Pro- speri, Bruno Piva, Ermanno Motta, Antonio Orlando’.