

strutture sanitarie presenti nella regione Basilicata. Il sistema informatico inoltre, così come richiesto dal progetto "Ospedale Territorio senza dolore", prevede la diffusione di documenti (linee guida, articoli, informative, ecc..), il censimento delle strutture esistenti e l'erogazione e la fruizione di corsi di formazione a distanza (attraverso l'utilizzo di tecniche e-learning).

Il progetto presentato dalla Regione Friuli Venezia Giulia definisce un percorso organizzativo volto a garantire l'accesso del cittadino alla rete di terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia territoriale.

Il Coordinamento regionale del Friuli Venezia Giulia per le cure palliative e la terapia del dolore, istituito presso la Direzione Generale Salute Regione Friuli Venezia Giulia, avrà tra i diversi compiti l'identificazione dei centri Hub e dei centri Spoke e sarà costituita da uno specifico gruppo di lavoro costituito da professionisti nominati dalla Giunta regionale, espressione delle diverse professionalità coinvolte nella terapia del dolore e delle funzioni di didattica e ricerca ad essa connesse.

Prima fase del progetto presentato è la ricognizione della situazione attuale delle strutture erogatrici di prestazioni di terapia del dolore. Successivamente, e coerentemente con gli standard strutturali qualitativi e quantitativi identificati dall'intesa del 25 luglio 2012, sono individuati i centri Hub e Spoke regionali, stabilendo inoltre i criteri per evidenziare le prestazioni più avanzate ed onerose e la presa in carico e l'assistenza del paziente tra i diversi nodi della rete, per poter indirizzare verso l'unico centro Hub regionale i casi più complessi.

L'analisi dei sistemi informativi utilizzati dalla regione Friuli Venezia Giulia integrati con i sistemi tecnologici a disposizione di attori terzi, in particolar modo dei medici di medicina generale, consente la tracciabilità del percorso algologico del paziente, così da evidenziare tutto il processo di presa in carico e di assistenza che il malato di dolore cronico compie all'interno dei diversi nodi che compongono la rete regionale di terapia del dolore.

La presenza di corsi di formazione rivolti a tutti i professionisti operanti nella rete di terapia del dolore è un requisito fondamentale affinché venga superato quel ritardo culturale nel trattamento del dolore. La possibilità, inserita nel progetto proposto, di incentivare e patrocinare l'organizzazione di convegni, congressi ed eventuali corsi FAD (formazione a distanza) organizzati sul territorio regionale, in fattiva collaborazione con il Cefomed (centro di formazione regionale in medicina generale) e con gli Enti pubblici (comuni e province) rappresenta un circolo virtuoso al fine di costituire linguaggi condivisi sia diagnostici sia terapeutici nel trattamento del dolore

cronico in tutti i setting assistenziali che compongono la rete assistenziale al paziente affetto da dolore cronico.

In parallelo alla formazione dei professionisti operanti nella rete, l'attenzione è rivolta alla popolazione ed agli altri operatori sanitari, non direttamente operanti nell'ambito della rete stessa. La compartecipazione di onlus, associazioni di volontariato e società scientifiche, insieme agli enti istituzionali, può costituire un'alleanza positiva nella comunicazione istituzionale di temi che implicano la salute del cittadino. L'organizzazione di campagne informative, mediante l'utilizzo dei mezzi di informazione, è indirizzata principalmente alla conoscenza del diritto del cittadino di accedere alla cure palliative e alla terapia del dolore, così come sancito dall'art. 1 della legge 38/2010, alla definizione operativa del concetto di terapia del dolore e alle modalità di accesso alla rete nelle sue diverse articolazioni.

Per l'anno 2014 sono in corso di valutazione i progetti proposti dalle regioni Molise e Abruzzo.

Tab. n. 3. Elenco dei progetti regionali "Ospedale - Territorio senza dolore" art. 6 legge 15 marzo 2010, n. 38

Regioni	Quota in euro biennio 2010-2011	Approvazione Comitato LEA
Piemonte	158.851,00	
Valle D'Aosta	43.407,00	
Lombardia	301.232,00	Parere positivo 30.11.2011
P.A. Bolzano*	53.376,00	
P.A. Trento*	53.937,00	
Veneto	170.997,00	Parere positivo 28.03.2012
Friuli Venezia Giulia	73.005,00	Parere positivo 28.01.2014
Liguria	83.305,00	
Emilia Romagna	156.315,00	Parere positivo 30.11.2011
Toscana	139.418,00	Parere positivo 28.03.2012
Umbria	63.977,00	Parere positivo 12.09.2013
Marche	82.085,00	Parere positivo 30.11.2011
Lazio	190.870,00	Parere positivo 10.04.2013
Abruzzo	75.787,00	Fase di istruttoria
Molise	48.602,00	Fase di istruttoria

Campania	195.864,00	
Puglia	149.390,00	Parere positivo 19.03.2013
Basilicata	55.836,00	Parere positivo 12.09.2013
Calabria	93.860,00	Parere positivo 28.03.2012
Sicilia	175.079,00	
Sardegna	84.805,00	
TOTALE	2.450.000,00	

(*) la quota individuata quale teoricamente spettante alle province di Trento e Bolzano, in attuazione delle disposizioni recate dal citato articolo 2, comma 109, della legge 191/2009, è resa disponibile per essere destinata alle finalità del comma 126 del medesimo articolo.

7. Art. 7 “obbligo di riportare la rilevazione del dolore all’interno della cartella clinica”

7.1 Aggiornamento SDO rilevazione dolore

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è stata istituita con il Decreto Ministeriale 28.12.1991, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Al 30 giugno 1992, tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale hanno adottato la SDO, quale parte integrante della cartella clinica, con le medesime valenze di carattere medico-legale.

Il flusso informativo SDO dalle Regioni verso il Ministero della Salute è stato attivato nel 1993 (D.M. 26 luglio 1993); al 1 gennaio 1995 il flusso è stato consolidato per tutte le regioni.

Due successivi decreti ministeriali (D.M. 380/2000 e D.M. 135/2010) hanno regolamentato e aggiornato il contenuto informativo del flusso SDO nazionale; il DM del 2010 ha inoltre modificato la periodicità di invio dei dati dalle Regioni e Province Autonome al Ministero della Salute da semestrale a cadenza mensile a partire dal 2011.

Dal 1° gennaio 2001 fino all’anno di attività 2005 la codifica delle informazioni cliniche delle diagnosi e delle procedure registrate nella SDO ha seguito la classificazione ICD-9-CM, versione 1997; successivamente, per il triennio 2006 – 2008 è stata adottata la classificazione ICD-9-CM versione 2002 e a partire dal primo gennaio 2009 è in vigore la versione 2007.

Parallelamente, anche la versione del sistema DRG è stata aggiornata nel tempo, passando dalla versione 10° (in vigore fino al 2005 compreso) alla 19° nel triennio 2006-2008 e infine alla 24° a partire dall'anno 2009.

Nel corso dei 19 anni dalla sua istituzione il flusso nazionale SDO, grazie al forte impegno congiunto del Ministero, delle Regioni e delle strutture erogatrici, ha acquisito consistenza quantitativa ed affidabilità raggiungendo una completezza e qualità delle informazioni eccellente; attualmente la banca dati SDO nazionale rappresenta lo strumento informativo più potente e affidabile per le attività di programmazione sanitaria sia a livello nazionale che regionale.

E' evidente che le caratteristiche e l'utilizzabilità della banca dati sono strettamente collegate all'aggiornamento periodico delle informazioni contenute nel flusso nazionale SDO; l'aggiornamento è necessario per adeguare questo strumento di rilevazione dei dati al contesto dinamico quale è quello della tutela della salute e dell'assistenza sanitaria in cui viene utilizzato.

In questa ottica, nel 2012 è stata attivata di concerto con le Regioni e l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) una revisione del tracciato record del flusso SDO che è iniziata con una consultazione pubblica degli utenti della banca dati SDO interni ed esterni al Ministero della Salute allo scopo di reperire proposte di modifica/integrazione maturate nell'utilizzo dei dati.

Tra gli aggiornamenti è stata inserita l'informazione riguardo il fatto che la cartella clinica contenga o meno la rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Questo inserimento rappresenta il primo tentativo di avere un'informazione oggettiva e individuale esaustiva per tutte le strutture ospedaliere italiane che permetta anche di confrontare le loro realtà assistenziali. Questa rilevazione attraverso la SDO servirà inoltre da stimolo per la identificazione di sistemi di rilevazione del dolore standardizzati e condivisi da applicare in tutte le strutture ospedaliere in modo omogeneo; ciò consentirà di migliorare nel tempo la qualità del dato rilevato dalla SDO.

Dall'attenta analisi delle proposte pervenute è derivato lo schema di decreto ministeriale di modifica del tracciato SDO per cui è iniziato l'iter di emanazione con l'approvazione da parte della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo nel luglio scorso. Lo schema di decreto prevede che le Regioni trasmettano i dati al Ministero della Salute utilizzando il nuovo tracciato SDO a partire dal 1 gennaio 2015.

8. Art. 8 “formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore”

8.1 Istituzione della disciplina in cure palliative

Con la legge n. 38 del 15 marzo 2010, è stato compiuto un passo importante per la tutela della salute in Italia, in quanto è stato sancito il dovere etico di offrire al cittadino il diritto a essere curato e alleviato dal dolore, indipendentemente dall'età, dal tipo di malattia, dal luogo di vita e dalla condizione economica. Essa rappresenta un grande risultato per il Servizio Sanitario Nazionale e posiziona il nostro paese tra quelli più avanzati in questo ambito assistenziale.

La realizzazione dei dettami contenuti nella citata legge n.38 ha richiesto l'elaborazione di ulteriori provvedimenti finalizzati a dare concreta attuazione alle indicazioni contenute nella normativa. A tal proposito, si è reso necessario istituire la disciplina delle “cure palliative” e definire le categorie di professionisti che operano nella suddetta disciplina. In particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 nella parte relativa alle strutture organizzative di erogazione e coordinamento della rete locale di cure palliative, ha previsto espressamente l'istituzione della Disciplina “cure palliative”.

Pertanto, a seguito del parere reso dal Consiglio Superiore di Sanità, è stato sancito l' Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 (rep. Atti n.57/CSR), con cui è stata individuata, per la categoria professionale dei medici - Area della Medicina diagnostica e dei servizi- la disciplina di “ cure palliative”, ai fini della regolamentazione concorsuale per l'accesso dei medici alle strutture all'uopo istituite e facenti parte della rete di cure palliative. Con successivo D.M. del 28 marzo 2013 si è provveduto ad aggiornare le tabelle relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti di cui al DM 30 gennaio 1998 al fine di consentire l'accesso alla nuova disciplina.

8.2 Formazione dei medici

L'evoluzione normativa in tema di cure palliative e di terapia del dolore ha consentito, in un arco temporale relativamente breve, l'attivazione di un sistema organizzativo articolato e all'avanguardia che, coinvolgendo un gran numero di strutture e di professionisti, assicura su tutto il territorio nazionale risposte socio-assistenziali anche di elevata complessità.

Parallelamente, si è andata strutturando l'offerta formativa prevista dalla Legge 38/2010; come già enunciato, questa consente al personale laureato delle diverse categorie professionali, operante nell'ambito delle reti di terapia del dolore, di cure palliative e di terapia del dolore e cure palliative

pediatriche, di approfondire le specifiche competenze clinico-assistenziali e di ampliare le capacità di pianificazione e gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

A fronte dell'ampio ventaglio di offerte formative post-lauream oggi disponibili, della già richiamata individuazione della specifica disciplina in "cure palliative" e del dibattito in corso sulle figure professionali abilitate ad operare nei settori in questione, si afferma nel panorama scientifico ed accademico l'esigenza di superare il divario che, inevitabilmente, si va determinando tra il descritto sviluppo degli strumenti e dei percorsi di cura e la formazione universitaria alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Attualmente, la gran parte delle Facoltà italiane contempla l'insegnamento di tematiche inerenti la terapia del dolore e le cure palliative all'interno di capitoli formativi più ampi quali, a titolo esemplificativo, la medicina interna, la neurologia, l'anestesia e rianimazione, l'oncologia e la farmacologia. Al contrario, appare oggi innegabile l'esigenza di un programma formativo definito e mirato, che possa fornire ai futuri medici un'educazione generale alle cure palliative e alla terapia del dolore e che sia, pertanto, individuato quale insegnamento a sé stante nell'offerta formativa dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia.

L'insegnamento della medicina palliativa e della terapia del dolore già nei corsi di laurea, oltre a consentire la più ampia diffusione delle specifiche conoscenze tecniche in materia, potrà inoltre offrire ai futuri medici strumenti culturali appropriati per la gestione di tematiche dibattute quali il fine vita e l'accanimento terapeutico, rinnovando in tal modo, in seno alla professione medica, l'insostituibile impronta umana ed etica che la caratterizza e qualifica.

9. Art. 9 "monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore"

9.1 I flussi informativi che alimentano il cruscotto informatico nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato istituito con decreto del Ministro della salute 6 giugno 2012 (G.U. n. 142 del 20 giugno 2012) il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice. Il decreto, che tiene conto dei principi contenuti nella legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso gli Hospice e descrive le modalità di trasmissione

di tali dati da parte delle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Il citato decreto rileva i dati degli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso gli Hospice intesi come "strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000".

Le finalità del sistema informativo Hospice sono riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, della quantità di prestazioni erogate, nonché valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento. Le informazioni, raccolte su base individuale, riguardano i seguenti ambiti: a) caratteristiche dell'assistito (dati privi di elementi identificativi diretti); b) informazioni precedenti la fase di presa in carico; c) informazioni legate alla fase di presa in carico; d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza; e) principali segni/sintomi oggetto di assistenza; f) tipologia delle prestazioni erogate; g) informazioni relative alla fase di conclusione dell'assistenza.

Le informazioni raccolte attraverso il sistema Hospice consentono anche il monitoraggio, per le cure palliative e per la terapia del dolore, connesso alle malattie neoplastiche e alle patologie croniche e degenerative.

La rilevazione è stata avviata il 1° luglio 2012. Le Regioni e Province Autonome pertanto trasmettono al NSIS i dati, rilevati su base trimestrale, entro il mese successivo al trimestre di riferimento. Il decreto istitutivo ha stabilito inoltre che il conferimento dei dati da parte delle Regioni e Province Autonome al NSIS, a partire dal 1 luglio 2013, costituisce adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Al fine di supportare il percorso di avvio e di implementazione del sistema informativo Hospice, sono periodicamente organizzati appositi incontri con i referenti regionali. Nel 2013 è stato, inoltre, implementato il cruscotto tecnico NSIS per il monitoraggio dello stato degli invii/caricamenti dei dati del flusso Hospice. Tale cruscotto costituisce il principale strumento di supporto atto a consentire un miglioramento della qualità dei dati rilevati.

Per quanto riguarda lo stato della rilevazione nel 2013 si registrano 19 regioni che hanno attivato il flusso Hospice con una copertura in alcuni casi parziale. E' opportuno segnalare che i dati rilevati nel 2013 sono stati sottoposti ad una prima analisi finalizzata alla verifica della qualità delle variabili di base, in particolare i punti di attenzione hanno riguardato la distribuzione per genere e per classi di età delle prese in carico, la distribuzione delle prese in carico per macroprestazione e in funzione della patologia responsabile, la distribuzione delle modalità di dimissione degli assistiti.

Inoltre sempre con riferimento all'anno 2013 sono stati calcolati alcuni degli indicatori individuati nel DM 22 febbraio 2007, n. 43 che definiscono gli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, nell'ambito del NSIS sono disponibili i contenuti informativi del sistema per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD). Tale sistema istituito con DM 17 dicembre 2008, e successive modificazioni, è a regime dal 1° gennaio 2012 e il conferimento dei dati al NSIS è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato- Regioni il 23 marzo 2005.

I contenuti informativi rilevati dal SIAD sono i seguenti: caratteristiche anagrafiche dell'assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, dati relativi alla fase di erogazione, dati relativi alla sospensione della presa in carico, dati relativi alla dimissione dell'assistito.

Le predette informazioni devono essere trasmesse al NSIS al verificarsi degli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistiti. Tali eventi sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione.

9.2 Elaborazione dei dati e calcolo degli indicatori

Quanto descritto nel precedente paragrafo trova un immediato riscontro nelle possibili elaborazioni dei dati che si possono effettuare dalla base informativa hospice e dalla base informativa SIAD.

Rispetto al flusso SIAD ad oggi, le regioni e le province autonome che hanno inviato dati di assistenza domiciliare relativi all'anno 2013 sono complessivamente 19 su 21. Per quanto la copertura in alcuni casi risulti incompleta la qualità delle informazioni rilevate sta progressivamente migliorando.

Come si evince dalla tabella sottostante, nell'anno 2013 il numero di assistiti terminali in assistenza domiciliare è pari a 40.040, di cui 34.184 per una terminalità causata da una malattia neoplastica, mentre 7.462 per una terminalità non oncologica. In alcuni casi vengono inviate valutazioni di assistiti che presentano un bisogno oncologico e non oncologico. Questi casi vengono ricompresi pertanto unicamente nel conteggio degli assistiti oncologici.

Tabella n. 4. Area palliativa domiciliare - Numero di pazienti assistiti presso il proprio domicilio – anno 2013

Regione	Sesso	Totale Pazienti Assistiti	Di cui con stato terminalità oncologica	Di cui con stato terminalità non oncologica
Piemonte	Femmina	4.724	4.023	724
	Maschio	5.163	4.666	512
	Totale Piemonte	9.887	8.689	1.236
Valle d'Aosta	Femmina	39	39	
	Maschio	26	21	5
	Totale Valle d'Aosta	65	60	5
Lombardia	Femmina	1.859	1.662	199
	Maschio	2.041	1.941	107
	Totale Lombardia	3.900	3.603	306
P.A. Trento	Femmina	1.243	1.243	
	Maschio	1.624	1.624	
	Totale P.A. Trento	2.867	2.867	
Veneto	Femmina	1.795	1.795	
	Maschio	1.668	1.668	
	Totale Veneto	3.463	3.463	
Friuli-Venezia Giulia	Femmina	102	102	
	Maschio	93	93	
	Totale Friuli-Venezia Giulia	195	195	
Liguria	Femmina	1.179	1.112	225
	Maschio	1.228	1.135	163
	Totale Liguria	2.407	2.247	388
Emilia-Romagna	Femmina	2.506	1.521	1.025
	Maschio	1.900	1.382	533
	Totale Emilia-Romagna	4.406	2.903	1.558
Toscana	Femmina	51	27	33
	Maschio	35	21	18
	Totale Toscana	86	48	51
Umbria	Femmina	522	160	369
	Maschio	388	171	219
	Totale Umbria	910	331	588

Marche	Femmina	563	398	304
	Maschio	465	350	206
	Totale Marche	1.028	748	510
Lazio	Femmina	974	603	425
	Maschio	894	611	310
	Totale Lazio	1.868	1.214	735
Abruzzo	Femmina	1.112	899	717
	Maschio	852	710	452
	Totale Abruzzo	1.964	1.609	1.169
Molise	Femmina	17	10	7
	Maschio	20	20	
	Totale Molise	37	30	7
Campania	Femmina	641	550	136
	Maschio	683	612	124
	Totale Campania	1.324	1.162	260
Puglia	Femmina	629	511	118
	Maschio	605	535	70
	Totale Puglia	1.234	1.046	188
Basilicata	Femmina	395	265	133
	Maschio	384	313	86
	Totale Basilicata	779	578	219
Calabria	Dato mancante	26	10	16
	Femmina	29	18	11
	Maschio	28	20	8
	Totale Calabria	83	48	35
Sicilia	Femmina	1.679	1.586	94
	Maschio	1.858	1.757	113
	Totale Sicilia	3.537	3.343	207
Totale		40.040	34.184	7.462

Grazie all'attivazione del flusso informativo riguardante l'attività erogata in hospice, così come descritto in precedenza, si è reso possibile effettuare una prima analisi dei dati forniti dalle Regioni.

Anche se la rilevazione non è ancora totalmente a regime (la regione Sardegna non ha inviato dati riguardanti l'anno 2013) è possibile indagare alcune caratteristiche e, in particolare, compiere un primo calcolo di alcuni indicatori tra gli otto indicatori previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 febbraio 2007 n. 43.

Il primo dato osservabile è fornito dalla tabella n. 5 riguardante il rapporto tra il numero di assistiti ricoverati durante il 2013 in hospice e il numero di deceduti per 100. Questo primo indicatore mostra un'attività residenziale più elevata nelle regioni del nord rispetto alle regioni del centro-sud. Tale indicatore può essere ulteriormente raffinato se si considera, così come mostrato dalla tab. n. 6, il rapporto tra il numero di assistiti, ricoverati durante l'anno 2013 con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICDIX-CM 140-208) e il numero di deceduti a causa di tumore per 100.

In tale contesto, la differenza di risultati tra nord e centro-sud risulta essere meno marcata, ma dimostra che l'assistenza residenziale in hospice continua ad essere rivolta prevalentemente a malati con una patologia neoplastica.

Analizzando, poi, la distribuzione della struttura di provenienza dei pazienti assistiti in hospice si osserva una larga maggioranza del domicilio (con un dato maggiore per quei casi provenienti dal domicilio senza l'attivazione di una assistenza domiciliare) e dell'ospedale.

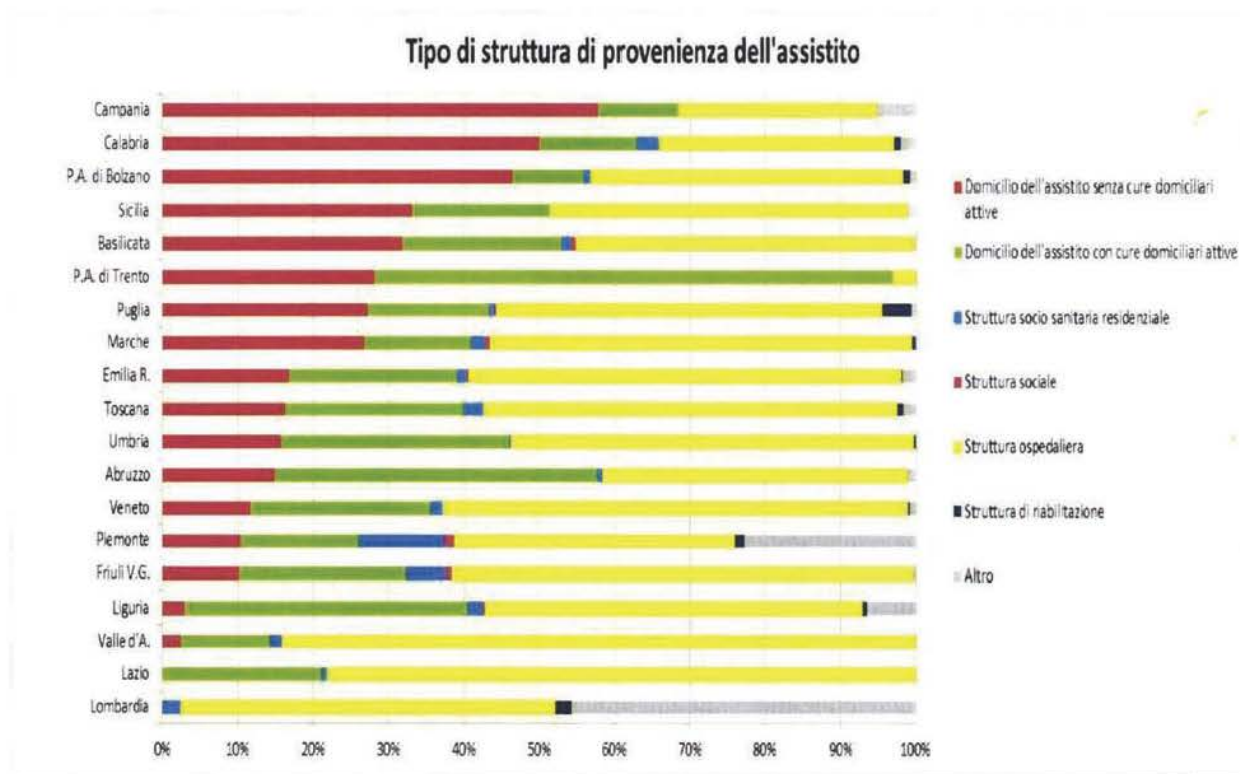
Tab.n. 5 - Rapporto tra il numero di assistiti ricoverati durante il 2013 e il numero di deceduti per 100

Regioni	Assistiti ricoverati durante l'anno	Deceduti	Indicatore
Piemonte	1.808	49.190	4%
Valle d'A.	120	1.303	9%
Lombardia	10.376	89.657	12%
Bolzano	481	3.895	12%
Trento	32	4.663	1%
Veneto	2.018	44.891	4%
Friuli V.G.	527	14.170	4%
Liguria	1.300	21.481	6%
Emilia R.	5.114	48.200	11%
Toscana	1.938	42.004	5%
Umbria	411	10.009	4%
Marche	620	16.340	4%
Lazio	119	53.844	0%
Abruzzo	284	14.049	2%
Campania	19	49.866	0%
Puglia	1.844	35.002	5%
Basilicata	474	5.622	8%
Calabria	140	18.037	1%
Sicilia	187	48.637	0%
TOTALE	27.812	570.862	5%

Tab.n. 6 - Rapporto tra il numero di assistiti, ricoverati durante l'anno 2013 con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICDIX-CM 140-208) e il numero di deceduti a causa di tumore per 100

Regioni	Assistiti ricoverati durante l'anno e deceduti a causa di tumore	Deceduti a causa di tumore	Indicatore
Piemonte	1.468	14.780	10%
Valle d'A.	92	366	25%
Lombardia	3.440	30.781	11%
Bolzano	240	1.201	20%
Trento	22	1.458	2%
Veneto	1.744	14.021	12%
Friuli V.G.	418	4.531	9%
Liguria	1.035	6.157	17%
Emilia R.	3.648	14.545	25%
Toscana	1.013	12.308	8%
Umbria	266	2.852	9%
Marche	520	4.700	11%
Lazio	-	16.335	-
Abruzzo	223	3.433	6%
Campania	4	13.594	0%
Puglia	990	9.790	10%
Basilicata	149	1.433	10%
Calabria	56	4.286	1%
Sicilia	128	12.221	1%
TOTALE	15.456	168.791	9%

Fig. n. 2 – Distribuzione della struttura di provenienza dei pazienti assistiti in hospice nell'anno 2013



Tra gli indicatori calcolabili con i dati a disposizione previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 febbraio 2007 n. 43 il primo (Tab. n. 7) è rappresentato dal numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero è 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. Per tale indicatore il DM fissa un valore standard minore o uguale al 20%. Esaminando i dati in tabella, si osserva che nessuna regione rientra nel valore standard con un valore di riferimento italiano del 39%.

Migliore è il risultato analizzando il calcolo del secondo indicatore riguardante il numero di ricoveri di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero in hospice è ≥ 30 giorni/ numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica il cui valore standard di riferimento è pari ad un valore minore o uguale al 25% (Tab. n. 8). In questo caso si osserva nella maggiorparte delle regioni un valore significativamente inferiore al valore standard.

E' da osservare che la Regione Lazio non ha mai valorizzato il campo "patologia responsabile" con codici descrittivi di una patologia oncologica (140 - 208). I codici utilizzati dalla predetta regione sono infatti 338, 729, 780, 781, 789; per questo motivo nelle tabelle non è valorizzato il dato riguardante la Regione Lazio.

Il continuo aumento della qualità dei dati inviati dalle regioni, in modo particolare rispetto al flusso SIAD riguardante l'assistenza domiciliare, permetterà di pervenire in tempi brevi al calcolo di tutti gli indicatori previsti dal DM.

Tab. n.7 - Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero è ≤ 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (il valore standard fissato dal decreto è $< 0 =$ al 20%)

Regioni	Indicatore	Congruenza con valore soglia
Piemonte	38%	☹
Valle d'A.	28%	☹
Lombardia	34%	☹
Bolzano	46%	☹
Trento	26%	☹
Veneto	38%	☹
Friuli V.G.	36%	☹
Liguria	46%	☹
Emilia R.	34%	☹
Toscana	53%	☹
Umbria	37%	☹
Marche	42%	☹
Lazio		
Abruzzo	43%	☹
Campania	100%	☹
Puglia	40%	☹
Basilicata	52%	☹
Calabria	39%	☹
Sicilia	49%	☹
Totale	39%	☹

Tab. n.8 - Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero in Hospice è ≥ 30 giorni/ numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (il valore standard fissato dal decreto è $< o =$ al 25%)

Regioni	Indicatore	Congruenza con valore soglia
Piemonte	21%	
Valle d'A.	29%	
Lombardia	26%	
Bolzano	11%	
Trento	13%	
Veneto	21%	
Friuli V.G.	18%	
Liguria	17%	
Emilia R.	17%	
Toscana	9%	
Umbria	12%	
Marche	16%	
Lazio		
Abruzzo	18%	
Campania	0%	
Puglia	21%	
Basilicata	10%	
Calabria	16%	
Sicilia	18%	
Totale	19%	