



**XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

## **Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania: nuove prospettive**

**17 ottobre 2025**

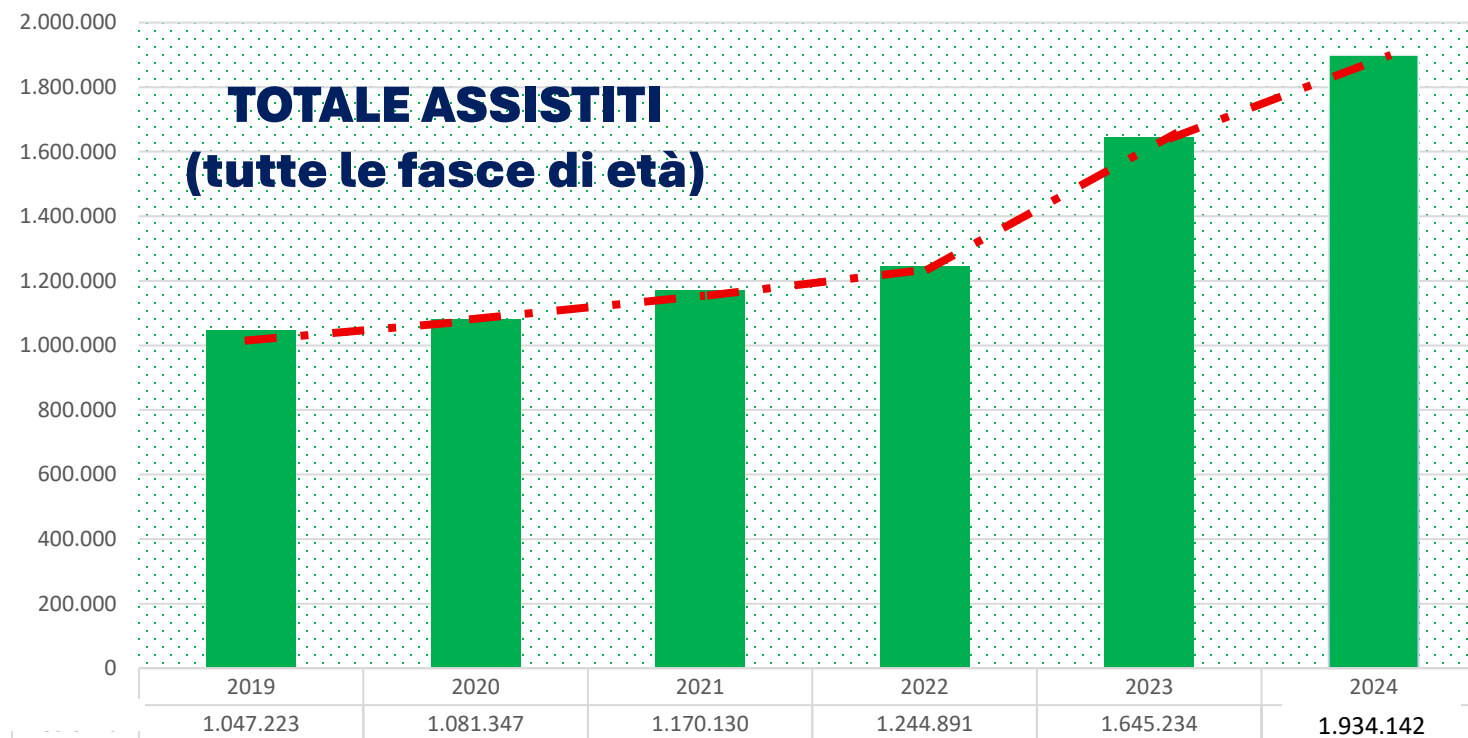
**Relatore Guido Corbisiero**

**Già Direttore di Distretto ASL Napoli 3 Sud**

**BV | PRESIDENT HOTEL**  
Via Alessandro Volta 47/49, Rende (CS)



# STATO DELLE CURE DOMICILIARI IN ITALIA



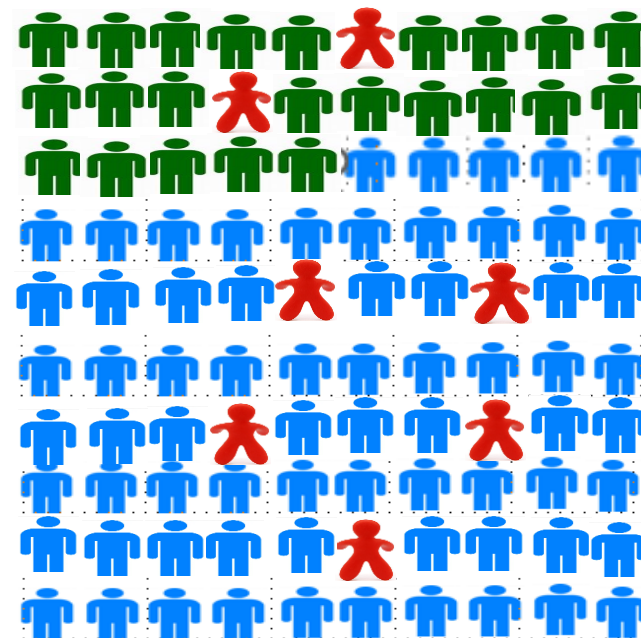
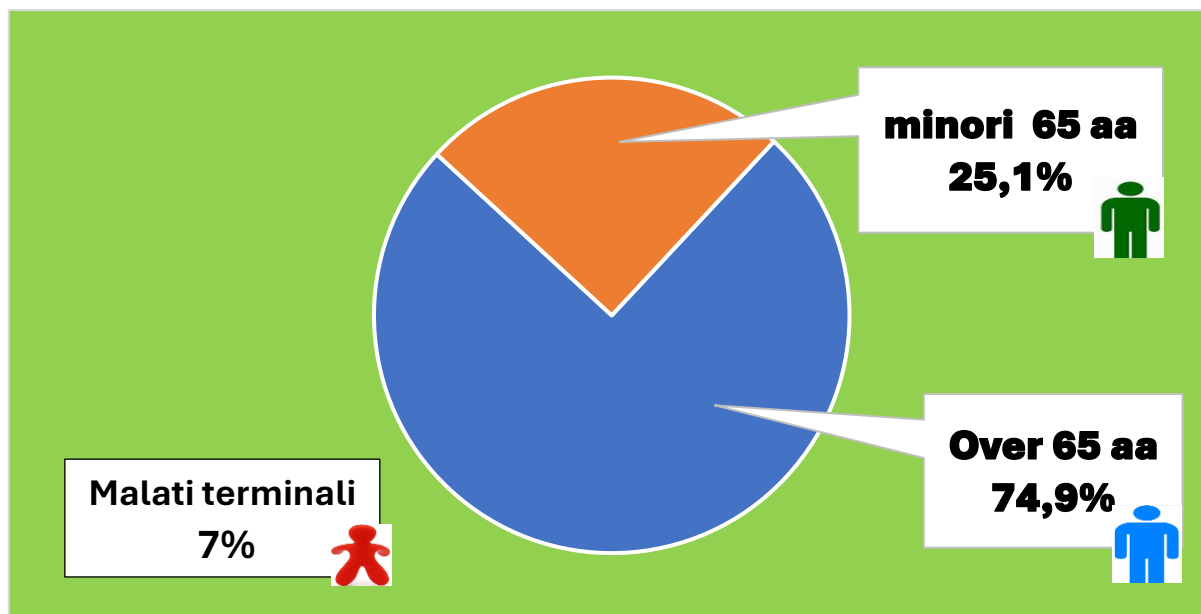
**Fonte: SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare)**

Si osserva un netto incremento degli assistiti in Cure Domiciliari (**con almeno una prestazione domiciliare**), passando da **1.047.223** del 2019 ➔ a **1.645.234** assistiti nel 2023 ➔ a **1.934.142** assistiti nel 2024.

*N.B. - Incrementi minimi negli anni della Pandemia Covid 19 (OMS = 30.01.2020 ➔ 05.05.2023) PNRR CdM 13.07.21 ➔ DM/77 23.5.22*




# Totale assistiti in cure domiciliari

## Anno 2023



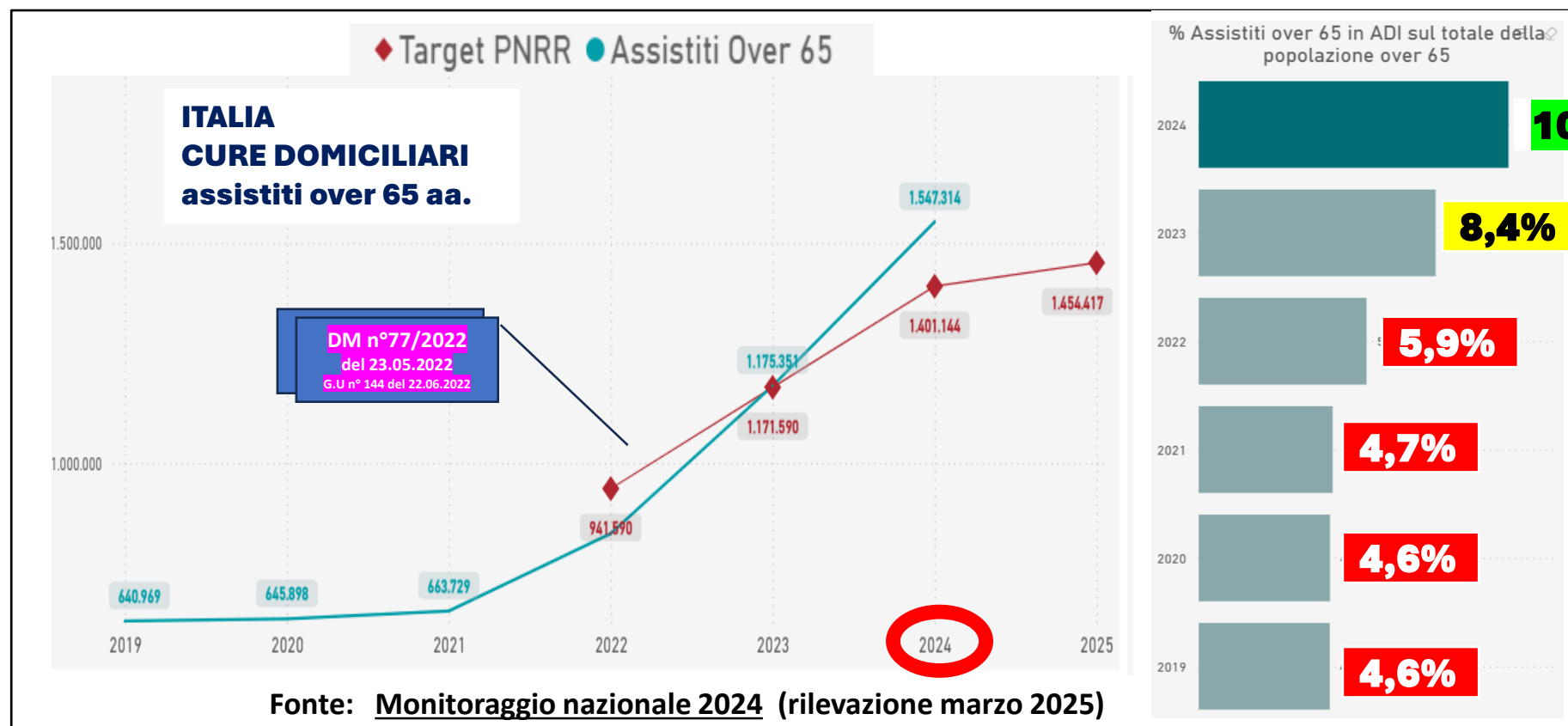
FONTE: Annuario Statistico SSN 2023 – MdS

**Nel 2023 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.645.234 pazienti, di cui:**

- il **74,9 %** over 65 aa ➔ **1.232.280 pz.** 
- il **25,1%** di età inferiore ➔ **412.954** 
- il **7 %** (115.166) di tutti i suddetti pazienti sono malati terminali 

# ITALIA

## ASSISTITI OVER 65 in CURE DOMICILIARI sul totale della POPOLAZIONE over 65



Si osserva **un aumento considerevole dell'assistenza domiciliare agli over 65 anni** ( con almeno una prestazione domiciliare ) passando da 640.969 (2019) ➔ a 645.898 (2020) ➔ a 663.729 (2021) ➔ a 839.483 (2022) ➔ a 1.175.351 (2023) ➔ a 1.547.314 (2024).



# In realtà emerge un dato preoccupante (!)

- ❖ L'assistenza domiciliare riferita alle C.D. PRESTAZIONALI + Cure Domiciliari INTEGRATE (ADI) di livello zero/base **SI È AMPLIATA**, passando dal 41,3% (2021) ➔ al 58,9 % (2023).
- ❖ Le C.D. INTEGRATE (ADI) 1°-2°-3° liv. e CP per pazienti con “bisogni complessi” **SI È RIDOTTA** passando dal 58,7% (2021) ➔ al 41,1% (2023)



TABELLA 1 - CURE DOMICILIARI agli Assistiti over 65 aa con intensità assistenziale espressa in %					
	2021		2022	2023	2024
TOTALE ASSISTITI	1.170.130		1.244.891	1.645.234	XXXXXXXX
ASSISTITI OVER 65	663.729		634.483	1.175.351	1.547.314
C.D. PRESTAZIONALI° (accessi occasionali o a ciclo programmato) + CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI) (livello zero/ base) **	41,3%	274.120	.....	58,9 % ↑	692.282
CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI) (1° - 2° - 3° livello - Cure Palliative)	58,7%	389.609	.....	41,1% ↓	483.069



17,6%

\* C.D. PRESTAZIONALI = Interventi «*occasionali o a ciclo programmato*» in risposta ad un bisogno medico, infermieristico e/o riabilitativo.

\*\* **IL LIVELLO ZERO/ BASE** (fino a quattro interventi mese), non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni.





# ITALIA

## ANALISI CIA (Coefficienti Intensità Assistenziale)



TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in percentuale (%)

TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
<b>C.D. Prestazionali</b>	<b>Interventi "occasional" oppure "a ciclo programmato"</b>	14,7%	14,7%	38,8% ↑	38,8 % ↑
<b>Cure domiciliari Integrate (ADI)</b>	<b>CIA liv. 0/base</b> (fino a 4 accessi mese)	26,5%	85,3 %	20,1% ↓	61,2 % ↓
	<b>CIA 1° liv.</b>	22,1%		15,5% ↓	
	<b>CIA 2° liv.</b>	22,8%		15,9% ↓	
	<b>CIA 3° liv.</b>	3,2%		2,1% ↓	
	<b>Cure Palliative (CIA 4° liv.)</b>	10,7%		7,6% ↓	
		100%		100%	

TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in valori assoluti

INTENSITÀ ASSISTENZIALE	2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
<b>C.D. prestazionali</b> Interventi "occasional" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
<b>Cure domiciliari Integrate (ADI)</b>	<b>CIA livello 0/ base</b>	175.888	- 42.479	1,3 volte in meno
	<b>CIA 1° liv.</b>	146.684	+ 35.495	1,2 volte in più
	<b>CIA 2° liv.</b>	151.330	+ 35.550	1,2 volte in più
	<b>CIA 3° liv.</b>	21.239	+ 3.443	1,2 volte in più
	<b>Cure Palliative (CIA 4° liv.)</b>	71.019	+ 18.307	1,2 volte in più

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
<b>Profilo di cura</b>	<b>CIA (GEA/GdC)</b>
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

CIA \* = GEA/GdC  
(Giornate Effettiva Assistenza / Giornate di Cura)

- IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni
- a) per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13.
- b) per distinguerlo dall' ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)

- ❖ **C.D. Prestazionali (interventi occasionali o a ciclo programmato)** sono in % e in valore assoluto in forte aumento.
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA liv. 0/base** sono in % e in valore assoluto in diminuzione
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA 1° - 2° e 3° livello e C.P.** sono % in diminuzione mentre sono in valore assoluto in aumento

# Ciò significa che ...

☐ **LE PRESE IN CARICO EFFETTIVA** in ADI per pazienti con “bisogni complessi» con UVI → PAI → PEI



**STANNO PASSANDO  
IN SECONDO PIANO !**



**ADI 1° liv.**



**ADI 2° liv.**



**ADI 3° liv.**



**CURE PALLIATIVE**

☐ **LE C.D. PRESTAZIONALI**  
interventi “occasionali”  
oppure  
“a ciclo programmato”  
di nessuna complessità



**STANNO  
AUMENTANDO !**



Pur **NON essendo capaci di ottenere esiti** (esempio: diminuzione recidive per scompensi, accessi evitabili in PS/Ospedale, ecc.) o **almeno miglioramento della qualità di vita.**



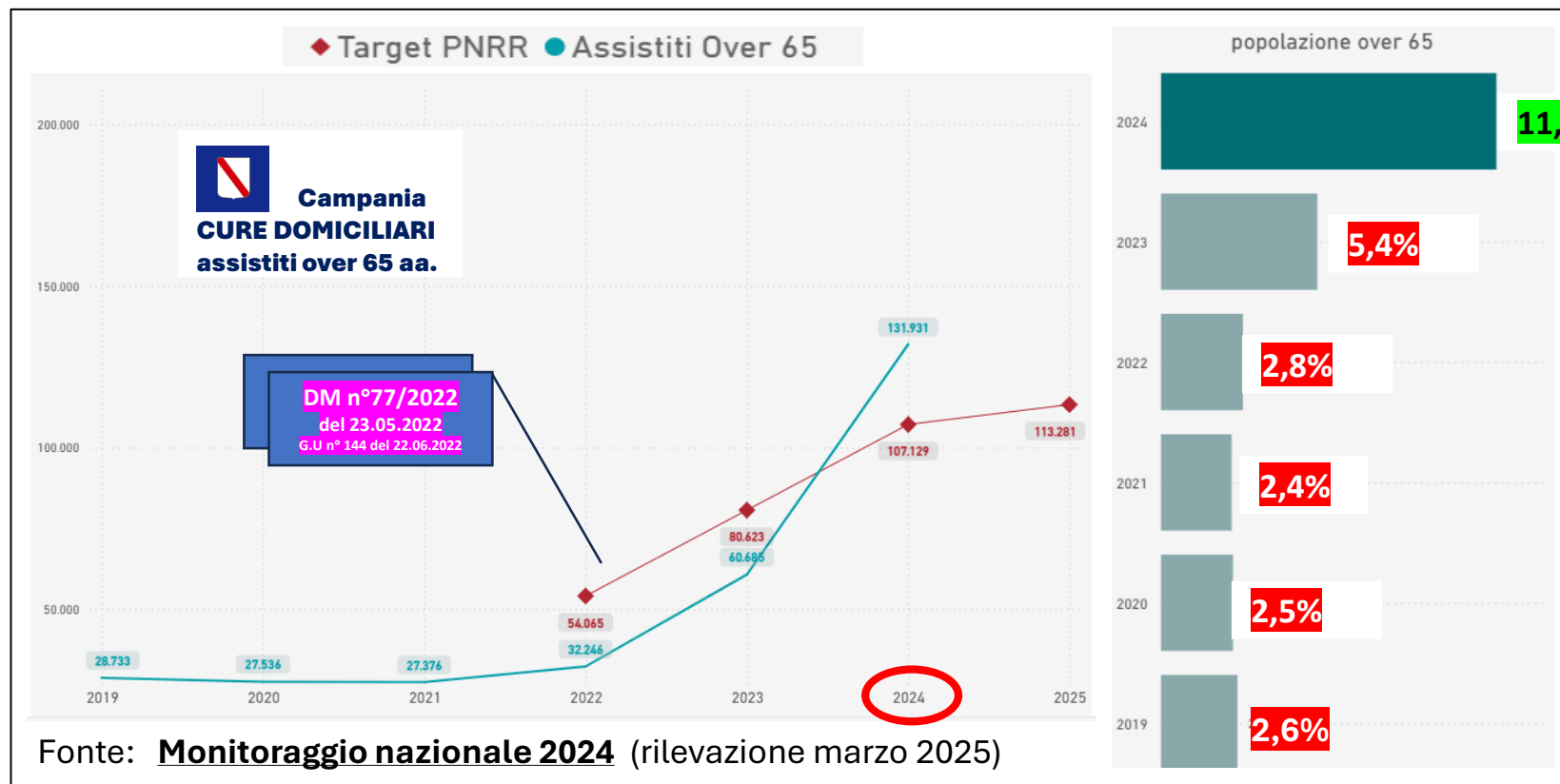
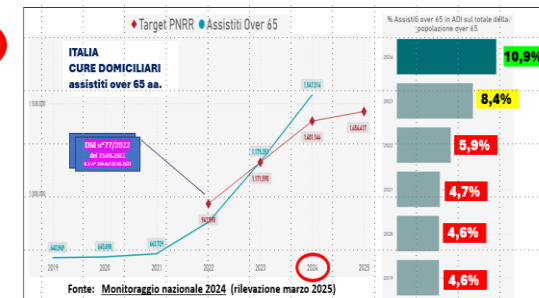
# COSA SUCCEDDE IN CAMPANIA ?







## CAMPANIA ASSISTITI over 65 in CURE DOMICILIARI sul TOTALE della POPOLAZIONE over 65



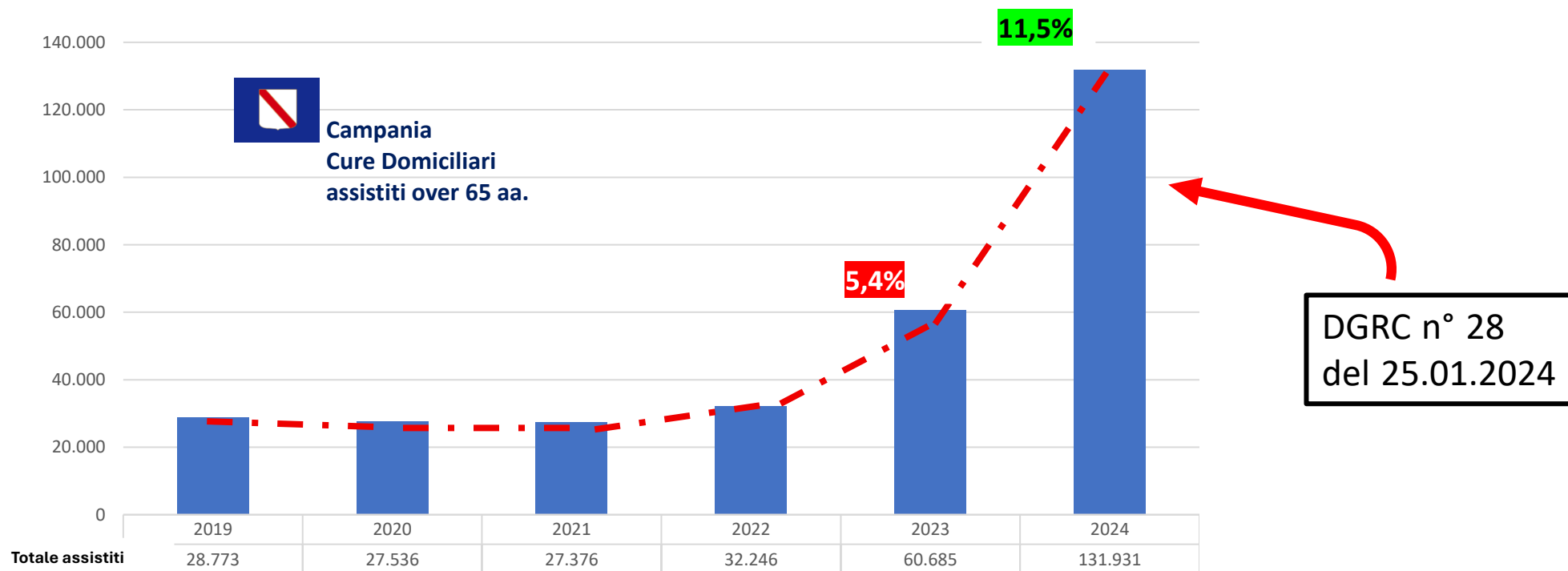
**\*Pandemia Covid 19** proclamata dall'OMS il 30 .01. 2020 e chiusa il 05.05.2023  
➔ PNRR CdM 13.07.21  
➔ DM/77 23.5.22

Si osserva **un aumento considerevole dell'assistenza domiciliare agli over 65 anni** passando da 28.773 (2019) ➔ a 27.536 (2020) ➔ a 27.376 (2021) ➔ a 32.246 (2022) ➔ a 60.685 (2023) ➔ **a 131.931 (2024).**



# REGIONE CAMPANIA

## ASSISTITI over 65 in CURE DOMICILIARI sul TOTALE della POPOLAZIONE over 65



Fonte: SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare)

Si osserva un netto incremento degli assistiti in Cure Domiciliari, passando da **60.685** assistiti nel 2023 ➔ a **131.931** assistiti nel 2024, avendo anche in Campania inserito le **C.D. Prestazionali (interventi «occasional»** o **«a ciclo programmato»)** e **C.D. livello 0** con DGRC n° 28 del 25.01.2024.



# REGIONE CAMPANIA

## TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in valori assoluti e in percentuale %



TABELLA: Anziani over 65 aa		2021		2023		Diff.	2024	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE		Assistiti over 65 <b>29.710</b> (Pop. > 65 aa = 1.133.462)		Assistiti over 65 <b>60.214</b> (Pop. > 65 aa = 1.169.023)			Assistiti over 65 <b>131.931</b> (Pop. > 65 aa = 1.169.023)	
Cure Domicil. Prestazionali → Interventi “occasional” oppure “a ciclo programmato”		//////////		//////////			----	%
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA liv. 0 → (GdC 0)	2.789	///	11.976	///	///	----	%
	CIA base (fino a 4 accessi/m)	1.870	///	14.523	24,2%	↑↑	----	%
	CIA 1° liv.	6.553	22%	13.723	22,9 %	↑	----	%
	CIA 2° liv.	13.677	46 %	18.270	30,4 %	↓↓	----	%
	CIA 3° liv.	2.548	8,6 %	4.232	7,1%	↓	----	%
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	6.932	23,4%	9.466	15,4 %	↓↓	----	%
			100		100			100



- ❖ **C.D. Prestazionali (interventi occasionali o a ciclo programmato) + CIA liv. 0**, inserite solo a partire dal 2024, risultano in aumento sia in **valore assoluto** che in **percentuali (%)**.
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA base – CIA 1** inserite già nel 2023, risultano in aumento sia in **valore assoluto**.
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA 2° e 3° livello e C.P.** sono in aumento in **valore assoluto**, mentre sono in diminuzione in **percentuali (%)**.



# STATO DELLE CURE DOMICILIARI

**RISCHIO:**

**“IL RISCHIO PER L’ITALIA è fare bella figura con l’Europa e una pessima figura con i pazienti in Italia**

Tonino Aceti (Presidente di Salutequità)

**“IL RISCHIO PER LA CAMPANIA è fare bella figura con l’Italia e una pessima figura con i pazienti in Campania**

Guido Corbisiero (Vicepresidente CARD Campania)



***Infatti i numeri dell’utenza sono saliti  
a discapito dell’intensità e della durata del servizio***

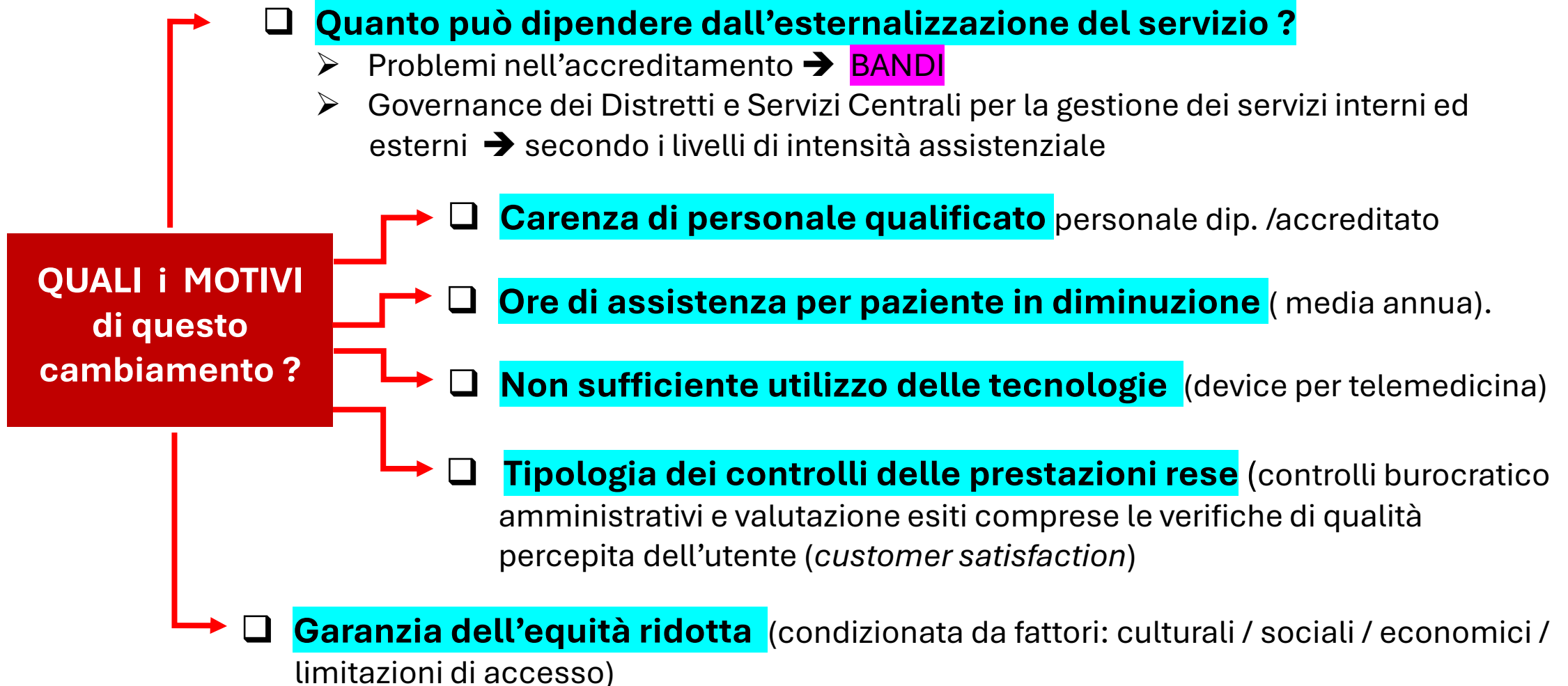
**Perché stiamo puntando su:**

- a) su un MODELLO PRESTAZIONALE che bada più alla quantità delle persone;**
- b) NON su un MODELLO DI VERA PRESA IN CARICO DOMICILIARE per chi ha bisogno di cure più intense e continuative.**





# STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania







# Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania NUOVE PROSPETTIVE



## ▶ Stratificazione della popolazione

➔ Analisi dei bisogni di salute

▶ “Cartella clinica domiciliare”  
inserita nel Fascicolo Sanitario  
Elettronico (FSE)

▶ Potenziamento telemedicina  
(televisita, telemonitoraggio,  
teleconsultazione ...) ➔ Aree Interne



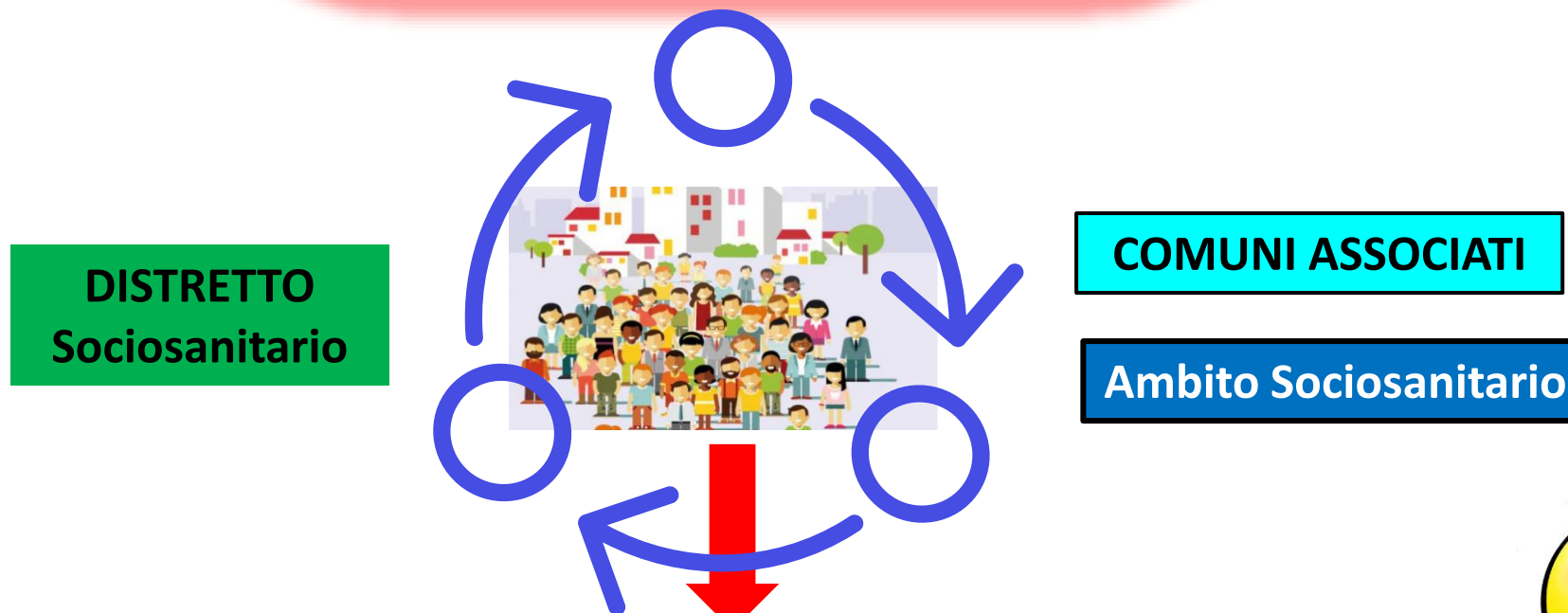
▶ Assicurare una corretta distribuzione  
delle C.D., secondo i bisogni nei  
diversi livelli di intensità assistenziale,  
con adeguata assistenza domiciliare  
(insostenibilità cure private ....)

▶ Monitoraggio REGIONE e ASL per  
disporre di informazioni cadenzate  
sugli esiti di salute e sulla qualità  
del servizio con l'introduzione di  
indicatori di qualità.

▶ Formazione del personale, valorizzando competenze e benessere  
organizzativo e ampliando l'organico infermieristico, medico e  
assistenti sociali

continua ...

**Rendere le COMUNITÀ  
protagoniste**



**Istituzione di tavoli di concertazione**

tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, parrocchie ecc.

**PROCESSI di CO-PROGETTAZIONE** per **definire priorità** → **assumere decisioni .....**



# Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania: nuove prospettive











# STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania



## ❑ **Garanzia dell'equità ridotta**

(condizionata da fattori: culturali / sociali / economici / limitazioni di accesso)

## ❑ **Tipologia dei controlli delle prestazioni rese**

(controlli amministrativi e valutazione esiti comprese le verifiche di qualità percepita dell'utente (*customer satisfaction*))

## ❑ **Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?**

- Problemi nell'accreditamento → **BANDI**
- Governance dei Distretti e Servizi Centrali per la gestione dei servizi interni ed esterni → secondo i livelli di intensità assistenziale

## ❑ **Carenza di personale qualificato** personale dip. /accreditato

## ❑ **Ore di assistenza per paziente in diminuzione** ( media annua).

## ❑ **Non sufficiente utilizzo delle tecnologie** ( device per telemedicina ...)

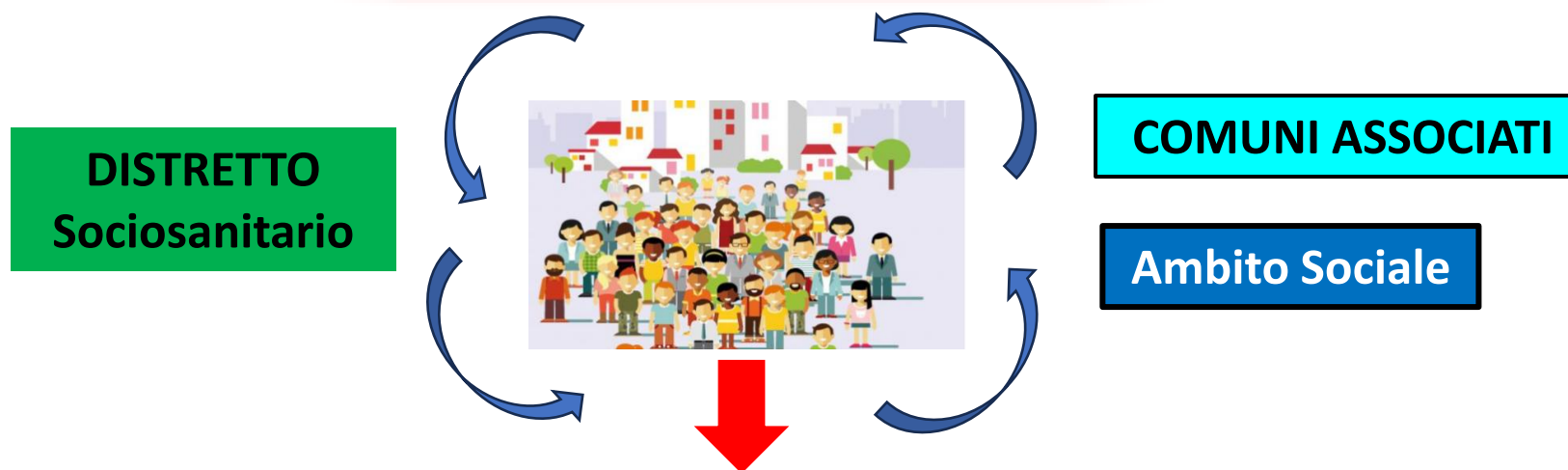




# NUOVE PROSPETTIVE

## Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania

Rendere le **COMUNITÀ**  
protagoniste



**Istituzione di tavoli di concertazione**

tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, parrocchie ecc. ...

**PROCESSI di CO-PROGETTAZIONE** per **definire priorità** → **assumere decisioni .....**



# “ COMMUNITY EMPOWERMENT ” *in Sanità*

( Empowerment = empower = acquisire potere - empowerment = emancipazione )  
*Accrescimento di potere, miglioramento (Treccani)*

*“Avere comunità che partecipano attivamente all'elaborazione dei programmi che hanno impatto sulla tutela e sulla produzione della salute dei cittadini”*



Le **COMUNITÀ DIVENTANO PROTAGONISTE** nella :

- a) **COOPERAZIONE** tra operatori della sanità, amministratori e cittadini → sviluppo reti collaborative
- b) **PROCESSI di CO-PROGETTAZIONE** per definire priorità → partecipare attivamente → assumere decisioni
- c) **PROCESSI di WELFARE GENERATIVO** con individuazione di risorse già disponibili nella comunità

migliori relazioni → coesione sociale → etica della responsabilità



## NUOVE PROSPETTIVE Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania



- ▶ **Stratificazione della popolazione** → Analisi dei bisogni di salute
- ▶ **Assicurare una corretta distribuzione delle C.D.,** secondo i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare (insostenibilità cure private ....)
- ▶ **Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico)** per disporre di informazioni cadenzate sugli **esiti di salute** e sulla qualità del servizio con l'introduzione di **indicatori di qualità.**
- ▶ **Investire risorse economiche sulla formazione del personale,** valorizzando competenze e benessere organizzativo e ampliando l'organico infermieristico, medico e di ass. sociali
- ▶ **Creare la "cartella clinica domiciliare"** nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- ▶ **Potenziamento della telemedicina** (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio ...) → **Arre Interne**
- ▶ **Istituzione di un tavolo di concertazione** tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, ecc. ...

# Monitoraggio delle Cure Domiciliari

Oggi, avviene attraverso il ...



Sono stati previsti 4 indicatori Cure Domiciliari DZ20 - DZ21 - DZ22 e DZ23 ma solo 1 è utilizzato:

**Indicatore  
D22Z**

**Tasso di pazienti trattati *in assistenza domiciliare integrata (ADI)*** per intensità di cura **CIA 1**, **CIA 2**, **CIA 3** in rapporto alla popolazione residente. (CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale)

**Formula calcolo  
D22Z**

=

**TOTALE PAZIENTI assistiti con intensità assistenziale  
per CIA 1, CIA 2 e CIA 3**  
-----  
**Popolazione residente**

**X**

**Fattore di scala  
(x 1.000)**

**CIA = GEA / GdC**

- GEA: giornate di effettiva assistenza (effettuato almeno un accesso domiciliare)
- GdC: giornate di cura assegnate dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Per

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



accessi max 1 giorno ogni 3

**ADI 1° liv.**

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



**ADI 2° liv.**

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



accessi almeno 1 giorno su 2

**ADI 3° liv.**





## Servizio sanitario nazionale: i LEA

# Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

DM.12.03.2019 operativo dal 1° gen. 2020

Gli indicatori individuati sono **88**, distribuiti per macro-aree:

- **16** → prevenzione collettiva / **33** → l'assistenza distrettuale / **24** → l'assistenza ospedaliera /
- **4** → stima del bisogno sanitario / **1** per l'equità sociale /
- **10** per monitoraggio e valutazione PDTA (BPCO, scomp. card., diabete, tumore mammella, colon e retto ecc.)



**NSG**



**Sottoinsieme di 22 indicatori, "CORE"** per valutare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, suddivisi in 3 macro-aree: **prevenzione collettiva/assistenza distrettuale/ assistenza ospedaliera**. **Valutazione positivo ("adempiente")** se la Regione ha in tutte e 3 le macro-aree **un punteggio non inferiore a 60** ("soglia minima"), tale da non consentire la compensazione tra macro-aree).

**Sottoinsieme di 66 indicatori "NO CORE"** non appartenenti al CORE

### AREA PREVENZIONE

- P01C** – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- P02C** – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- P10Z** – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P12Z** – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- P14C** – Indicatore composito stili di vita
- P15C** – Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella

6 indicatori

### AREA DISTRETTUALE

- D03C\*** - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C\*** - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- D09Z** - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- D10Z** - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
- D14C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- D22Z** - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
- D27C** - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
- D30Z** - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D33Z** - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

9 indicatori

### AREA OSPEDALIERA

- H01Z** – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente
- H02Z** – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui
- H04Z** – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario
- H05Z** – Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
- H013C** – Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
- H017C/H18C** – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti e Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con  $\geq 1.000$  parti

7 indicatori

# Monitoraggio Assistenza Sanitaria Italiana LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) Risultati del Nuovo Sistema di Garanzia 2023



Tabella 1 – NSG anno 2023, punteggi indicatori CORE

Regioni	2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

**Nonostante tutto la Regione  
Campania  
è stata promossa**

Punteggi Prevenzione NSG 2023



Punteggi Distrettuale NSG 2023



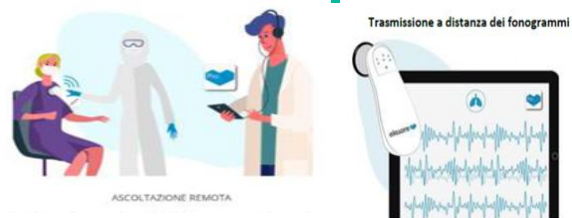
Punteggi Ospedaliera NSG 2023



In rosso i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori.

# Pazienti domiciliari Trattati con device

## Ascoltazione toracica e cardiaca a distanza



## Device per ECG



## TERMOMETRO



## GLUCOMETRO



## OTOSCOPIO



## SATURIMETRO



## SFIGMOMANOMETRO



## STETOSCOPIO



## BILANCIA IMPEDENZIOMETRICA



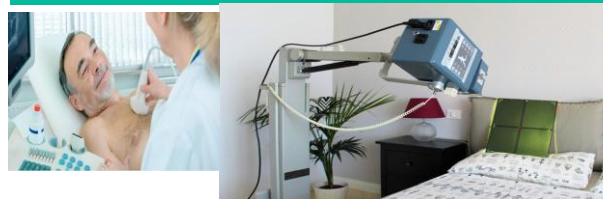
## SPIROMETRO



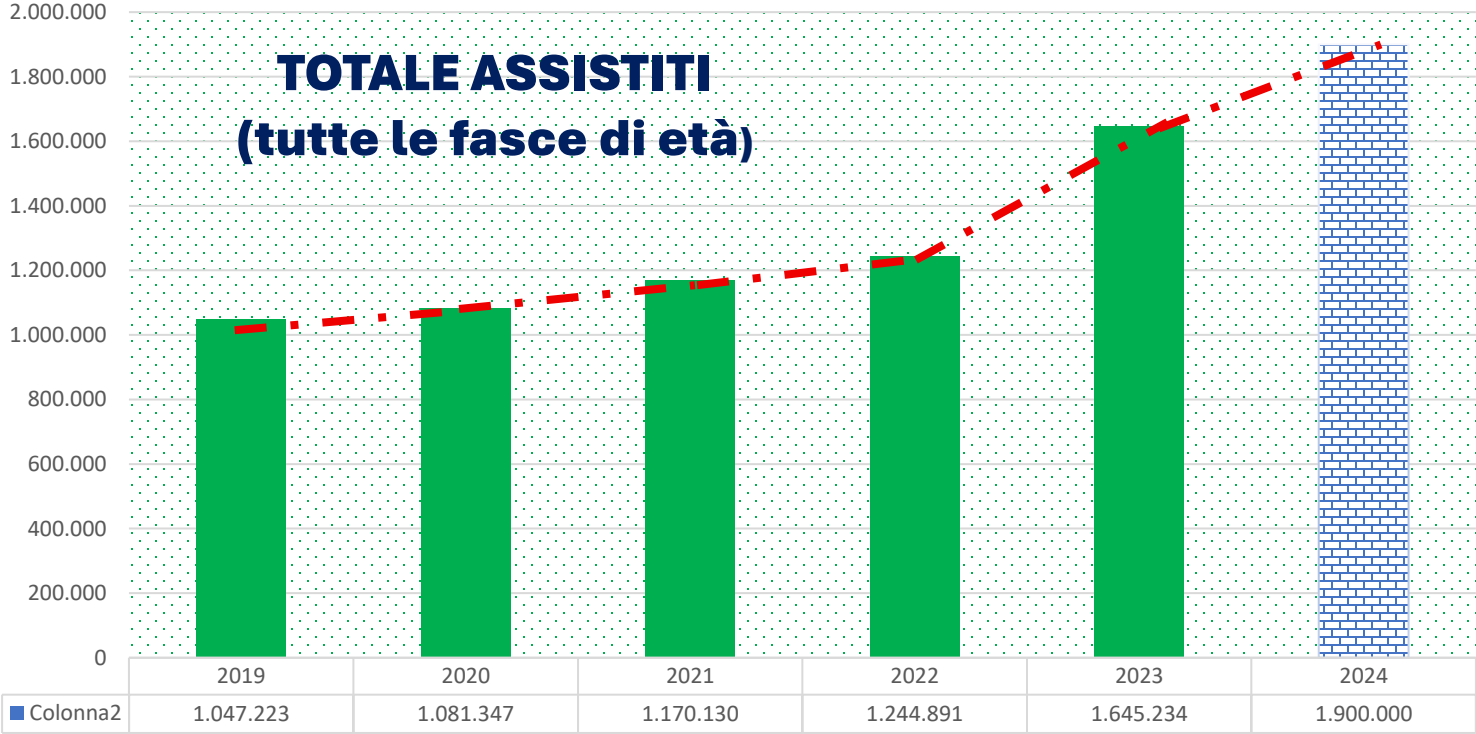
## EMOGASANALIZZATORE



## Radiologia ed Ecografia Domiciliare



# STATO DELLE CURE DOMICILIARI ITALIA







# STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania



## QUALI I MOTIVI di questo cambiamento ?

- ❑ **Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?**
  - Problemi nell'accreditamento delle cure domiciliari → **BANDI**
  - Governance differenziata tra Distretti e Servizi Centrali per la gestione dei servizi interni ed esterni, secondo i livelli di intensità assistenziale
- ❑ **Carenza personale qualificato:** personale dipendente / personale strutture accreditate
- ❑ **Ore di assistenza per paziente in diminuzione** (diminuzione della media annua).
- ❑ **Non sufficiente utilizzo delle tecnologie** ( device per telemedicina ...).
- ❑ **Tipologia dei controlli delle prestazioni rese** (controlli burocratico/amministrativi e valutazione esiti comprese le verifiche di qualità percepita dell'utente (*customer satisfaction*))
- ❑ **Garanzia dell'equità ridotta** (condizionata da fattori culturali / sociali / economici / limitazioni accesso)

C A R D		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Cure Domiciliari devono essere <u>a responsabilità pubblica e gestite dalle ASL</u></li> <li><u>Spetta al Distretto il governo e il coordinamento dei servizi</u> anche nei casi in cui la produzione sia parzialmente esternalizzata, la committenza (interna ed esterna) e la produzione (cure formali)</li> <li><u>Necessità della sostenibilità pubblica del sistema</u> (questione fondi) con ampliamento dell'organico infermieristico, medico e di assistenti sociali</li> <li><u>Affiancato dal privato accreditato</u> per la produzione residua da affidare all' esterno (vedi bandi ..... ) a patto che siano rispettati i seguenti requisiti:</li> </ul>
	Docu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- .....</li> <li>- .....</li> </ul>
	mento	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Vero timore per la insostenibilità privata delle famiglie (cure informali)</u>, schiacciate dalla sofferenza condivisa con il malato, dall'accudimento e dalle spese elevatissime nonostante la presenza delle prestazioni gratuite fornite dallo Stato.</li> </ul>
	Indirizzo del Consiglio Nazionale CARD	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Necessità di potenziamento</u> - con valore strategico - <u>delle cure domiciliari</u>, onde evitare il <u>rischio di overuse</u> (uso eccessivo) di ricovero ospedaliero e di residenzialità.</li> <li><u>Ben presidiata la valutazione degli esiti</u> oltre le usuali procedure di controllo burocratico e amministrativo delle prestazioni erogate.</li> <li>Rafforzamento del SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) da integrare necessariamente con i servizi sanitari → <b>Vedi LIBRO e Servizi Sociali Pomigliano</b></li> <li>Il futuro delle Cure Domiciliari sta nelle <u>Case di Comunità</u> (come compito della stessa e delle Cure Primarie ivi presenti) e <u>nel ruolo delle COT</u> (coordinamento della presa in carico. Il tracciamento delle transazioni da un livello assistenziale all'altro. Il monitoraggio dei pazienti assistiti a domicilio ..... <b>VEDI DM 77/22 e dott.ssa Minutella</b>)</li> <li>.....</li> <li><b>Vedi ancora Documento di Indirizzo del Consiglio Nazionale CARD</b></li> <li>.....</li> <li><b>ANALISI dei BISOGNI di SALUTE → Stratificazione della popolazione</b></li> </ul>



## **NUOVE PROSPETTIVE per le Cure Domiciliari in Campania**



**Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI, secondo i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.**



**Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico) per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.**



**Investire risorse economiche sulla formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.**



**Creare la “cartella clinica domiciliare” nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**



**Potenziamento della telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio ....)**



**Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, .....**



# STATO DELLE CURE DOMICILIARI IN ITALIA

## RISCHIO:

**“ Il rischio è fare bella figura con l’Europa e al contrario una pessima figura con i pazienti in Italia, perché stiamo puntando su:**

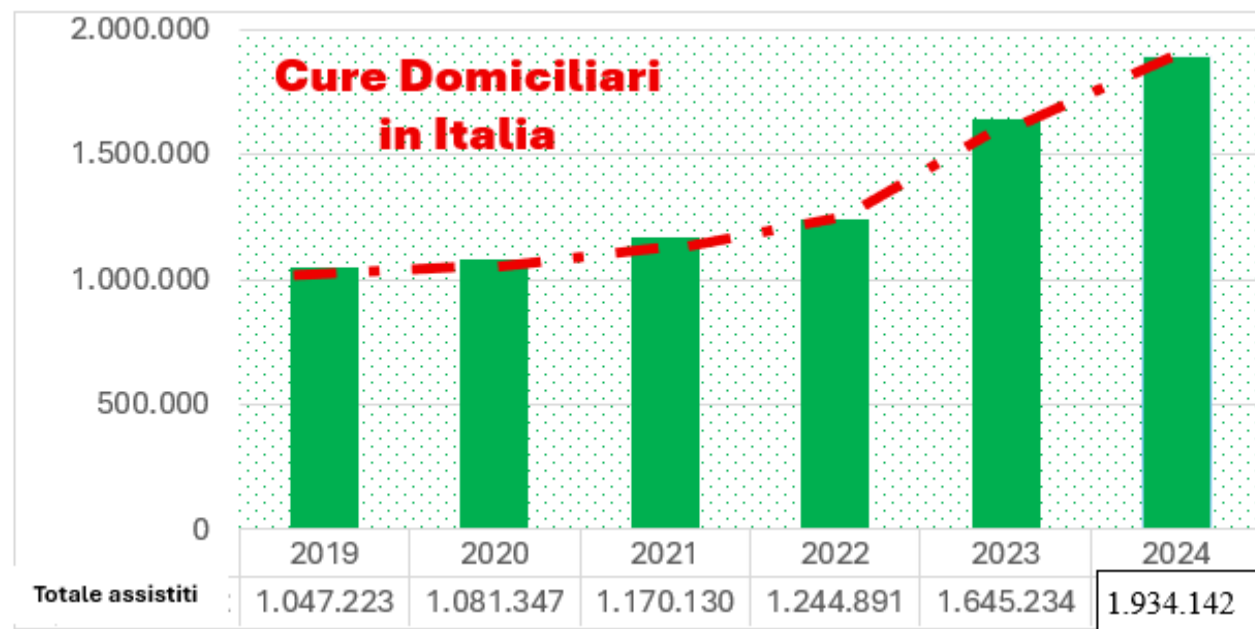
- a) **un modello prestazionale** che bada più alla quantità delle persone;
- b) **non su un modello di vera presa in carico al domicilio** per chi ha bisogno di cure più intense e continuative.

## QUALI I MOTIVI di questo cambiamento ?

- ☐ **Quanto può dipendere dall’esternalizzazione del servizio ?”**
- ☐ **Il Pnrr ha promosso lo sviluppo delle cure domiciliari per gli anziani**

L’Italia si è impegnata a incrementare il numero di assistiti fino a raggiungere **nel 2025-2026** la quota del **10% degli over 65**, con un investimento di 3 miliardi. L’obiettivo è stato raggiunto **già nel 2024** (*TASSO di presa in carico over 65 uguale al **10,9%***, e con una percentuale maggiore del 10% in quasi tutte le regioni, tranne che in .....





## TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in percentuale (%)

TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
C.D. Prestazionali	Interventi "occasional" oppure "a ciclo programmato"	14,7%	14,7%	38,8% ↑	38,8% ↑
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA base/liv. 0 (fino a 4 accessi mese)	26,5%	85,3 %	20,1% ↓	61,2 % ↓
	CIA 1° liv.	22,1%		15,5% ↓	
	CIA 2° liv.	22,8%		15,9% ↓	
	CIA 3° liv.	3,2%		2,1% ↓	
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	10,7%		7,6% ↓	
			100%		100%

### Solo le Cure Domiciliari Prestazionali

(accessi "occasional" oppure "a ciclo programmato"), di dubbio riconoscimento (non essendo previste da Commissione LEA)

**AUMENTANO**  
sia in % che in valore assoluto

### Cure Domiciliari con CIA base / livello zero

**DIMINUISCONO**  
sia in % che in valore assoluto

**Cure Domiciliari Integrate (ADI)**  
nei vari livelli di intensità assistenziale

**AUMENTANO** in valore assoluto (ma di poco)  
**DIMINUISCONO** tutte in %

## TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in valori assoluti

INTENSITÀ ASSISTENZIALE		2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali	Interventi "occasional" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479	1,3 volte in meno
	CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495	1,2 volte in più
	CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550	1,2 volte in più
	CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443	1,2 volte in più
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307	1,2 volte in più

### Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari

Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

- IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni
- a) per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13.
- b) per distinguerlo dall'ADP (Ass. Domicil. Programmata)



## **Lo stato dell'arte sull'assistenza domiciliare integrata nell'analisi di Salutequità.**

- Ritardi nell'accreditamento delle cure domiciliari
- ore in diminuzione di assistenza per paziente / carenze di personale
- garantire equità, / verifiche di qualità
- pieno utilizzo delle tecnologie.

**Nel 2023, a fronte di un aumento del numero di persone assiste in Adi**, in 14 regioni il grado di intensità assistenziale è **basso** e corrisponde per oltre il 50% a livelli compresi **tra GdC 0**, quando la data primo e ultimo accesso coincidono e quindi si tratta di **un solo accesso** e **Cia Base** (livello non assimilabile a quelli previsti dalla Commissione Lea); Lombardia e Calabria il 50% C.D. → = un unico accesso (cioè data prima e ultima prestazione sono coincidenti).

**Crea Sanità (Centro ricerca economica applicata in sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma)** sulle ore di assistenza erogate a ciascun anziano over 65 osserva **una diminuzione media annua** tra il 2018 e il 2023, passando da 18 a circa 15,8 ore.

**Anche il passaggio dall'ospedale alle cure a domicilio risulta insufficiente** come mostrano le anticipazioni del M.d.S. sul rapporto SDO (Schede di dimissione ospedaliera): nel 2023 solo l'1% delle dimissioni ordinarie e lo 0,3% di dimissioni protette hanno avuto attivazione di Adi.

**Si procede troppo lentamente sull'accreditamento e sul rispetto degli standard di qualità fissati dall'intesa Stato-Regioni del 2021**, a partire dalla telemedicina. Il recepimento delle Regioni è andato al rallentatore. Secondo gli homecare provider, le procedure per l'accreditamento Adi sono **state completate in sole tre Regioni (Lazio, Sicilia e Campania).**

## **Un quadro reso ancor più complesso alla luce delle carenze di personale in organico per garantire le C.D.**

**INFERMIERI**: gli IFeC **nel 2022** erano 1.464 unità ( 7,6% ) del fabbisogno indicato nel DM 77 di 19.314.

**ASSISTENTE SOCIALE** meno di 1 Asl su 2 (40%);

**OPERATORE SOCIOSANITARIO** (Oss), solo 1 Asl su 2 (53,2%) valore che scende di oltre 10 punti nel Sud Italia (41,7%).

**MEDICI PALLIATIVISTI** solo il 22% (37) delle borse di specializzazione è stato assegnato.

## **PROPRIO SUGLI ASPETTI QUALITATIVI** andrebbero assegnati:

- 1) obiettivi specifici alle Regioni, per produrre vero valore nel Servizio Sanitario Pubblico.
- 2) intervento centrale più incisivo per attuazione uniforme Intesa Stato Regioni su accreditamento Adi.
- 3) superare la carenza di professionisti specializzati
- 4) assicurare l'uso della tecnologia, con l'adozione di strumenti digitali realmente accessibili.
- 5) dobbiamo attrezzarci per un incremento del FSN che vada oltre le risorse temporanee del Pnrr, per evitare il collasso delle cure domiciliari".

**Il SIAD è stato istituito con DM 17.12.2008 e s.m.i.. e modificato con decreto 7 agosto 2023**, che ha **esteso l'ambito di rilevazione** alle prestazioni relative alle cure domiciliari di livello base, alle cure palliative domiciliari e ai casi di dimissioni protette, con presa in carico di tutti i livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale domiciliare.

**Nel 2023, a fronte di un aumento del numero di persone assiste in Adi**, in 14 regioni il grado di intensità assistenziale è basso e corrisponde per oltre il 50% a livelli compresi tra

- **GdC 0**, quando la data primo e ultimo accesso coincidono e quindi si tratta di un solo accesso e
- **Cia Base** (livello non assimilabile a quelli previsti dalla Commissione Lea);

**Lombardia e Calabria il 50% C.D. → = un unico accesso (cioè data prima e ultima prestazione sono coincidenti).**

Per quanto riguarda **il monitoraggio delle Cure Domiciliari** disponiamo del

**SIAD = (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)**

**Istituito nel dicembre 2008 e aggiornato agosto 2023**, consente di calcolare i profili di cura e i CIA (Coefficienti Intensità Assistenziale) come da tabella:

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

\* IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni

a) **per misurare la numerosità del PAI con CIA fino a 0,13**

b) **per distinguere dall'ADP/Assistenza Domiciliare Programmata**

Attività di verifica basata sugli indicatori del **flusso informativo ministeriale SIAD\***.

→ dal **livello base**

→ alla presa **in carico di tutti i livelli di intensità (I - II - e III livello)**

→ alle **cure palliative domiciliari**

→ ai casi di **dimissioni protette**

**Vedi**

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo SIAD attraverso il **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)**.

Da più di un decennio è in uso un sistema di classificazione ministeriale , il **SIAD** ( **Sistema Informatico di Assistenza Domiciliare**) che, attraverso il calcolo della frequenza con cui il singolo assistito riceve accessi al domicilio nel periodo di presa in carico, distingue **due livelli** di intensità:

- **“cure domiciliari di base”**, quando il servizio socio-sanitario interviene a domicilio meno di una volta alla settimana per bisogni estemporanei o prestazionali di bassa complessità;
- **“cure domiciliari integrate”**, quando il Ssr assicura più di un accesso alla settimana, secondo i bisogni emersi da valutazione multidimensionale (UVI) e piano di assistenza individualizzato (PAI).

L'assistenza domiciliare vera e propria, specie nel caso di persone con esigenze complesse, dovrebbe essere quella della seconda categoria,

**VEDI atti Regione Campania** di regolazione del sistema di cure domiciliari: **DGRC n. 41/2011**, **DCA 1/2013** e il **DD 524/ 2023** per la definizione del sistema di accesso e dei profili di cura.

**La tabella sottostante espone:** durata media del PAI e ore mediamente programmate (DCA 1/2013).  
**Tali informazioni sono meramente indicative** e possono variare in relazione alla valutazione UVI.  
 Vanno riportate nel flusso siad/sinfonia (accessi singoli professionisti e durata) a fini informativi e di rendicontazione delle attività (prestazioni/servizio reso).

Tipologia di cure domiciliari	Complessità assistenziale	n. GEA	<u>CIA</u> (coefficiente di intensità assistenziale)	Operatività del servizio	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC
<b>Cure domiciliari di base</b>	0	0	0,13	5 giorni su 7	CIA = fino a 0,13 Meno - 3 accessi mensili x 3 mesi = 9 (3 mesi)
<b>CURE dom. di I livello</b> (GdC = 180 gg)	Bassa	25,8	0,14	5 giorni su 7	CIA = 0,14 – 0,30 fino a 9 GEA* su 30 gg
	Media	38,7	0,21		
	Alta	51,6	0,28		
<b>CURE dom. di II livello</b> (GdC = 180 gg)	Bassa	64,5	0,35	6 giorni su 7	CIA = 0,31 - 0,50 fino a 12 GEA su 30 gg
	Media	77,4	0,43		
	Alta	90,3	0,50		
<b>CURE dom. di III livello</b> (GdC = 90 gg)	Bassa	45,15	0,50	6 giorni su 7	CIA = 0,51 – 0,64 fino a 18 GEA su 30 gg.
	Media	51,6	0,57		
	Alta	58,05	0,64		

Come da **DCA 1/2013** e **DD 524/2023** che disciplinano i profili di cure domiciliari si riportano di seguito le risorse medie del PAI. Si tenga conto che **una giornata effettiva di assistenza GEA potrebbe prevedere più accessi di una o più figure professionali.**

**La tabella riportata è indicativa e non vincolante**, per rendere omogenea la presa in carico.

Si evidenzia che il **SIAD misura** la **complessità assistenziale** in proporzione ai GEA rilevati e non in relazione ai singoli accessi e loro durata.

\* **Gea ed accessi non devono essere confusi**: 1 accesso al giorno dà origine ad un GEA ma in un giorno di assistenza si possono effettuare accessi plurimi, il valore GEA è sempre 1 ma **la complessità è definita** dalle ricorrenze degli accessi.

### CURE DOMICILIARI DI BASE

Tabella 2

CURE DOMICILIARI DI BASE DD 524/2023				
FIGURE PROFESSIONALI	ORE/pai mese	DURATA PAI		ORE PAI SU 90 GG=PERIODO DI CURA
OSS	1,5	30 GIORNI RIPETIBILI	Articolati su accessi di 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
INFERMIERE	1,5		Articolati su accessi di 15 o 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
PROF.STI RIABILITAZIONE	1,5		ARTICOLATI SU ACCESSI DI 30 MINUTI FINO AD UN MASSIMO DI 3	4,5
MMG/PLS/SPECIALISTA	1			3
Totale ore di assistenza	2,5 <sup>2</sup>			7,5
Si intende che nel rispetto del concetto per il quale le cure domiciliari di base rispondono a bisogni semplici anche ripetuti nel tempo, deve considerarsi sempre il gea -giornata effettiva di assistenza e definire il numero di accessi in relazione al bisogno. Pertanto il numero di accessi può variare pur nel rispetto del cia (gea/gdc) pari a 0 ossia a 0,14 in questo caso				

**Le cure domiciliari di base** rispondono a bisogni semplici anche ripetuti nel tempo.

**Deve considerarsi sempre il GEA** e definire il numero di accessi in relazione al bisogno. Pertanto il numero di accessi può variare pur nel rispetto del CIA (GEA/GDC) pari a 0 ossia a 0,14 in questo caso.



## NUOVE PROSPETTIVE per le Cure Domiciliari in Campania



▶ Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI secondo, i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.

▶ Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico) per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.

▶ Investire risorse economiche sulla formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.

▶ Creare la “cartella clinica domiciliare” nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, ecc.

Rafforzare il NSG affinché il flusso SIAD possa fornire dati per il PNE così da disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute nell'assistenza terr.

Corretta definizione passaggi tra i diversi setting assistenziali, valorizzando lo strumento del Sistema Nazionale Linee Guida Istituto Superiore di Sanità.

Incremento delle risorse economiche e continuità finanziaria delle cure domiciliari oltre i fondi PNRR



# AZIONI di MIGLIORAMENTO

Monitoraggio con l'introduzione di indicatori di qualità

Incremento delle risorse economiche e continuità finanziaria delle cure domiciliari oltre i fondi PNRR

Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI secondo i bisogni e i diversi livelli di intensità assistenziale, passando dalla mera logica del "numero di assistiti" a quella della presa in carico assicurando adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.  
Monitoraggio da parte del livello centrale ?????

Requisiti di accreditamento delle Cure Domiciliari comprensivi di Telemedicina ( televisita, teleassistenza, teleriabilitazione), in particolar modo per quelli che vivono nelle aree interne.

Monitoraggio da parte del livello centrale ?????

Corretta definizione dei passaggi tra i diversi setting assistenziali, valorizzando lo strumento del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Investire risorse economiche sul personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.  
Percorsi universitari sul setting ADI e tirocini formativi nelle strutture territoriali (domicilio del paziente compreso)

Rafforzare il NSG per prevedere .....che il flusso SIAD possa fornire dati per il PNE così da disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute nell'assistenza territoriale

Creare la "cartella clinica domiciliare" nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a disposizione del cittadino .....

Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, .....ecc.

Obiettivi specifici esattamente come fatto per le prestazioni di telemedicina

## 5. SALUTE DISEGUALE

### Determinanti della salute diseguale

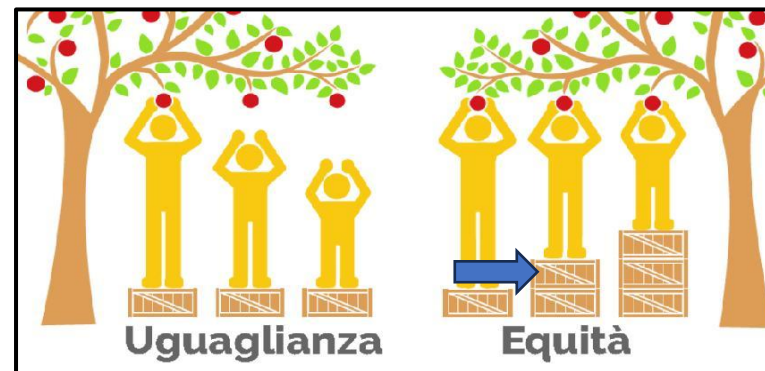
- 1) **CULTURALI** → Titolo di studio
- 2) **SOCIALI** → Reti sociali carenti nel contesto della comunità / Contesti abitativi
- 3) **ECONOMICI** → Condizioni lavorative / livello di reddito / disoccupazione
- 4) **LIMITAZIONI all'ACCESSO** → distanze /lunghe liste di attesa / organizzazione dell'assistenza

minore capacità di autodeterminazione con

- a) rinuncia prestazioni sanitarie
- b) stili di vita insalubri (a/f/a/o/s/s)
- c) minore ricorso alla prevenzione

In Italia

➤ I più poveri e più incolti vivono 3 anni in meno dei più ricchi e più colti  
➤ 4,5 milioni di italiani rinunciano a curarsi per ragioni economiche e liste d'attesa











**Uguaglianza**  
**Equità**



TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in percentuale (%)

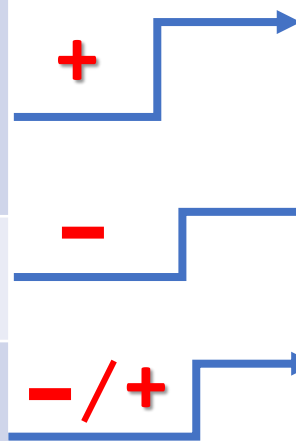
TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
C.D. Prestazionali	Interventi “occasional” oppure “a ciclo programmato”	14,7%	14,7%	38,8% 	38,8 % 
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA base/liv. 0 (fino a 4 accessi mese)	26,5%	85,3 %	20,1% 	61,2 % 
	CIA 1° liv.	22,1%		15,5% 	
	CIA 2° liv.	22,8%		15,9% 	
	CIA 3° liv.	3,2%		2,1% 	
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	10,7%		7,6% 	
			100%		100%

TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa  
espressa in valori assoluti

INTENSITÀ ASSISTENZIALE		2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali	Interventi "occasional" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479	1,3 volte in meno
	CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495	1,2 volte in più
	CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550	1,2 volte in più
	CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443	1,2 volte in più
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307	1,2 volte in più

<b>CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI</b> (accessi "occasional" o "a ciclo programmato") <b>di dubbio riconoscimento</b> (non essendo previste da Commissione LEA)	<b>AUMENTANO</b> sia in % che in valore assoluto
<b>CURE DOMICILIARI con CIA livello zero / base</b>	<b>DIMINUISCONO</b> sia in % che in valore assoluto
<b>CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI)</b> 1° - 2° - 3° liv, e Cure Palliative	<b>DIMINUISCONO</b> tutte in % <b>AUMENTANO</b> in valore assoluto (ma di poco)



**CIA = GEA/GdC  
(0-0,13)**

**ADI livello 0 / base**



**ADI 1° liv.**



**ADI 2° liv.**



**ADI 3° liv.**



**Cure Palliative**

**TABELLA**  
**Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa**  
**espressa in valori assoluti**

INTENSITÀ ASSISTENZIALE		2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
<b>C.D. prestazionali</b> Interventi “occasional” oppure “a ciclo programmato”		97.569	456.036	<b>+ 358.467</b>	<b>4,7</b> volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	<b>CIA livello 0/ base</b>	175.888	133.409	<b>- 42.479</b>	<b>1,3</b> volte in meno
	<b>CIA 1° liv.</b>	146.684	182.179	<b>+ 35.495</b>	<b>1,2</b> volte in più
	<b>CIA 2° liv.</b>	151.330	186.880	<b>+ 35.550</b>	<b>1,2</b> volte in più
	<b>CIA 3° liv.</b>	21.239	24.682	<b>+ 3.443</b>	<b>1,2</b> volte in più
	<b>Cure Palliative (CIA 4° liv.)</b>	71.019	89.326	<b>+ 18.307</b>	<b>1,2</b> volte in più

## DOVE SIAMO ?

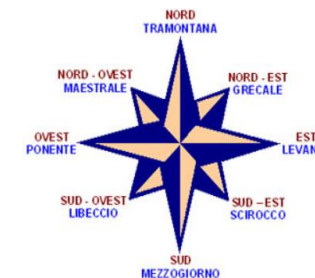


regione campania  
**aslnapoli3sud**

SEDE LEGALE Torre del Greco

39°13'N 9°07'E

40°47'07"N 14°23'43"E







**Tutta intorno  
al VESUVIO ... !**



