



Regione del Veneto
Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari
Coordinamento regionale
per le cure palliative e la lotta al dolore

Le cure palliative in Veneto
Stato di attuazione della L.R. 7/2009
Attività anno 2009

Agosto 2010

PREMESSE

Questo documento riporta i dati della quinta rilevazione annuale dell'attività di cure palliative svolta nella Regione del Veneto.

I dati utilizzati sono quelli ufficialmente forniti da tutte le Aziende ULSS le quali si assumono la responsabilità del loro grado di attendibilità. Nel documento, dove possibile, è riportato il confronto fra i dati di attività del 2009 e quelli degli anni precedenti, al fine di evidenziare l'andamento nel tempo delle cure palliative.

I dati trovano naturale integrazione nelle rilevazioni precedenti e degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici, negli ultimi 90 giorni di vita, già pubblicata nell'aprile del 2009 e disponibile nel sito del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

Inoltre, si suggerisce di far precedere la lettura di questi dati da quanto raccolto nella pubblicazione "Dal dolore alla cura", atti del convegno regionale del 25 novembre 2008, svoltosi presso l'Ospedale di S. Bonifacio, anch'essa disponibile nel sito del Coordinamento (www.regione.veneto.it, cercando "Servizi alla persona", poi "Sanità", poi "Programmazione socio sanitaria" e infine "Cure palliative e lotta al dolore"; oppure, con un motore di ricerca, rintracciare in internet "Coordinamento regionale cure palliative veneto").

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti coloro che nelle Aziende ULSS hanno con cura raccolto i dati richiesti.

INDICE

Aspetti generali	pag. 4
Esito cure palliative	pag. 6
Tab. 2 - Numero dei malati assistiti al 1 gennaio 2009	pag. 6
Tab. 3 - Nuovi assistiti del 2009	pag. 7
Tab. 4 – Riepilogo	pag. 8
Tab. 5 – Confronto	pag. 8
Tab. 6 - Deceduti e luogo di morte dei malati di cancro assistiti aa.2009	pag. 10
Tab. 7 – Confronto	pag. 11
Tab. 8 – Mortalità tum. Per ULSS, assist. attesa e osservata, copertura fabbisogno atteso	pag. 12
Tab. 9 – confronto 2008 - 2009	pag. 13
Tab. 10 - AA.ULSS ordinate per percentuale di malati assistiti e deceduti nell'anno	pag. 14
Tab. 11 - Dati di assistenza	pag. 16
Tab. 12 - Tipologia dei prescrittori dei ricoveri ospedalieri intercorrenti	pag. 17
Tab. 13 - Tipologia assistenziale per malati di cancro deceduti nel 2009	pag. 18
Tab.14 – Confronto	pag. 19
Tab. 15 - Attività dei MMG e applicazione DGRV n. 4395/30 dicembre 2005	pag. 20
Tab. 16 – Dati attesi e osservati sulla popolazione documentata (8041 deceduti CA/aa)	pag. 21
Nucleo di cure palliative	pag. 22
Tab. 18 - Distribuzione dell'assistenza domiciliare (espressa in gg./settimana)	pag. 23
Tab. 19 - Offerta assistenziale domiciliare	pag. 24
Tab. 20 - Organizzazione dell'équipe	pag. 25
Tab. 21 – Supervisione	pag. 27
Tab. 22 - Conduzione della supervisione	pag. 28
Tab. 23 - Personale domiciliare e ambulatoriale totale per settimana	pag. 30
Tab. 24 - Confronto tra personale osservato e atteso ex LR 7/2009 art.10, comma 3	pag. 31
Tab. 25 - Confronto anni precedenti espressi in h. e operatori/settimana	pag. 32
Hospice	pag. 33
Tab. 27 - Caratteristiche generali	pag. 34
Tab. 28 – Attività assistenziale	pag. 35
Tab. 29 - Confronto con standard DMS 43/2007	pag. 36
Tab. 30 - Lavoro di équipe	pag. 37
Tab. 31 – Supervisione	pag. 38
Tab. 32 - Personale dedicato	pag. 39
Cure palliative pediatriche	pag. 40
Conclusioni	pag. 50

Tab. 1

A) ASPETTI GENERALI

ULSS	È stato deliberato dall'Azienda un piano di Cure Palliative ai sensi della L.R.7/2009, delle DGRV 1608/2009, 1609/2009, e qualora esista un hospice, della DGRV 3318?	E' stato approntato e messo in uso un documento per la tutela dei diritti dei cittadini in condizione di fine vita, ai sensi della DGRV 1609/2009?	Sono stati attivati gli accordi regionali con la Medicina Generale per l'attività di cure palliative domiciliari?	Esiste una procedura formalizzata di passaggio del malato dall'assistenza erogata in ospedale, o in struttura residenziale (non hospice), o in forma esclusiva dal MMG a un programma di cure palliative?				
1	SI	NO	NO	SI				
2	NO	NO	NO	SI				
3	SI	NO	NO	SI				
4	SI	SI	SI	SI				
5	SI	NO	SI	SI				
6	NO	SI	SI	SI				
7	SI	SI	SI	SI				
8	SI	SI	NO	SI				
9	SI	NO	SI	NO				
10	NO	NO	SI	NO				
12	SI	NO		SI				
13	SI	NO	NO	NO				
14	SI	NO	SI	SI				
15	SI	SI	SI	SI				
16	SI	NO	SI	SI				
17	NO	SI	SI	SI				
18	SI	NO	SI	NO				
19	NO	NO	NO	SI				
20	SI		SI	NO				
21	NO	NO	SI	NO				
22	SI	NO	SI	NO				
TOT.	SI 15	NO 6	SI 6	NO 14	SI 14	NO 6	SI 14	NO 7

**Nelle Aziende ULSS vengono utilizzate varie scale. Le più utilizzate sono:
Indice di Karnofsky in 13 Aziende; NRS in 13 Aziende; VAS in 11 Aziende; STAS in 6 Aziende**

COMMENTO

Va sottolineato positivamente come 15 Aziende abbiano già predisposto un piano organico di Cure Palliative ai sensi della L.R. 7/2009, sebbene questo dato non trovi corrispondenza con il numero di aziende (solo 6) che dichiarano di aver creato i Nuclei di Cure Palliative (NCP), che, della legge, rappresentano l'aspetto più pregnante per la tutela del cittadino. Va rilevato però che l'attuazione della legge regionale è frutto di un processo e quindi è opportuno apprezzarne l'avvio. Un rimando esplicito ai singoli piani è rintracciabile nell'all. A della DGR 4254/2009 (v.sito).

In tal senso va letto anche il ritardo con il quale le Aziende hanno prodotto "Carte dei diritti del malato a fine vita" ai sensi della DGR 1609/2008, privando i cittadini di un riferimento esplicito che li informi del livello e delle caratteristiche di cura loro riservati.

Va ancora segnalata l'incongruità tra la stipula di accordi specifici con i MMG e lo scarso utilizzo degli istituti specifici presenti negli accordi regionali (v.oltre tabb. 15 e 16), ponendo una riflessione sugli strumenti attuali di incentivazione del lavoro della Medicina Generale e del grado d'integrazione tra professionisti.

Infine, di rilievo l'esistenza di procedure formalizzate per i passaggi tra i vari livelli di offerta, al fine di preservare la continuità delle cure ai pazienti, senza esporli all'onere di rintracciare il luogo e le persone in grado di aiutarli. Quanto prima, sarà premura del Coordinamento rendere pubbliche le procedure a tutela dei cittadini.

Per quanto attiene l'adozione di strumenti di valutazione clinica dei malati, si registra un'estrema variabilità di comportamenti. Questo, pur segnalando il bisogno di documentare l'andamento delle storie dei malati, pone la necessità di definire, in maniera condivisa, un set minimo di strumenti che consenta di confrontare le caratteristiche della popolazione assistita e l'esito delle cure.

B) ESITO CURE PALLIATIVE

Tab. 2 - Numero dei malati assistiti al 1 gennaio 2009

ULSS	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA	MALATI PATOLOGIA RESPIRATORIA	ALTRI MALATI	TOTALI
Ulss 1	23					23
Ulss 2	33	3		2		38
Ulss 3	65					65
Ulss 4	61	4	9	5	7	86
Ulss 5	30	2	2			34
Ulss 6	73				70	143
Ulss 7	26					26
Ulss 8	88	102	57			247
Ulss 9	49					49
Ulss 10	42	11	6	5		64
Ulss 13	nd					150
Ulss 14 (1)	8	31	1		2	42
(2)	20	10	2	1	8	41
Ulss 15	5					5
Ulss 16	60	4		1	24	89
Ulss 17	50					50
Ulss 18	6					6
Ulss 19	39	13	8	7		67
Ulss 20	126	17	20	4	160	327
Ulss 21	42				90	132
Ulss 22	42					42
TOTALI	888	194	105	28	361	1726

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

La ULSS 12 non ha fornito dati

L'ULSS 13 ha fornito solo dati totali, che spiegano la differenza tra il totale generale e la somma dei totali parziali

Tab. 3 - Nuovi assistiti del 2009

ULSS	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA	MALATI PATOLOGIA RESPIRATORIA	ALTRI MALATI	TOTALI
Ulss 1	106					106
Ulss 2	235	2	6	2	2	247
Ulss 3	242					242
Ulss 4	295	4	62	32	22	415
Ulss 5	136	5	4	5	10	160
Ulss 6	371				497	868
Ulss 7	275					275
Ulss 8	279	101	24		4	408
Ulss 9	474	2				476
Ulss 10	228	17	10	12	5	272
Ulss 13	Dati non disponibili					187
Ulss 14 (1)	97	45	9	5	25	179
(2)	159	46	25		31	261
Ulss 15	236					236
Ulss 16	439	1	4	3	107	554
Ulss 17	282					282
Ulss 18	134					134
Ulss 19	83	15	11	8	2	119
Ulss 20	655	108	172	24	153	1112
Ulss 21	55				37	92
Ulss 22	172					172
TOTALE	4953	346	327	91	895	6797

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

La ULSS 12 non ha fornito dati

L'ULSS 13 ha fornito solo dati totali, che spiegano la differenza tra il totale generale e la somma dei totali parziali

Tab. 4 – Riepilogo

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI CARDIO E/O RESPIRATO.	ALTRI MALATI	TOTALE
In assistenza al 1/1/09	888	194	133	361	1.576
Nuovi assistiti del 2009	4.953	346	418	895	6612
TOTALE	5.841	540	551	1.256	8.188

Tab. 5 - Confronto

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI CARDIO E/O RESPIRATO.	ALTRI MALATI	TOTALE
Anno 2006	4.710	340	372	342	5.764
Anno 2007	5.720	807	502	787	7.816
Anno 2008	5.749	659	521	1.103	8.229
Anno 2009	5841	540	551	1256	8188

COMMENTO

Il numero di malati presenti all'1/1 e dei nuovi assistiti testimonia per una stabilità complessiva dell'impegno dei servizi. I dati probabilmente risentono della difficoltà di caratterizzare, con più precisione, le tipologie di malati non oncologici includibili nella popolazione assistita. Tra loro sono certamente ricompresi malati assistiti in ADI, pur presentando caratteristiche di complessità che ne fanno dei possibili candidabili alle cure palliative. Ugualmente, va rilevato che, pur rappresentando le patologie oncologiche la parte principale della popolazione assistita, anche altre patologie vengono ricondotte alle cure palliative.

Tab. 6 - Deceduti e luogo di morte dei malati di cancro assistiti nel corso dell'anno 2009

ULSS	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
Ulss 1	57	23	19	0	99
Ulss 2	84	75	25	12	196
Ulss 3	73	89	73	5	240
Ulss 4	95	30	161	9	295
Ulss 5	55	0	49	33	137
Ulss 6	127	108	149	0	384
Ulss 7	149	3	68	14	234
Ulss 8	173	21	49	13	256
Ulss 9	199	191	24	0	414
Ulss 10	80	88	nd	16	184
Ulss 12	170	88	0	0	258
Ulss 13	61	0	116	0	177
Ulss 14 (1)	20	0	31	0	51
(2)	33	3	43	0	79
Ulss 15	57	78	57	9	201
Ulss 16	197	129	133	40	499
Ulss 17	43	71	110	7	231
Ulss 18	14	96	5	0	115
Ulss 19	38	4	47	0	89
Ulss 20	161	321	127	0	609
Ulss 21	57	0	34	0	91
Ulss 22	125	0	41	0	166
Totali	2068	1418	1361	158	5005

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

Tab. 7 – Confronto

ANNO	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
2006	1.421 (41%)	721 (20,8%)	962 (27,7%)	63 (1,8%)	3.465 (27,5%)
2007	1.544 (34,8%)	994 (22,4%)	1.337 (30,1%)	189 (4,2%)	4.433 (35,2%)
2008	1.443 (32,8%)	1.118 (25,4%)	1.286 (29,2%)	94 (2,1%)	4.402 (34,9%)
2009	2068 (41,3%)	1418 (28,3%)	1361 (27,2%)	158 (3,1%)	5005 (39,7%)

COMMENTO

Il dato più significativo è l'incremento del numero dei malati oncologici assistiti e deceduti nell'anno, con un valore percentuale in netta ripresa rispetto ai due anni precedenti. Il risultato conseguito ci pone ancora a notevole distanza dallo standard ministeriale atteso, pari al 65% dei deceduti per cancro nell'anno seguiti con un programma di cure palliative (DMS 43/2007).

Altrettanto incoraggiante il recupero di una quota prevalente di malati deceduti al proprio domicilio, con una contrazione del decesso ospedaliero. Ancora elevato, soprattutto se confrontato con una degenza media breve sopra gli standard nazionali (v.tab.29), il decesso in hospice.

Tab. 8 – Mortalità tumorale per azienda, assistenza attesa e osservata, copertura del fabbisogno atteso

ULSS	Morti CA (stime RTV)	Morti assistibili in CP (65% del totale)	Morti per CA assistiti	Morti assistiti/tot. morti x CA %	Morti assistiti/ Morti assistibili %
Ulss 1	436	283	99	22,7	35
Ulss 2	294	191	196	66,6	102,6
Ulss 3	411	267	240	58,4	89,9
Ulss 4	471	306	295	62,6	96,4
Ulss 5	364	237	137	37,6	57,8
Ulss 6	720	468	384	53,3	82
Ulss 7	562	365	234	41,6	64,1
Ulss 8	542	352	256	47,2	72,7
Ulss 9	978	636	414	42,3	65
Ulss 10	573	372	184	32,1	49,5
Ulss 12	1.130	735	258	22,8	35,1
Ulss 13	610	397	177	29	44,6
Ulss 14	365	237	130	35,6	54,8
Ulss 15	503	327	201	40	61,5
Ulss 16	1.128	733	499	44,9	68
Ulss 17	527	343	231	43,8	67,4
Ulss 18	564	367	115	20,4	31,3
Ulss 19	229	149	89	38,8	59,7
Ulss 20	1.165	757	609	52,2	80,4
Ulss 21	428	278	91	21,2	32,7
Ulss 22	600	391	166	27,6	42,4
TOTALE	12.600	8.190	5005	39,7	61

Tab. 9 – confronto 2008 - 2009

ULSS	% assistiti deceduti/tot. deceduti		% copertura assistenziale	
	2008	2009	2008	2009
Ulss 1	24,3	22,7	37,40	35
Ulss 2	69,4	66,6	106,75	102,6
Ulss 3	55	58,4	84,60	89,9
Ulss 4	46,3	62,6	71,21	96,4
Ulss 5	34,6	37,6	53,25	57,8
Ulss 6	50,8	53,3	78,21	82
Ulss 7	32	41,6	49,27	64,1
Ulss 8	45,8	47,2	70,39	72,7
Ulss 9	18,9	42,3	29,10	65
Ulss 10	45	32,1	69,27	49,5
Ulss 12	27,5	22,8	42,34	35,1
Ulss 13	27,7	29	42,62	44,6
Ulss 14	32,6	35,6	50,16	54,8
Ulss 15	7,7	40	11,93	61,5
Ulss 16	41,7	44,9	64,24	68
Ulss 17	42,5	43,8	65,39	67,4
Ulss 18	15,2	20,4	23,46	31,3
Ulss 19	35,8	38,8	55,09	59,7
Ulss 20	49,1	52,2	75,54	80,4
Ulss 21	20,3	21,2	31,27	32,7
Ulss 22	20,8	27,6	32	42,4
TOTALE	34,9	39,7	53,74%	61

Tab. 10 - AA.ULSS ordinate per percentuale di malati assistiti e deceduti nell'anno

ULSS	%
Standard ministeriale conseguito (>65%)	
2*	66,6
Standard min. non conseguito (40 – 65%)	
4*	62,6
3*	58,4
6*	53,3
20*	52,2
8	47,2
16*	44,9
17*	43,8
9*	42,3
7	41,6
15*	40
Grave ritardo verso lo standard min. (< 40%)	
19	38,8
5	37,6
14	35,6
10*	32,1
13	29
21	27,6
12*	22,8
1*	22,7
21	21,2
18*	20,4

* ULSS con Hospice

COMMENTO

È importante il diffuso incremento di copertura assistenziale. Va rilevato però che una quota consistente di aziende (10/21), a tutto il 2009, ha un considerevole ritardo rispetto allo standard ministeriale atteso. Le linee guida della commissione LEA, pur indicando che il sistema d'offerta può dirsi completo solo in presenza di tutti e tre i livelli di cura (ambulatoriale, domiciliare e residenziale-hospice), considera pari al 40% di deceduti per cancro assistiti con cure palliative per anno, lo standard minimo in assenza di un hospice. Pertanto, va rimarcato che tra le aziende con margini di miglioramento più marcati ve ne sono 4 che hanno anche un hospice. A tal proposito, va ricordato che la DGR 2989/2000 prevedeva l'apertura di hospice solo al conseguimento di almeno una copertura del 50% con attività domiciliare, restando di fatto disattesa.

Le aziende che non hanno conseguito lo standard, dispongono, in 8 casi su 10, di un hospice e quindi sono attese ad un potenziamento delle attività domiciliari. Due aziende superano lo standard domiciliare (40% dei deceduti assistiti) e quindi si pongono in condizione, qualora sia aperto un hospice, di innalzare la quota di assistiti e deceduti per anno.

A tutto il 2009, solo l'A.ULL 2 ha raggiunto lo standard atteso dal Ministero.

Tab. 11 - Dati di assistenza

ULSS	T medio cura	T medio ass. (CIA)	n.medio ricov. H	n. medio gg ricov. H
Ulss 1	70,18		0,32	4,7
Ulss 3	72,1	0,31	0,56	5,4
Ulss 4	99,1		0,47	9,1
Ulss 5	82	0,43	0,7	6,7
Ulss 6	46			
Ulss 7	73	0,58	0,36	4,1
Ulss 8	88	0,48	0,28	5
Ulss 9	47,5	0,43	0,19	
Ulss 13	134	0,03	0,99	10,3
Ulss 14 (1)	41,4		0,6	
(2)	41,5		0,45	
Ulss 15	50,3	0,34	0,41	4,6
Ulss 16	49,5		1,3	
Ulss 17	34			
Ulss 18	27,4		0,07	
Ulss 19	13		0,99	7,95
Ulss 20	107	0,53	0,49	6,11
Ulss 21	92,7	0,22	1,44	26,15
Ulss 22	71,4			

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

Tab. 12 - Tipologia dei prescrittori dei ricoveri ospedalieri intercorrenti

ULSS	MMG/PdLS	Contin.Assist.	NCP	118/PS
1	42			
3	22	77		
4	25	9	18	118
7	44	18	9	30
8	21	5	25	54
12			17	13
13	142			186
14 (solo Chioggia)	36	38		
15	9	48		43
19	105		38	43

COMMENTO

14 ULSS su 20 (la ULSS 12 non produce dati) hanno tempi medi di cura (tot.gg.dalla presa in carico al decesso/n.malati assistiti) inferiori ai 90 gg. Tenuto conto che le linee guida LEA indicano negli ultimi 180 gg di vita il tempo della terminalità, è possibile pensare che i malati vengano presi in carico in condizione di maggior compromissione, limitando l'adozione di programmi di cure palliative che seguano maggiormente l'inguaribilità e non solo il fine vita. Inoltre, in quei tempi medi, va rimarcato il continuo ricorso a ricoveri ospedalieri e, in taluni casi, anche con medie e con durate di ricovero elevate (per es. ULSS 21), cui corrispondono anche CIA bassi. Va rilevato che i prescrittori dei ricoveri (dai dati forniti) sono soprattutto i MMG e i servizi di emergenza/urgenza. Questo testimonia una certa debolezza dei servizi e un eccessivo ricorso alle cure palliative in fase avanzata di malattia, rendendo oggettivamente più difficile pianificare assistenze senza l'affanno dell'urgenza e spiega il ricorso al ricovero quale "rifugio" del MMG e dei servizi di emergenza/urgenza di fronte l'aggravarsi delle condizioni del malato.

Tab. 13 - Tipologia assistenziale per malati di cancro deceduti nel 2009

ULSS	Solo ambulatorio	Solo ADI	Solo hospice	Mista (amb.+ADI+hospice)	Totale
1	19	55	22	3	99
3		134	39	67	240
4	173			183	356
5		49			49
6		127	30	227	384
7		234		3	237
8		235	10	11	256
9		212	140	62	414
10		132	52	66	250
12		170	87	35	292
14 (1)		105			105
(2)		176	3		179
15		141	86	14	241
17	20	56	34	121	231
18		11	96	3	110
19	15	14		56	85
20		408	160	41	609
21		91			91
22		166			166
Totale	227	2516	759	892	4394
% tot. assistiti	4,5	50,3	15,2	17,8	87,8
% sul tot. documentati	5,1	57,2	17,3	20,3	100

(1) Chioggia (2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16
Le AA.ULSS 2, 13, 16 non hanno fornito informazioni

Tab.14 – Confronto

Anno	Solo ADImed	Solo Hospice	MISTA	TOTALE
2008	1.838 (52,6%)	619 (16,6%)	1.045 (28,1%)	3.723
2009	2516 (57,2%)	759 (17,3%)	892 (20,3%)	4394

COMMENTO

I dati documentano le modalità assistenziali per l'87,8% dei deceduti. È possibile un confronto con l'anno 2008 associando i dati di ADI-H a quelli di sola ADI, non constatandone una sostanziale differenza sul piano operativo e non considerando l'ADP (per il 2008) e l'attività ambulatoriale (per il 2009), che comunque riguardano una percentuale contenuta di assistiti.

Il primo dato significativo è l'incremento degli assistiti al domicilio, cui corrisponde una riduzione delle forme miste. Il fenomeno può essere stato prodotto da un effettivo aumento della capacità di gestione dei servizi domiciliari, come dovuto in modo relativo dal mancato incremento dei posti in hospice.

La qualità delle rilevazioni dei prossimi anni potrà meglio documentare la distribuzione delle modalità di assistenza.

Tab. 15 - Attività dei MMG e applicazione DGRV n. 4395/30 dicembre 2005

ULSS	TOTALE DEC. X CA (STIME RTV)	N. ATTESO (65% DEI MORTI)	ASSISTITI E DEC. 2009	% MMG CHE HANNO CONDIVISO ASSISTENZA DI 1MALATO ANNO	INCENTIVI EROGATI NEL 2009 IN €	MESI EQUIVALENTI D'ASSISTENZA (ARROTONDATI ALL'UNITÀ)
Ulss 1	436	283	99	79,6	38058	49
Ulss 3	411	267	240	82,9		
Ulss 4	471	306	295	32	73350	95
Ulss 5	364	237	137	64,8	21207	27
Ulss 6	720	468	384		16292	21
Ulss 7	562	365	234		193775	250
Ulss 8	542	352	256	83,4		
Ulss 10	573	372	184	16,2	35546	46
Ulss 14	365	237	130	85,3		
Ulss 15	503	327	201	67	37171	48
Ulss 16	1.128	733	499	39	111087	143
Ulss 17	527	343	231		155131	200
Ulss 18	564	367	115		20603	27
Ulss 20	1.165	757	609	59	17867	23
Ulss 21	428	278	91		70000 (?)	90 (?)
Ulss 22	600	391	166	44,1	67798	87
TOTALE	12.600	8.190				

Tab. 16 – dati attesi e osservati sulla popolazione documentata (8041 deceduti CA/aa)

	Mesi totali assistenza attesi	Mesi totali assistenza osser.	% osserv./atteso	Spesa totale attesa	Spesa totale osservata	% osserv./atteso
100% deceduti assistiti x 2 mesi	16.082	1106	6,9	12.458.564 €	664.110 €	5,3
65 % deceduti assistiti x 2 mesi	10453		10,6	8.097.834 €		8,2
100% deceduti assistiti x 1 mese	8041		13,8	6.229.282 €		10,6
100% deceduti assistiti x 1 mese	5226		21,2	4.048.917 €		16,4

COMMENTO

Gli accordi regionali vigenti nel 2009, prevedono un incentivo mensile di € 774,69, erogabile per un massimo di due mesi, specifico per il MMG per l'assistenza di malati oncologici in fase avanzata di malattia o a fine vita.

Gli accordi, qualora fosse garantita l'assistenza bimestrale a tutti i malati oncologici che decedono in un anno, produrrebbe una spesa di circa 20 mln di € e di 17,8 mln di € per un'assistenza al 65% dei deceduti. Per un'assistenza media di un mese la spesa sarebbe di 10 mln di € circa per una copertura del 100% e di 8,8 mln di € per una copertura del 65%.

I dati relativi ad alcune aziende, che coprono 8041 decessi per cancro/anno (stime del RTV), descrivono un quadro lontano dalle attese degli accordi, ponendo una riflessione sulla validità dello strumento, pur salvaguardando la necessità di mantenere integrato (ai sensi della L.R. 7/2009) il MMG nell'attività del NCP.

Tab. 17

C) NUCLEO CURE PALLIATIVE																					
ULSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13	14 (1)	14 (2)	15	16	17	18	19	20	21	22
NCP	X		X	X			X		X	X	X				X						
SERV.ASSIMILAT. DISTRETTUALE		X			X	X		X						X		X	X	X	X	X	X
SOVRADISTRET. AZIENDALE			X		X			X		X	X			X		X	X	X			X
GESTI SCE	AMBUL.	X	X	X	X				X		X	X	X	X				X			
	DOMICI.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	HOSPIC.	X	X	X	X				X					X	X		X				
FUNZIONI UVM	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		NO	SI	SI	SI	NO		SI	SI	SI	SI	SI

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

COMMENTO

Solo 8 aziende su 20 dichiarano di aver costituito NNCP, confermando che la maggior parte dell'attività è svolta nell'ambito delle cure domiciliari (ADI). La maggior parte (5/8) ha attribuito le funzioni di UVMD al NCP e solo le UU.LL.SS.SS. 13 e 16 non hanno provveduto in tal senso, prefigurando il rischio di una scissione tra livello decisionale e livello operativo.

Tab. 18 - Distribuzione dell'assistenza domiciliare (espressa in gg./settimana)

ULSS	0 – 24	8 – 20	8 – 14	altro
1	7			
2		6		
3		6		
4	DATI NON DISPONIBILI			
5		5		1
6	DATI NON DISPONIBILI			
7		5	2	
8		7		
9	7			
10			5	
12	7 (AVAPO-MESTRE)	7 (AVAPO-VENEZIA)		
13			6	
14		5	1	
15		5		
16		5	2	
17		5	2	
18		5	2	
19			5	1
20			6	1
21		5	2	
22			5	1

COMMENTO

Solo tre aziende dichiarano di disporre di un servizio h.24/7gg.settimana. La maggior parte delle Aziende dichiara di aver predisposto un servizio attivo almeno per 12 ore, con una distribuzione variabile da 5 a 7 gg/sett.. Quattro aziende dispongono di un servizio attivo per almeno 6 ore per due gg./sett. (presumibilmente il sabato e la domenica). Va rimarcato però che cinque aziende offrono un servizio attivo per 5 o 6 gg./sett. per sole 6 ore, decisamente insufficiente per garantire un'assistenza minima.

In generale, il grado di copertura attiva dovrebbe aumentare nella gran parte delle Aziende, auspicando almeno 12 h/die x 5 gg./sett. + 6 h/die x 2 gg.sett. in presenza di una reperibilità o una consulenza alla Continuità Assistenziale da parte dei medici palliativisti.

Tab. 19 - Offerta assistenziale domiciliare

ULSS	Pianificaz. Assistenz.	Valutazio. esito	Rapporti altre strutture	Consulenz altre strutture	Rapporti con MMG	Sostegno psicolog. malato	Sostegno psicolog. famigliari	Sostegno psicolog. operatori	Sostegno volontariato
1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO
9	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
12	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
14	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
15	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
17	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI
18	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
21	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
22	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
TOT.	21 SI	20 SI/1 NO	19 SI/2 NO	15 SI/6 NO	21 SI	14 SI/7 NO	14 SI/7 NO	13 SI/8 NO	10 SI/11 NO

COMMENTO

Risulta deficitario il sostegno psicologico, come per altro confermato dalla disponibilità oraria settimanale di psicologi (v.tab.23)

Tab. 20 - Organizzazione dell'équipe

ULS S	Esiste una riunione?	Con che cadenza?				Con che compiti?				
		Settim.	Quindici	Mensile	Altro	Pian.Ass	Esito	Org.Ser.	Sost.ope	Altro
1	SI	X				X	X	X	X	
2	SI	X				X	X	X	X	
3	SI				X		X			
4	SI	X				X	X	X	X	
5	SI	X				X	X	X		
6	SI	X				X	X	X	X	
7	SI	X				X	X	X	X	
8	SI	X				X	X	X	X	X
9	SI	X				X	X	X	X	
10	SI		X			X				
12	SI	X				X	X	X	X	
13	SI		X			X	X	X		
1	1	SI	X			X	X	X	X	
4	2	SI			X	X	X	X		
15	SI			X		X	X	X	X	
16	SI				X	X	X	X	X	
17	SI			X				X	X	
18	SI	X				X	X	X		
19	SI			X		X	X	X	X	X
20	SI			X		X		X		
21	SI			X		X	X			
22	NO									
TOT	21 SI/1 NO	10	3	5	3	19	18	18	13	2

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

COMMENTO

La riunione d'équipe è uno strumento essenziale per la personalizzazione della programmazione e valutazione assistenziale. Il suo ritmo dovrebbe essere compatibile con l'evolutivezza della storia clinica del malato. Risulta difficilmente comprensibile la gestione dell'assistenza in assenza di riunioni d'équipe, come piuttosto improbabili le frequenze mensili o con altra cadenza.

Inoltre, appare inadeguata la funzione di sola organizzazione del servizio e di sostegno degli operatori, come indicato dalla ULSS 17.

Tab. 21 - Supervisione

UL SS	Esiste una riunione?	Con che cadenza?				Con che compiti?				
		Settiman ale	Quindi nale	Mensile	Altro	Discussi one casi	Organizz Servizio	Sostegno operatori	Approf. etico	Altro
1	SI			X		X	X	X	X	
2	SI	X				X	X	X	X	
3	SI				X	X				
4	SI		X					X	X	
5	SI			X		X	X			
6	SI			X			X	X		
7	SI			X				X	X	
8	SI		X			X	X	X	X	X
9	SI			X		X	X	X	X	
10	SI		X			X	X		X	
12	SI			X		X		X	X	
13	NO									
1	1	SI			X	X	X	X	X	
4	2	SI		X	X	X	X	X		
15	SI				X	X	X	X	X	
16	SI				X	X	X	X	X	X
17	NO									
18	SI	X				X	X			
19	SI				X	X	X	X		X
20	NO									
21	NO									
22	NO									
TO T	17 SI/ 5 NO	2	3	7	6	14	13	13	11	3

(1) Chioggia

(2) dal 1/1/2010 il Distretto Piove di Sacco passa sotto la ULSS 16

Tab. 22 - Conduzione della supervisione

ULSS	Personale di supervisione		Quali figure provvedono alla supervisione del personale?			
	Interno	Esterno	Psicologo	Infermiere	Medico di distretto	Medico palliativista
1	X		X			X
2	X		X			
3	X			X		
4		X	X			
5	X				X	
6		X	X			
7	X		X			
8	X			X		X
9		X	X			
10	X					X
12	AVAPO M		X			
	AVAPO V	X		X		X
14	CHIOGGIA	X	X		X	X
	PIOVE S.	X			X	X
15	X		X			X
16	X				X	X
18	X			X		
19	X		X	X	X	X
TOTALI	14	5	11	4	5	8

COMMENTO

Se la riunione d'équipe è uno spazio e un tempo per il malato (fa parte del processo di cura vero e proprio), la supervisione è uno spazio e un tempo per gli operatori. La supervisione è uno strumento di manutenzione delle motivazioni e delle attitudini, soprattutto relazionali, del personale di assistenza. Si serve, ma non esclusivamente, di discussioni su casi critici o esemplari, fuori dai confini della programmazione e della verifica assistenziali. La frequenza con la quale viene proposta normalmente non è sovrapponibile con quella della riunione d'équipe, ma ordinariamente minore.

La sua istituzione è destinata a riparare gli operatori dai rischi di esaurimento legati alla pratica assistenziale con malati gravi e morenti. Ha quindi un valore preventivo nei confronti del cosiddetto burn-out, in grado di consumare risorse umane, che richiedono lunga formazione ed esperienza, rendendo molto onerosa la loro sostituzione. Quindi, l'assenza o la convocazione della supervisione "al bisogno" potrebbero non essere adeguate alle esigenze di tutela del personale di assistenza.

È probabile che nelle Aziende vi sia una sottovalutazione dell'utilità della supervisione, confortata anche da una tradizione poco incline a riconoscere la necessità di "curare" anche le risorse professionali per poter innalzare la qualità dei servizi, soprattutto degli operatori esposti a maggiori gradi di complessità e di fatica emotiva e psicologica.

Infine, appare difficile condurre una supervisione in assenza di uno psicologo che possa presidiare le dimensioni emotive e relazionali degli operatori.

Tab. 23 - Personale domiciliare e ambulatoriale totale (dipendente + convenzionato) per settimana

ULSS	Psicol.	Infermiere	Ass.Socia.	Riabilitatore	Med.Distr.	Med.Pallia.	OSS	Altro
1	20	190			10	110		
2	7	150				30		
3	36	150	1			56		
4	30	163	4		4	92		30
5		160			6			
6	24	86			50	82		
7	30	266	12*	5		77		
8		252			16	114	20	
9	18	184				106	30	80
10	36	36				38		
12	AVAPO V.	32	99			105	66	190
	AVAPO M.	32	69			324**	216	160
13	12	108				50		
14	CHIOGGIA	5	200		8	10		
	PIOVE.d.S.	5	230		8	10		
15	9	142	4		16	68		16
16		128	6	2	10	18		
17		72			10	18		18
18	Nessun dato pervenuto							
19	4	70	3		4	8	13	2
20		95			6			
21		50			1	1		
22		180			25			
TOTALI	300	3080	30	7	174	1317	345	496

* forniti dai Comuni

** comprensive di reperibilità

Tab. 24 - Confronto tra personale osservato e atteso ai sensi della LR 7/2009 art.10, comma 3 (in h/sett.)

UL SS	Popolaz	M.Pall. osser.	M.Pall. atteso	+/-	Inferm osser.	Inferm atteso	+/-	Psicol osser.	Psicol atteso	+/-	OSS. Osser.	OSS. atteso	+/-
1	129.410	110	49	+ 61	190	141	+ 49	20	49	- 29		93	- 93
2	84.740	30	32	- 2	150	93	+ 57	7	32	- 25		61	- 61
3	178.662	56	68	- 12	150	192	- 42	36	68	- 32		129	- 129
4	187.082	92	71	+ 21	163	201	- 38	30	71	- 41		135	- 135
5	179.802		68	- 68	160	205	- 45		68	- 68		130	- 130
6	316.215	82	120	- 38	86	342	- 256	24	120	- 96		227	- 227
7	218.057	77	83	- 6	266	234	+ 32	30	83	- 53		157	- 157
8	249.309	114	94	+20	252	269	- 47		94	- 94	20	179	- 159
9	412.260	106	156	- 50	184	445	- 261	18	156	- 138	30	297	-267
10	213.985	38	81	- 43	36	231	- 195	36	81	- 45		154	- 154
12	306.130	429*	116	+ 313	168	330	- 162	64	116	- 52	282	220	- 220
13	264.472	50	100	- 50	108	285	- 177	12	100	- 88		190	- 190
14	134.211	20	51	- 31	430	145	+ 285	10	51	- 41		96	- 96
15	250.326	68	95	- 27	142	270	- 128	9	95	- 86		180	- 180
16	418.126	18	159	- 141	128	451	- 323		159	- 159		301	- 301
17	184.914	18	70	- 52	72	205	- 133		70	- 70		133	- 133
18	174.901		66	- 66		189	- 189		66	- 66		126	- 126
19	74.918	8	28	- 20	70	81	- 11	4	28	- 24	13	54	- 54
20	470.824		179	- 179	95	509	- 414		179	- 179		339	- 339
21	153.522	1	58	- 57	50	165	- 115		58	- 58		110	- 110
22	284.131		108	- 108	180	301	- 121		108	- 108		204	- 204
T.	4.885.997	1317	1852	- 535	3080	5284	- 2204	300	1852	- 1552	345	3522	3177
N. OPER.EQUI.		33,1	48,7	- 14,1	82	147	- 61,2	7,9	48,7	- 40,8	9,3	97,8	- 88,2

* comprese le ore di reperibilità

Tab. 25 - Confronto anni precedenti espressi in h. e operatori/settimana

PROFILO PERSONALE	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	VARIAZIO. 2008/2009	N. OPER. EQUIVAL.
Psicologo	271	165	323	300	- 23	- 0,6
Infermiere	3.379	2.750	3.659	3080	- 579	- 16,1
Medico Palliativista	1.050	586	936	1317	+ 381	+ 10
O.S.S.	467	567	897	345	- 552	- 15,3

COMMENTO

Il dato più sorprendente è la perdita di personale infermieristico e socio assistenziale tra il 2008 e il 2009, parzialmente compensato dall'aumento dei medici palliativisti. È possibile che il fenomeno sia riconducibile a una progressiva definizione del personale dedicato alle cure palliative, rispetto a quello indifferentemente destinato alle cure domiciliari.

Alcuni valori (come la quota medica della ULSS 12 e quella infermieristica della ULSS 14) richiedono conferme e approfondimenti, risultando in controtendenza rispetto ai comportamenti delle altre aziende.

Ciò che va comunque indicato è che la disponibilità di risorse minime dedicate alle cure palliative è molto lontana da quanto previsto ai sensi dell'art.10, comma 3, della L.R. 7/2009.

D) HOSPICE

Tab. 26

AZIENDE SANITARIE	HOSPICE	PL AUTORIZZATI	PL ATTIVATI
Ulss 1	1	8	8
Ulss 2	1	4	4
Ulss 3	1	8	8
Ulss 4	1	10	10
Ulss 6	1	14	5
Ulss 9	1	12	12
Ulss 10	1	10	8
Ulss 12	1	8	8
Ulss 12	1	8	8
Ulss 15	1	6	6
Ulss 16	1	12	12
Ulss 16	1	7	7
Ulss 17	1	8	8
Ulss 18	1	8	8
Ulss 20	1	7	7
Ulss 20	1	14	14
Totale	16	144	133

Tab. 27 - Caratteristiche generali

ULSS	Inserito nel NCP	Serviz. Assimil.	Distrettuale	Sovra distrettu.	Aziendale	Funzioni UVMD
1	X				X	NO
2	X				X	NO
3	X				X	NO
4	X				X	SI
6		X			X	NO
9	X				X	NO
10		X			X	n.d.
12 (Fatebenefr.)		X				
12 (Nazareth)		X				
15	X				X	NO
16 (Mandria)				X		
16 (S.Chiara)				X		
17		X			X	NO
18		X			X	NO
20 (Cologna)				X		NO
20 (Marzana)				X		NO

Tab. 28 - Attività assistenziale

ULSS	N. malati ricoverati	N. gg. ricovero	T medio occupaz.p.l.	Indice % occupaz.p.l.	Distribuzione tempi ricovero			
					1 - 7	8 - 30	> 31	TOTALE
1	94	2289	22,4	78	28	38	28	94
2	116	1459	12,6	99,9	Dati non disponibili			
3	100	2615	26,1	89,5	30	45	27	102
4	30	837	27,9	30,4	6	24	3	33
6	114	1758	15,4	96	40	56	18	114
9	216	4071	18,8	93	70	112	37	219
10	93	2467	27	75	25	46	28	99
12 (Fatebenef.)	53	2759	52	94	8	20	25	53
12 (Nazareth)	61	2885	47,3	98,8	Dati non disponibili			
15	95	1858	19,5	85	33	47	19	99
16 (Mandria)	187	3759	20,1	86	Dati non disponibili			
16 (S.Chiara)	63	2411	38,3	94,4	Dati non disponibili			
17	71	2612	36,8	89,4	19	25	27	71
18	106	2736	23	90	19	31	56	106
20 (Cologna)	125	2002	15,8	78	56	54	15	125
20 (Marzana)	260	4489	17,3	87	104	115	43	262
TOTALI	1650	41007	24,8	84,5	438	613	326	1377

Tab. 29 - Confronto con standard DMS 43/2007

ULSS	N. ricoveri 1 – 7 gg.	Standard < 20% tot. ricoveri	N. ricoveri > 31 gg.	Standard < 25% tot. ricoveri
1	28	8,5	28	8,5
3	30	29,4*	27	26,5*
4	6	18,2	3	9,1
6	40	35,1*	18	15,8
9	70	32*	37	16,9
10	25	25,2*	28	28,3*
12 (Fatebenef.)	8	15,1	25	47,1*
15	33	33,3*	19	19,2
17	19	26,8*	27	38*
18	19	17,9	56	52,3*
20 (Cologna)	56	44,8*	15	12
20 (Marzana)	104	39,7*	43	16,4
TOTALI	438	31,8*	326	23,7

NB: * fuori standard ministeriale

COMMENTO

L'hospice risulta utilizzato, per una parte consistente di malati, come luogo di ricovero negli ultimi giorni di vita, con punte particolarmente elevate per i due hospice della ULSS 20. All'opposto, è particolarmente lunga la degenza media presso l'hospice della ULSS 18 che, affiancata a dati generali d'assistenza, depone per un'offerta largamente rappresentata dalla sola residenzialità.

Tab. 30 - Lavoro di équipe

ULSS	Riunione	Cadenza				Compiti				
		Settiman.	Quindici.	Mensile	Altro	Pianificaz. Assistenz.	Verifica esito	Organizz. servizio	Sostegno operatori	Altro
1	SI	X				X	X	X		
2	SI	X				X	X	X	X	
3	SI			X		X	X	X		X
4	SI			X			X			
6	SI	X				X	X	X	X	
9	SI	X				X	X	X	X	X
10	SI	X				X	X	X		
12 (Fateb.)	SI	X				X	X	X	X	X
12 (Naza.)	SI		X			X			X	
15	SI	X				X	X	X	X	
16 (Mandr)	SI		X			X	X	X	X	
16 (S.Chia)	SI	X				X	X	X	X	
17	SI				X	X	X	X		X
18	SI	X				X	X	X	X	
20 (Colog.)	SI		X			X	X	X	X	
20 (Marza)	SI		X			X	X	X	X	

Tab. 31 - Supervisione

ULSS	Supervisione	Interna	Esterna	Cadenza				Compiti					Chi la conduce
				Settiman.	Quindicin.	Mensile	Altro	Discusi	Organiservizi	Sostegoperat	Approfetic	Altro	
1	SI	X				X		X	X	X	X		PSI-M.PALL.
2	SI	X		X				X	X	X	X		PSI
3	NO												
4	NO												
6	Dati non disponibili												
9	SI		X			X		X	X	X	X		PSI
10	SI	X		X				X	X				M.PALL.
12 (Fateb.)	SI	X				X				X	X		PSI
12 (Naza.)	SI	X			X			X		X			PSI
15	SI	X				X				X	X		PSI
16 (Mand.)	SI	X					X	X	X	X	X		PSI-M.PALL.
16 (S.Chi)	SI	X		X				X	X	X	X		M.DIST- M.PALL.
17	SI	X					X		X			X	INFERMIERA
18	SI		X			X		X		X	X		PSI
20 (Colog.)	SI	X			X			X	X	X			PSI
20 (Marz.)	SI	X				X		X	X	X			PSI

COMMENTO

V. commento a pag. 29.

Tab. 32 - Personale dedicato

ULSS	PSI	INFERM.	AS.SOC.	RIABIL.	M.DIST.	M.PALL.	OSS	EDUCA.	MMG	VOLON.	ALTRO
1	16	176	18	6	2	24	162		0,5	25	
2	5	222				14	210			40	
3	9	168		2*		33	168	36		10	
4	2	42		4	6	8	10		7		
6	10	231	4			38	216			72	
9	15	378		12		38	288			160	42
10	8	184	10	3		38	115	2			
12 (Fate.)	6	148	8	8		62	148			16	
12 (Naza.)	10	266	10	8		40	210				28
15	10	168		5		30	168				
16	15	351		4	2	82	231		46	30	
16	38	144	4	2	10		324		30	30	
17	2	168				38	168			4	
18	14	216	5	6		18	84				
20	12	179	8			38	174			20	
20	12	377	18		6	69	348				
TOTALI	184	3418	85	60	26	570	3024	38	83,5	407	70
Op.equi.	4,8	94,4	2,4	1,7	0,7	15	84	1,1	2,2	11,3	1,9

* fino al 31/5/2009

Cure palliative pediatriche
Centro specialistico di terapia del dolore e cure palliative pediatriche
Azienda Ospedaliera di Padova
Stato di attuazione della L.R. 7/2009
Attività anno 2009

A1) REGOLE GENERALI

	SI	NO
È stato deliberato dall'Azienda un piano di Cure Palliative ai sensi della L.R.7/2009, delle DGRV 1608/2009, 1609/2009, e qualora esista un hospice, della DGRV 3318?		
E' stato approntato e messo in uso un documento per la tutela dei diritti dei cittadini in condizione di fine vita, ai sensi della DGRV 1609/2009?		
Esiste una procedura formalizzata di passaggio del malato dall'assistenza erogata in ospedale, o in struttura residenziale (non hospice), o in forma esclusiva dal MMG a un programma di cure palliative (pediatriche)?	x	
Nel contesto dell'assistenza vengono ordinariamente utilizzati strumenti o scale di valutazione del dolore e delle condizioni di salute del malato? Quali? (Indicarne fino a un massimo di 5):	x	
1) SCALA NUMERICA.....		
2) FLACC.....		
3) WONG-BAKER (FACCETTE).....		
4) PARAMETRI FISIOLÓGICI.....		

A2) ESITO CURE PALLIATIVE

Malati	Oncol.	Neurol.	Cardiol.	Pneumol.	Altri	Totali
In assistenza al 1/1/09	5	29	1	1	7	43
Nuovi assistiti del 2009	10	28	2	2	13	55
Totali	15	57	3	3	20	98

A3) ESITO CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE

	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
TOTALE	3	6	5	0	14

➤ **Tempo medio di cura**

196 giorni

➤ **Numero medio di ricoveri intercorrenti in Hospice**

1,58

N.B. Non si conoscono i dati relativi ai ricoveri avvenuti presso altri Ospedali della Regione Veneto

➤ **Numero medio di giornate di ricoveri intercorrenti in Hospice**

12 giorni

➤ **Tipologia assistenziale per i deceduti assistiti con cure palliative nel 2009**

NB: con la voce “Solo” si intendono i pazienti assistiti, dalla presa in carico al decesso, esclusivamente con un singolo profilo assistenziale (per es. solo in cure palliative domiciliari, o solo in hospice). I pazienti vanno conteggiati nella colonna “Mista” qualora fosse stato assistito con due o più profili assistenziali, indipendentemente dalla durata di ciascun profilo.

	Solo Ambulatorio	Solo cure palliative domiciliari	Solo hospice	Mista (Ambulatorio e/o cure palliative domiciliari e/o hospice)	Totale
Totale				14	14

C) NUCLEO DI CURE PALLIATIVE

C1) ASPETTI GENERALI

TIPOLOGIA	NCP		Servizio assimilabile		DISTRETTUALE	
					SOVRADISTRETTUALE	
					AZIENDALE	
					REGIONALE	X

GESTISCE	CURE AMBULATORIALI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
	CURE DOMICILIARI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
	HOSPICE	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO

FUNZIONI DI UVMD	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------	-----------	---

C2) DISTRIBUZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

FASCIA ORARIA	N. GIORNI SETTIMANA
0-24	7

REPERIBILITA' MEDICA	Distretti	Altre strutture aziendali	Regime convenzionale o libero
-----------------------------	------------------	----------------------------------	--------------------------------------

	n. giorni/settimana	n. giorni/settimana	professionale n. giorni/settimana
0-24		7/7	

REPERIBILITA' INFERMIERISTICA	Distretti n. giorni/settimana	Altre strutture aziendali n. giorni/settimana	Regime convenzionale o libero professionale n. giorni/settimana
0-24		7/7	

C3) OFFERTA ASSISTENZIALE

pianificazione assistenziale	X
valutazione d'esito delle cure	X
rapporti con altre strutture	X
consulenza per altre strutture	X
rapporti con il MMG	X
sostegno psicologico al malato	X
sostegno psicologico alla famiglia	X
Sostegno psi. personale domiciliare	X
sostegno del volontario specifico	X
altro	

C4) EQUIPE E SUPERVISIONE

Riunione d'equipé	Si	X
	No	
Cadenza	settimanale	X
Compiti	pianificazione assistenziale	X
	verifica d'esito	X
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	X
	altro	

Supervisione del personale	si	X
	no	
Personale di supervisione	interno al servizio	
	esterno al servizio	X
Cadenza	settimanale	
	quindicinale	X
	mensile	
	altro	
Finalità	discussione casi	
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	
	approfondimento etico	
	altro	

Se sì, quale figura provvede alla supervisione del personale?	Psicologo	
	Infermiere	
	Medico psichiatra	X
	Medico di distretto	
	Medico palliativista	
	Altro	

**C5) PERSONALE IMPEGNATO NELLE CURE PALLIATIVE
DOMICILIARI E AMBULATORIALI**

Personale dipendente A.ULSS	Ore settimana (1)	Personale convenzionato o in regime libero professionale	Ore settimana (2)	Totale settimana (1) + (2)
Psicologo		Psicologo	25	25
Infermiere	180	Infermiere		180+reperibilità
Assistente S.		Assistente S.		
Riabilitatore		Riabilitatore		
Medico di Distretto		Medico di Distretto		
Medico Palliativista	40	Medico Palliativista	20	60
O.S.S.		O.S.S.		
Educatore		Educatore		
Altri		Altri	10	10

D) HOSPICE

D1) ASPETTI GENERALI

TIPOLOGIA	NCP		Servizio assimilabile		DISTRETTUALE	
					SOVRADISTRETTUALE	
					AZIENDALE	x

FUNZIONI DI UVM	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------	--	-----------------------------

D2) ATTIVITA'

Numero di malati ricoverati*	70	
Numero dei giorni di ricovero* erogati	911	
Tempo medio di occupazione* del posto letto	13,2	
Indice di occupazione dei p.l.	0,62	
Distribuzione* dei giorni di ricovero	gg.ric.	n.ric.
	1-7	53
	8-30	13
	> 31	4
	totale	70

D3) EQUIPE E SUPERVISIONE

Riunione d'equipé	Si	X
	No	
Cadenza	settimanale	X
	quindicinale	
	mensile	
	altro	
Compiti	pianificazione assistenziale	X
	verifica d'esito	X
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	
	altro	

Supervisione del personale	si	X
	no	
Personale di supervisione	interno al servizio	
	esterno al servizio	
Cadenza	settimanale	
	quindicinale	X
	mensile	
	altro	
Finalità	discussione casi	
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	
	approfondimento etico	
	altro	

Se sì, quale figura provvede alla supervisione del personale?	Psicologo	
	Infermiere	
	Medico psichiatra	x
	Medico di distretto	
	Medico palliativista	
	Altro	

D4) PERSONALE

Personale dipendente A.ULSS	Ore settimana (1)	Personale convenzionato o libero professionista	Ore settimana (2)	Totale settimana (1) + (2)
Psicologo		Psicologo	25	
Infermiere	168	Infermiere		168
Assistente S.		Assistente S.		
Riabilitatore		Riabilitatore		
Medico di Distretto		Medico di Distretto		
Medico Palliativista	40	Medico Palliativista	20	60+reperibilità
O.S.S.		O.S.S.		
Educatore		Educatore		
		Medico Medicina Generale		
		Volontario	4	4

CONCLUSIONI

Il 2009 è stato caratterizzato dall'approvazione, nel mese di marzo, della L.R. 7: "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o fine vita e per sostenere la lotta al dolore". È probabile che le Aziende vi abbiano riconosciuto la ragione, oltre che l'impegno istituzionale, di un maggior investimento nelle cure palliative. Va però rilevato che i maggiori effetti della legge si dovrebbero conseguire con la distribuzione dei fondi previsti all'art. 11. La prima tranche è stata distribuita alle Aziende solo nel marzo del 2010, con un ritardo di un anno dall'approvazione della legge.

La legge pone le premesse per la costituzione di reti di cure palliative, confermando in larga parte l'assetto normativo esistente, ma caratterizzandolo maggiormente. In particolare, nella creazione dei Nuclei di Cure Palliative (NNCP) è indicato il passaggio per ricondurre a unità la gestione del sistema d'offerta per il cittadino, superando la scissione tra livello decisionale e operativo (di fatto rinforzato con l'invito alle Aziende ad attribuire le funzioni di UVMD al NCP). Le Aziende mostrano un ritardo nella costituzione dei NNCP, ma va apprezzato lo sforzo di caratterizzare progressivamente le cure palliative come un livello esplicito e competente di assistenza.

Di rilievo è la costituzione di un Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, anticipando quanto auspicato dalla L.38/2010, della quale la legge regionale è anticipatrice. Il Coordinamento svolge un ruolo di promozione delle intenzioni di legge, sostenendo i processi locali con un'offerta formativa, nonché con un supporto informativo e metodologico, ponendo le premesse per la costituzione di una autentica rete regionale di cure palliative che possa offrire, a tutti i cittadini del Veneto, adeguati e garantiti livelli d'assistenza.

Nel complesso va rimarcato che si assiste a un progressivo incremento della popolazione curata, seppur con percentuali che sono ancora lontane dallo standard minimo nazionale.

Anche l'offerta di cure palliative pediatriche mostra segni di sviluppo, seppur con difficoltà.

Si stanno caratterizzando esperienze locali di particolare rilievo che possono fungere da volano e da riferimento emulabile per le Aziende con maggiori difficoltà di sviluppo, creando un sistema che potenzialmente è in grado di sviluppare un modello regionale di tutela, pur nel rispetto delle specificità locali.

Va infine rimarcato che l'investimento nelle cure palliative è in grado di contribuire alla razionalizzazione del sistema sanitario. In particolare:

1. propongono come approccio alla complessità dell'inguaribilità, che rappresenta ormai larghissima parte del lavoro sanitario;
2. suggeriscono una modalità di lavoro fondata sui processi cooperativi e sull'approccio ai problemi di salute, integrando il livello clinico centrato sulla malattia;
3. sono in grado di rispondere ai desideri del malato d'accudimento al proprio domicilio o in strutture (hospice) che ne rispettino le esigenze;

4. producono una riduzione dei ricoveri ospedalieri inopportuni, con un significativo recupero sui costi (v. studio degli ultimi ricoveri negli ultimi 90 gg. di vita per i malati oncologici) e sui costi su trattamenti inappropriati (soprattutto chemioterapici).

Va infine, ma non da ultimo, rimarcato che l'attuale sviluppo delle cure palliative è frutto dell'impegno, della passione, della competenza e, spesso, del sacrificio delle persone che vi operano.