



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 DGR 2989/2000

Attività 2008

Luglio 2009

Indice

Premessa	pag. 3
Cure palliative	pag. 4
Cure palliative oncologiche	pag. 8
Personale impegnato nelle cure palliative	pag. 19
Hospice	pag. 21
Nuclei di cure palliative	pag. 27
Conclusioni	pag. 35
Nucleo di cure palliative pediatriche	pag. 37

PREMESSA

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

Hanno risposto ai questionari tutte le Aziende ULSS.

I dati dell'Ulss di Belluno sono limitati ad un unico distretto. I dati dell'Ulss 16 sono stati ricavati dal sistema informativo SID-ADI: i dati sono raccolti in modo indiretto, non ottenendoli in modo disaggregato secondo il formato del questionario di rilevazione.

Nel documento, dove possibile, è riportato il confronto fra i dati di attività del 2008 e quelli degli anni precedenti, al fine di evidenziare l'andamento nel tempo delle cure palliative.

I dati trovano naturale integrazione nella rilevazione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici, nei 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.

Un ringraziamento particolare al dott. Andrea Rigon per la preziosa collaborazione nell'organizzazione, l'analisi e il commento dei dati raccolti.

CURE PALLIATIVE

Numero dei malati assistiti al 1 gennaio 2008

AZIENDE SANITARIE	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	ALTRI MALATI
Ulss 1	21			
Ulss 2	51	3	2	0
Ulss 3	42			
Ulss 4	52	4	15	6
Ulss 5	98			
Ulss 6	36			40
Ulss 7	24			
Ulss 8	81	68	30	
Ulss 9	8			
Ulss 10	44	17	12	
Ulss 12	54			
Ulss 13	99	25	21	10
Ulss 14	28	33	9	13
Ulss 15	nd	nd	nd	nd
Ulss 16	nd	nd	nd	nd
Ulss 17	30			
Ulss 18	7			
Ulss 19	42	12	9	7
Ulss 20	50	13	10	67
Ulss 21	127			182
Ulss 22	43			

Nuovi assistiti del 2008

AZIENDE SANITARIE	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	ALTRI MALATI
Ulss 1	114			
Ulss 2	190	3	1	1
Ulss 3	253			
Ulss 4	216	5	94	52
Ulss 5	115			
Ulss 6	385			412
Ulss 7	189			
Ulss 8	266	128	68	
Ulss 9	198			
Ulss 10	216	46	30	1
Ulss 12	338			
Ulss 13	161	8	15	23
Ulss 14	150	76	30	70
Ulss 15	nd	nd	nd	nd
Ulss 16	nd	nd	nd	nd
Ulss 17	262			
Ulss 18	93			
Ulss 19	79	14	10	7
Ulss 20	543	204	165	135
Ulss 21	84			77
Ulss 22	224			

Riepilogo

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	ALTRI MALATI	TOTALE
In assistenza al 1/1/08	937	175	108	325	1.545
Nuovi assistiti del 2008	4.076	484	413	778	5.751
TOTALE	5.749	659	521	1.103	8.229

Confronto

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	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

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 7	I dati si riferiscono ad una popolazione di 150.000 abitanti
Ulss 9	I dati si riferiscono solo ai casi seguiti dall'ADVARE
Ulss 16	Ha fornito i seguenti dati nel seguente formato: 736 malati oncologici e 197 malati neurologici, con patologia cardiaca e/o respiratoria ed altri malati per un totale di 933 malati

Commento

Si nota un aumento modesto dei malati assistiti nel corso del 2008. In particolare, l'aumento si registra nell'ambito delle patologie non oncologiche, confermando che l'approccio palliativo è necessario e utile anche fuori dai confini della tradizione oncologica.

Uguualmente, sarà necessario definire maggiormente le caratteristiche dei soggetti assistiti e le modalità di cura per coglierne gli aspetti salienti, in assenza ancora di una definizione univoca ed esplicita di inguaribilità e fine vita non oncologica. È possibile, infatti, che molti malati abbiano beneficiato maggiormente di prestazioni riconducibili prevalentemente all'ADI, senza però aver goduto di veri e propri percorsi palliativi. Soprattutto la disponibilità di risorse psicosociali ridotte (v. oltre) sembra ridimensionare la possibilità di sostenere un processo d'assistenza completo, e non solo per il sostegno dei malati non neoplastici.

Un aspetto, successivamente ampliato, è dato dal numero invariato di malati oncologici assistiti nell'anno, rinviando a riflessioni specifiche sul grado di accessibilità dei servizi di cure palliative.

CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE

Numero dei malati deceduti nel 2008 e loro luogo di decesso

AZIENDE SANITARIE	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
Ulss 1	52	36	18	nd	106
Ulss 2	101	51	39	3	194
Ulss 3	74	71	79	2	226
Ulss 4	88	25	98	7	218
Ulss 5	21	0	77	28	126
Ulss 6	110	70	186	nd	366
Ulss 7	116	2	52	10	180
Ulss 8	163	9	54	22	248
Ulss 9	nd	185	nd	nd	185
Ulss 10	52	46	154	6	258
Ulss 12	175	98	29	9	311
Ulss 13	48	3	118	0	169
Ulss 14	60	7	52	0	119
Ulss 15	nd	39	nd	nd	39
Ulss 16	nd	nd	nd	nd	471
Ulss 17	47	70	102	5	224
Ulss 18	nd	86	nd	nd	86
Ulss 19	30	1	49	2	82
Ulss 20	161	299	112	nd	572
Ulss 21	55	nd	32	nd	87
Ulss 22	90	nd	35	0	125
Totali	1.443	1.118	1.286	94	4.402

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2	Si precisa che i pazienti deceduti in "Hospice", sono 61 perché 10 sono provenienti da fuori Ulss. Si precisa, altresì, che per "Altro" si intende Casa di riposo.
Ulss 5	Per "Altro" si specifica Ospedale di comunità.
Ulss 15	n. 39 pz. deceduti in hospice

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%)
I luoghi di decesso, per il 2008, sono documentati per 3941 casi, pari all'89,5% del totale					

NB: nelle quattro colonne centrali sono riportati i numeri assoluti e la percentuale rispetto alla totalità dei deceduti.

La colonna del totale riporta i valori assoluti dei deceduti per cancro assistiti nell'anno e la percentuale rispetto ai morti stimati per anno per patologia oncologica

Mortalità tumorale per azienda, assistenza attesa e osservata, copertura del fabbisogno atteso

AZIENDE SANITARIE	TOTALE DECEDUTI PER NEOPLASIA	N. ATTESO (65% DEI MORTI) DI UTENTI ASSISTITI IN REGIME DI CURE PALLIATIVE	N. OSSERVATO DI UTENTI DECEDUTI TRA GLI ASSISTITI IN REGIME DI CURE PALLIATIVE	% DI ASSISTITI SUI DECEDUTI (N. ASSISTITI / N. DECEDUTI)	% DI COPERTURA DEL FABBISOGNO ATTESO (N. OSSERVATO / N. ATTESO)
Ulss 1	436	283	106	24,31%	37,40%
Ulss 2	294	191	204	69,39%	106,75%
Ulss 3	411	267	226	54,99%	84,60%
Ulss 4	471	306	218	46,28%	71,21%
Ulss 5	364	237	126	34,62%	53,25%
Ulss 6	720	468	366	50,83%	78,21%
Ulss 7	562	365	180	32,03%	49,27%
Ulss 8	542	352	248	45,76%	70,39%
Ulss 9	978	636	185	18,92%	29,10%
Ulss 10	573	372	258	45,03%	69,27%
Ulss 12	1.130	735	311	27,52%	42,34%
Ulss 13	610	397	169	27,70%	42,62%
Ulss 14	365	237	119	32,60%	50,16%
Ulss 15	503	327	39	7,75%	11,93%
Ulss 16	1.128	733	471	41,76%	64,24%
Ulss 17	527	343	224	42,50%	65,39%
Ulss 18	564	367	86	15,25%	23,46%
Ulss 19	229	149	82	35,81%	55,09%
Ulss 20	1.165	757	572	49,10%	75,54%
Ulss 21	428	278	87	20,33%	31,27%
Ulss 22	600	391	125	20,80%	32,00%
TOTALE	12.600	8.190	4.402	34,93%	53,74%

Confronto

AZIENDE SANITARIE	ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008	
	assistiti sui deceduti (%)	copertura del fabbisogno atteso (%)	assistiti sui deceduti (%)	copertura del fabbisogno atteso (%)	assistiti sui deceduti (%)	copertura del fabbisogno atteso (%)
Ulss 1	33,26	51,24	29,59%	45,52%	24,31%	37,40%
Ulss 2	55,44	85,34	58,16%	89,48%	69,39%	106,75%
Ulss 3	47,45	73,03	45,26%	69,62%	54,99%	84,60%
Ulss 4	42,25	65,03	43,31%	66,63%	46,28%	71,21%
Ulss 5	35,99	55,51	49,73%	76,50%	34,62%	53,25%
Ulss 6	28,88	44,44	68,89%	105,98%	50,83%	78,21%
Ulss 7	4,98	7,67	17,62%	27,10%	32,03%	49,27%
Ulss 8	40,22	61,93	47,23%	72,67%	45,76%	70,39%
Ulss 9	31,80	48,98	30,98%	47,66%	18,92%	29,10%
Ulss 10	n.d.	n.d.	19,02%	29,27%	45,03%	69,27%
Ulss 12	18,76	28,88	n.d.	n.d.	27,52%	42,34%
Ulss 13	23,44	36,11	28,03%	43,13%	27,70%	42,62%
Ulss 14	28,22	43,46	45,21%	69,55%	32,60%	50,16%
Ulss 15	12,13	25,85	37,38%	57,50%	7,75%	11,93%
Ulss 16	37,41	57,57	42,02%	64,65%	41,76%	64,24%
Ulss 17	32,45	50,00	40,42%	62,18%	42,50%	65,39%
Ulss 18	9,04	13,93	26,60%	40,92%	15,25%	23,46%
Ulss 19	23,58	36,49	29,69%	45,68%	35,81%	55,09%
Ulss 20	21,63	33,29	34,59%	53,22%	49,10%	75,54%
Ulss 21	50,23	77,34	58,64%	90,22%	20,33%	31,27%
Ulss 22	31,45	48,46	36,00%	55,38%	20,80%	32,00%
TOTALE	27,50%	42,34%	35,18%	54,12%	34,93%	53,74%

Le due tabelle precedenti documentano la copertura assistenziale offerta dalle aziende sanitarie.

Per poter valutare la capacità assistenziale degli attuali servizi di cure palliative, è opportuno riferirsi a quanto contenuto nel DMS 22 febbraio 2007, n. 43, "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della L. 30/12/2004, n. 311".

Il primo indicatore propone che il numero di assistiti per cure palliative sia pari al 65% del numero di morti per cancro per anno (assumendo che i malati oncologici siano la maggior parte di coloro che si giovano di cure palliative, o che queste almeno siano rivolte a loro).

Applicando il dato alla mortalità media veneta (dati del Registro Tumori del Veneto – RTV), che indica in 12.600 i morti per anno, dovremmo registrare circa 8.190 assistiti anno.

Commento

Il dato decisamente sorprendente è il numero di malati, deceduti nell'anno 2008, assistiti in programmi di cure palliative. Come è possibile rilevare dal confronto con il 2007, il numero non è variato, pur registrandosi un incremento di ore di personale dedicato (v. oltre). Le ragioni di questo dato possono essere ricondotte a più ipotesi, tra loro probabilmente concorrenti.

In particolare, è possibile che nel 2008:

- 1. siano stati seguiti casi a maggior peso assistenziale: il dato è difficilmente valutabile, non disponendo di metodi per la descrizione dei profili dei malati;*
- 2. siano stati arruolati con maggior precisione casi effettivamente suscettibili di cure palliative e curati con queste, escludendo coloro che, pur malati oncologici in fase avanzata di malattia, non hanno ricevuto un programma specifico di cure palliative;*
- 3. all'ingresso di nuovo personale, non sia corrisposta immediatamente una disponibilità di competenza e di esperienza tali da consentire un aumento di offerta.*

Va tenuto presente che la frequenza annuale di rilevazione non consente di stabilire in quale tempo dell'anno si sia verificato effettivamente l'incremento di personale, per cui ad un numero di ore di personale indicate, potrebbe non corrispondere una disponibilità costante lungo l'arco dell'anno.

Persistono fenomeni di riduzione della percentuale dei malati deceduti al domicilio e un aumento di quelli deceduti in hospice, con una sostanziale conferma della quota di deceduti in ospedale. Con un incremento di personale ci saremmo dovuti attendere un aumento complessivo dei malati seguiti e, sperabilmente, di quelli deceduti a casa, con riduzione dei decessi in ospedale.

Va ricordato che, alla rilevazione dei dati sui decessi intraospedalieri dei malati oncologici, una quota consistente di questi normalmente è ricoverata negli ultimi 14 giorni di vita, confermando una fragilità del sistema d'offerta palliativo proprio nel periodo di maggior richiesta di domiciliarità dei malati.

Il numero di malati assistiti e deceduti è pari a circa il 35% dei deceduti per cancro nell'anno, confermando la distanza dallo standard minimo previsto dal DMS 43/2007.

Tempo medio di cura, di assistenza e ricoveri intercorrenti

AZIENDE SANITARIE	TEMPO MEDIO DI CURA (IN GG.)	TEMPO MEDIO DI ASSISTENZA (IN GG.)	NUMERO DI RICOVERI INTERCORRENTI
Ulss 1	nd	45,73	9,73
Ulss 2	58,7	33,2	0,32
Ulss 3	65,6	25,7	1,77
Ulss 4	68	24	1,6
Ulss 5	193,6	41,9	nd
Ulss 6	45,5	7	0,4
Ulss 7	64	30	0,33
Ulss 8	93	53	0,26
Ulss 10	50	31	0,07
Ulss 12	53,97	46,1	0,27
Ulss 13	120	20	nd
Ulss 14	71	32,11	0,4
Ulss 15	---	-----	1,07
Ulss 16	--	80,1	2,1
Ulss 17	46	15,3	nd
Ulss 18	25,15	25,15	0
Ulss 19	13	70	0,3
Ulss 20	109	nd	nd
Ulss 21	nd	66	0,35
Ulss 22	80	nd	nd

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 7	Indica anche il coefficiente d'intensità assistenziale pari a 0,58. Viene calcolato dal rapporto tra giorni di presa in carico domiciliare e giornate con l'accesso di almeno un operatore sanitario.
Ulss 14	Il tempo medio di assistenza si riferisce solo al distretto due.
Ulss 15	Il dato è riferito a ricoveri intercorrenti per assistenza in hospice
Ulss 16	Il dato si riferisce alla quota di assistiti di cui è nota la presa in carico, escludendo quindi i soggetti di cui non è disponibile la stessa. Per quanto riguarda il numero medio di ricoveri intercorrenti in ospedale, tale dato risulta probabilmente sovrastimato, perché non è stato possibile per alcuni soggetti differenziare i ricoveri prima e dopo la presa in carico.
Ulss 19	Con riferimento al numero medio dei ricoveri intercorrenti in ospedale si precisa che il dato è parzialmente estrapolato perché i malati si rivolgono anche ad altre strutture ospedaliere.

Commento

I tempi medi di cura e di assistenza sono in generale brevi, confermando che la gran parte dei pazienti entra in carico tardivamente. L'ingresso tardivo comporta un maggior impegno diretto dei servizi e rende più difficile preparare e sostenere il ruolo di assistenza continua della famiglia.

I dati che presentano dimensioni chiaramente difformi dai valori più ricorrenti saranno oggetto di una valutazione specifica.

Tipologia assistenziale per i deceduti assistiti con cure palliative nel 2008

AZIENDE SANITARIE	SOLO ADP	SOLO ADIMED	SOLO HOSPICE	SOLO ADI-H	MISTA (ADP E/O ADIMED E/O ADI-H E/O HOSPICE)
Ulss 1		70			36
Ulss 2		132	29		43
Ulss 3		151	48		27
Ulss 4	5	19	6		188
Ulss 5		109			17
Ulss 6		256	40		70
Ulss 7		178	1		1
Ulss 8		48		32	168
Ulss 9	nd	nd	nd	nd	nd
Ulss 10	24	129	46	0	36
Ulss 12			91	81	139
Ulss 13	40	50			79
Ulss 14		112	7		
Ulss 15	nd	nd	39	nd	nd
Ulss 16	nd	nd	nd	nd	nd
Ulss 17	28	52	18	nd	126
Ulss 18			86		
Ulss 19		82			
Ulss 20		273	208		91
Ulss 21		52		11	24
Ulss 22		125			
Totali	97	1.838	619	124	1.045
I totali corrispondono a 3.723 assistiti, pari al 84,57% dei soggetti assistiti e deceduti.					

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2	Precisa che dei 42 pazienti in Assistenza Mista, solo 1 proviene dalla Casa di riposo.
Ulss 3	Precisa che 2 pazienti seguiti solo in ADIMED sono deceduti in RSA (Altro).
Ulss 4	Precisa la presenza di personale dedicato: un medico palliativista e in futuro due psicologhe.
Ulss 10	Il dato non coincide con la tabella "Numero dei malati deceduti nel 2008" e luogo di decesso perché per 23 deceduti non sono documentate le sedi di morte.

Confronto

Anno	Solo ADP	Solo ADImed	Solo Hospice	Solo ADI-H	MISTA ADP e/o ADImed e/o ADI-H e/o Hospice	TOTALE
2006	279 (9,3%)	1.396 (46,6%)	354 (11,8%)	114 (3,8%)	850 (28,4%)	2.993
2007	172 (3,9%)	1.790 (40,3%)	542 (12,2%)	50 (1,1%)	1.088 (24,5%)	4.433
2008	97 (2,6%)	1.838 (49,3%)	619 (16,6%)	124 (3,3%)	1.045 (28,1%)	3.723

Commento

La percentuale di dati disponibile consente di descrivere quali modalità assistenziali abbiano ricevuto i malati. La quota prevalente è data dall'assistenza in regime di ADImed, quindi offerta prevalentemente dal MMG, con il concorso dell'infermiere domiciliare. A tale categoria, in assenza di uno specifico dettaglio, è ragionevole siano ricondotti anche i malati seguiti congiuntamente dal MMG e dal NCP, o un'équipe di cure palliative. Il ricorso ad altre forme d'assistenza, soprattutto miste, è sicuramente vincolato dall'incompleta e disomogenea distribuzione dei p.l. in hospice. Ugualmente, una percentuale sostanziosa di pazienti riceve più forme di assistenza lungo il percorso di cura. Una quota consistente riceve solo assistenza in hospice. I due ultimi dati depongono per un uso esteso dell'hospice come forma maggiormente accettata e, probabilmente, ritenuta più sicura di assistenza, rispetto a quelle domiciliari. Questo ha maggior rispondenza negli ultimi giorni di vita dei malati, dove il ricorso all'hospice è consistente (v. oltre).

Applicazione DGRV n. 4395 del 30 dicembre 2005

INCENTIVO MENSILE: 774,69 EURO
NO ACCORDO: 1,2,3,8,9,12,13,15,19,20,21
1 mese: 10 mln (8,8 mln) 2 mesi: 20 mln (17,6 mln)

ULSS	copertura 100%	copertura 65%	2006 € spesi	numero Mesi/Ass. equivalenti	2007 € spesi	numero M/Ass. equivalenti
4	471	267	6325	8,1	4234	5,4
5	364	237	567	0,7	4334	5,6
6	720	468	12630	16,3	30287	39
7	562	365	29334	37,9	71130	91,8
10	573	372	10377	13,4	12021	15,5
14	365	237	3616	4,7	10748	13,9
16	1128	733	69426	89,6	83493	107,8
17	527	343	15547	20	19257	24,8
18	564	367	1317	1,7	3640	4,7
22	600	390	74252	95,8	96057	124
TOT.	5874	3818	223391	288,2	335201	432,5

Commento

I dati riportati si riferiscono all'ultima rilevazione disponibile, al 31/12/2007. Come è possibile osservare l'incentivo previsto dall'Accordo regionale è stato poco utilizzato. Nelle aziende che l'hanno corrisposto, a fronte di un fabbisogno teorico di 5874 mesi/assistenza (per una assistenza media di 2 mesi per caso) se fossero stati seguiti tutti i malati deceduti per cancro, o di 3818 mesi/assistenza se fosse stato seguito il 65% dei malati deceduti, il risultato reale è stato di 288 (nel 2006) e 432 (nel 2007) mesi/assistenza equivalenti.

Va sottolineato che se l'accordo fosse applicato ovunque produrrebbe una spesa per incentivi di 10 milioni circa di € per un'assistenza media di un mese per tutti i malati che decedono per cancro (8,8 mln per il 65%), e di 20 mln (17,6 per il 65%) per due mesi di assistenza.

PERSONALE IMPEGNATO NELLE CURE PALLIATIVE (escluso hospice)

PERSONALE DIPENDENTE A.ULSS	ORE SETTIMANA (1)	PERSONALE CONVENZIONATO O IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE	ORE SETTIMANA (2)	TOTALE SETTIMANA (1) + (2)	N. EQUIVALENTE OPERATORI
Psicologo	13	Psicologo	310	323	8,5
Infermiere	3.239	Infermiere	420	3.659	101,6
Assistente S.	20	Assistente S.	20	40	1,1
Riabilitatore	3	Riabilitatore	16	19	0,5
Medico di Distretto	234	Medico di Distretto	0	234	6,1
Medico Palliativista	429	Medico Palliativista	507	936	24,6
O.S.S.	535	O.S.S.	362	897	24,9
Educatore	0	Educatore	0	0	0
Altri	253	Altri	296	549	15,2

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	PERSONALE DIPENDENTE Note fornite dalle Aziende ULSS	PERSONALE CONVENZIONATO Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2		Per altri si specifica personale volontario
Ulss 5	Apporto dello psicologo e del medico palliativista non rilevabile	
Ulss 6		Per altri si specifica Medici per reperibilità
Ulss 8	Per psicologo solo consulenze estemporanee da parte del consultorio familiare	
Ulss 12		Per altri si specifica psiconcologa. Presenza anche di personale volontario.
Ulss 17	Per altri si specifica Terapista del dolore. I medici fanno parte dell'UOS Dip.le di terapia antalgica e cure palliative	
Ulss 19	Si specifica che l'attività dello psicologo è effettuata dal 1.11.2008 al 31.12.2008	

Confronto

PROFILO PERSONALE	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	VARIAZIONE 2008/2007
Psicologo	271	165	323	+ 95
Infermiere	3.379	2.750	3.659	+ 33
Assistente S.	210	36	40	-
Riabilitatore	34	19	19	-
Medico di Distretto	157	239	234	-
Medico Palliativista	1.050	586	936	+ 60
O.S.S.	467	567	897	+ 58
Educatore	0	0	0	-
Altri	97	361	549	+ 52
TOTALE	5.665	4.723	6.657	+ 41

HOSPICE

In Regione Veneto sono presenti 16 hospice distribuiti su 13 Aziende sanitarie. Gli hospice dispongono di un totale di 144 posti letto autorizzati e 133 attivati.

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

Nell'Ulss 5 l'ospedale di comunità svolge parzialmente le funzioni dell'hospice. L'Ulss 14 fa riferimento all'hospice di Padova.

Gestione dell'hospice

- solo da ente pubblico 4 aziende
- misto pubblico – privato 10 aziende
- solo da privati in appalto 0 aziende
- altro 2 aziende

In particolare:

Aziende sanitarie	Misto pubblico – privato	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 3	Convenzione con il privato per la sola parte alberghiera	

Aziende sanitarie	Altro	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 9	Non specifica	
Ulss 10	Convenzione tra l'IPAB e l'Ulss	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
solo da ente pubblico		X				X								X		X					
misto pubblico/privato	X		X	X							X x				X x		X			X x	
solo da privati in appalto																					
altro									X	X											

Direzione medica

- direzione del distretto di riferimento 7 aziende
- medico di medicina generale 1 azienda
- direzione sanitaria aziendale 1 azienda
- direzione sanitaria ospedaliera 2 aziende
- reparto ospedaliero 4 aziende
- clinica universitaria 0 aziende
- altro 2 aziende

In particolare:

Aziende sanitarie	Altro	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2	Medici di cure palliative	
Ulss 16	Palliativista dipendente	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
direzione del distretto di riferimento	X		X	X						X	X								X	x		
medico di medicina generale															X							
direzione sanitaria aziendale																X						
direzione sanitaria ospedaliera								X		X												
reparto ospedaliero				X		X								X		X						
clinica universitaria																						
altro		X													X							

Personale impiegato

PERSONALE DIPENDENTE A.ULSS	ORE SETTIMANA (1)	PERSONALE CONVENZIONATO O LIBERO PROFESSIONISTA	ORE SETTIMANA (2)	TOTALE SETTIMANA	N. OPERATORI EQUIVALENTI
Psicologo	2	Psicologo	181	183	4,8
Infermiere	847	Infermiere	2.436	3.283	91,2
Assistente S.	26	Assistente S.	184	210	5,8
Riabilitatore	8	Riabilitatore	49	57	1,6
Medico di Distretto	29	Medico di Distretto		29	0,7
Medico Palliativista	217	Medico Palliativista	166	383	10
O.S.S.	877	O.S.S.	1.948	2.826	78
Educatore	18	Educatore	58	76	2,1
MMG	200	MMG	127	327	8,6
Volontariato		Volontariato	358	358	9,4

In particolare

Aziende sanitarie	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2	L'Ulss 2 dichiara che l'assistente sociale ed il riabilitatore dipendenti sono coinvolti secondo le necessità così come il personale volontario.
Ulss 4	La presenza "al bisogno" è evidenziata anche nell'Ulss 4 per lo psicologo e l'assistente sociale dipendente e per l'assistente sociale che opera in regime di convenzione. Sempre nell'Ulss Altovicentino al mattino accede regolarmente il medico palliativista, medico ospedaliero dell'UO Medicina, ogni pomeriggio un MMG (sempre lo stesso) all'uopo incaricato ed, infine, nei giorni prefestivi e festivi un medico della continuità assistenziale (di turno).

Attività

AZIENDE SANITARIE	NUMERO DEI MALATI RICOVERATI	NUMERO DEI GIORNI DI RICOVERO EROGATI	TEMPO MEDIO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO	INDICE DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO %	DISTRIBUZIONE DEI GIORNI DI RICOVERO			TOTALE RICOVERI
					1-7	8-30	>30	
Ulss 1	109	2.354	21,6	81,00	34	48	27	109
Ulss 2	98	1.456	14,6	99,00	46	56	6	108
Ulss 3	88	2.680	30,45	91,78	18	46	29	93
Ulss 4	29	840	28,9	23,01	6	23	3	32
Ulss 6	70	1.110	15,9	94,80	29	32	9	70
Ulss 9	204	3.999	19,41	91,05	71	95	40	206
Ulss 10	57	1.738	30,5	93,99	16	21	20	57
Ulss 12	111	5.567	51,76	95,00	12	28	71	111
Ulss 15	55	1.391	24,7	63,50	15	23	17	55
Ulss 16	176	3.508	19,90	80,00				
Ulss 16	32	1.650	51,60	65,00				
Ulss 17	90	1.761	24,91	75,53	19	53	21	93
Ulss 18	86	2.721	31,6	93,00	29	47	10	86
Ulss 20	361	6.812	18,86	89,00	136	176	49	361
Totali	1566	37587	24,01	77,42	431	648	302	1381
					31,20%	46,92%	21,86%	100%

Commento

L'attività degli hospice risente del tempo d'esercizio, e quindi dell'esperienza accumulata. L'apertura lungo il 2008 di una parte degli hospice incide sul grado di occupazione dei posti letto, mentre gli hospice di più lontana apertura, in generale, mostrano piena occupazione dei letti.

È importante rilevare la distribuzione percentuale delle durate dei ricoveri, alla luce del DMS 43/2007: dobbiamo registrare che c'è una maggior quota di ricoveri brevi (tra quelli documentati), rispetto a quelli maggiormente attesi della fascia intermedia. L'ipotesi più

plausibile, in presenza di una bassa quota di dimissione, è che l'hospice sia spesso usato come luogo in cui far decedere i malati assistiti.

Questo conferma una certa difficoltà a mantenere le persone al proprio domicilio negli ultimi giorni di vita. Interessante potrebbe essere documentare quanti malati passano direttamente dall'ospedale all'hospice e quanto tempo vi soggiornano, nonché quanti tra loro vi decedono. È infatti importante comprendere quale rappresentazione e quale grado di affidabilità mostri l'offerta di cure palliative e quale livello e per quanto tempo venga mantenuto nei servizi ospedalieri il trattamento oncologico, prima di affidare i malati ai servizi di cure palliative.

NUCLEI DI CURE PALLIATIVE

Sono stati costituiti i Nuclei di Cure Palliative (NCP)?

✓ SI 16 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 5	Attualmente è in fase di riorganizzazione il servizio
Ulss 22	Fino a luglio 2008 e non deliberati

✓ NO 5 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 18	Il NCP sarà attivato entro il mese di giugno 2009
Ulss 20	L'attività è inserita nell'ADIMED

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	16	19	21	22
Si	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Sono presenti 22 NCP.

	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	13	16	19	21	22
Numero	1	1	1	2	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	3

Il NCP svolge compiti di:

pianificazione assistenziale	15 aziende
valutazione d'esito delle cure	15 aziende
gestione delle cure domicil. specifiche	15 aziende
gestione dell'hospice	4 aziende
rapporti con altre strutture	15 aziende
rapporti con il MMG	15 aziende
sostegno psicologico al malato	12 aziende
sostegno psicologico alla famiglia	11 aziende
sostegno del volontariato specifico	6 aziende
altro	3 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	ALTRO	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 1	In relazione ad accoglienza/dimissione dall'hospice (criteri di compatibilità)	
Ulss 3	Attività di formazione e sensibilizzazione	
Ulss19	Tutta l'equipe antalgica e le assistenti sociali sostengono psicologicamente i pazienti e i familiari nel loro percorso di sofferenza	

	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	13	16	19	21	22
pianificazione assistenziale	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
valutazione d'esito delle cure	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
gestione delle cure domicil. specifiche	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
gestione dell'hospice		x			X					x		x			
rapporti con altre strutture	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
rapporti con il MMG	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
sostegno psicologico al malato		x	x		X	x	x		x	x	x	x		x	x
sostegno psicologico alla famiglia		x	x		X	x	x		x	x	x	x	x		x
sostegno del volontario specifico		x	x		X	x				x		x	x		
altro	x		x										x		

Commento

Il quadro complessivo depone per una tendenza alla costituzione di équipes pluriprofessionali che si occupano complessivamente del sistema d'offerta e dei problemi del malato. Ugualmente, si registrano comportamenti organizzativi e disponibilità di risorse diffusi tra le varie Aziende. Inoltre, alcune Aziende indicano come NCP équipes di gestione di porzioni del sistema di cure, comportando probabilmente soluzioni di continuo nella strategia di cura nei passaggi tra i vari livelli assistenziali.

Va rilevato che le Aziende che hanno strutturato maggiormente le équipes come veri NCP, senza scissioni tra il livello valutativo delle condizioni del malato e quello gestionale delle cure, con un orientamento a sostenere processi consenziali in tutto il sistema d'offerta, hanno prodotto i migliori risultati assistenziali.

E' prevista una riunione d'équipe periodica?

SI 14 aziende
NO 1 azienda

Con quale cadenza?

settimanale 8 aziende
quindicinale 2 aziende
mensile 2 aziende
altro 4 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	ALTRO	Note fornite dalle Aziende ULSS
Uss 4	Trimestrale	
Uss 6	UVMD quotidiane	
Uss 10	Prevista nel programma di prossima autorizzazione	
Uls 19	Trimestrale	

Con quali compiti?

Pianificazione assistenziale 14 aziende
Organizzazione del servizio 13 aziende
Verifica d'esito 15 aziende
Sostegno operatori 8 aziende
Altro 2 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	ALTRO	Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 4	Non specificato	
Ulss 19	Chiarimenti e formazione in situazioni specifiche e su richiesta del personale	

		1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	13	16	19	21	22
riunione d'equipé	Si	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
	No									x						
Cadenza	settimanale	x	x			x	x	x	x		x					x
	quindicinale											x	x			
	mensile			x											x	
	altro				x		x			x				x		
Compiti	pianificazione assistenziale	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	verifica d'esito	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	organizzazione del servizio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	sostegno operatori	x	x				x	x		x		x	x	x		
	altro				x									x		

Commento

La riunione d'équipe è uno strumento essenziale per la personalizzazione della programmazione e valutazione assistenziali. Il suo ritmo dovrebbe essere compatibile con l'evoluitività della storia clinica del malato. Pertanto, risulta dubbia un'eccessiva rarefazione degli appuntamenti (per esempio una frequenza trimestrale della riunione d'équipe), tanto più se accompagnata dalla assenza di compiti di pianificazione e verifica, o tempi intercorrenti spesso maggiori della durata delle stesse assistenze; per converso vengono definite come riunioni d'équipe occasioni con altro destino (come le UVMD giornaliere).

È probabile che la frequenza e i compiti delle singole riunioni d'équipe risentano delle risorse disponibili a fronte della domanda di assistenza. Ugualmente, il tempo speso per "pensare" le cure offre maggiori probabilità di "centratura" dell'assistenza, con ricadute sul piano dell'efficacia e dell'efficienza del servizio.

E' prevista una supervisione del personale?

SI 11 aziende
NO 4 aziende

Se si, è effettuata con personale:

✓ Interno al servizio 7 aziende

ULSS	FIGURA PROFESSIONALE Note fornite dalle Aziende ULSS
Ulss 2	Psicologa
Ulss 3	Non specificato
Ulss 7	Coordinatore NCP, Psicologo
Ulss 8	Psicologo
Ulss 10	Resp. clinico NCP
Ulss 19	Medico esperto in CP
Ulss 20	Non specificato

✓ Esterno al servizio 4 aziende

ULSS	FIGURA PROFESSIONALE Note fornite dalle Aziende ULSS	Note
Ulss 6	Psicologo	
Ulss 12	Responsabile aziendale CP	
Ulss 16	Psicologo	
Ulss 22	Non specificato	

Con quale cadenza?

settimanale 1 azienda
quindicinale 2 aziende
mensile 5 aziende
altro 3 aziende

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	ALTRO Note fornite dalle Aziende ULSS
Uss 2	Al bisogno
Uss 16	Non specifica
Uss 19	Su richiesta di singoli operatori o dell'equipe

Per quali finalità?

Discussione casi 9 aziende
Organizzazione del servizio 7 aziende
Sostegno operatori 7 aziende
Approfondimento etico 6 aziende
Altro 1 azienda

In particolare:

AZIENDE SANITARIE	ALTRO Note fornite dalle Aziende ULSS
Uss 19	Dimissioni protette

		1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	13	16	19	21	22
Supervisione del personale	si		x	x		x	x	x		x	x		x	x	x	x
	no	x			x				x			x				
Personale di supervisione	interno al servizio		x	x			x	x		x				x	x	
	esterno al servizio					x					x		x			x
Cadenza	settimanale						x									
	quindicinale									x						x
	mensile			x		x		x			x				x	
	altro		x										x	x		
Finalità	discussione casi		x	x			x	x		x			x	x	x	x
	organizzazione del servizio			x			x	x		x	x			x	x	
	sostegno operatori		x	x			x	x		x			x	x		
	approfondimento etico			x			x	x		x				x		x
	altro													x		

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.

CONCLUSIONI

I dati suggeriscono che:

- *la qualità dei dati prodotti dalle Aziende registra un miglioramento, testimoniato dalla maggior coerenza interna tra tutti i dati forniti e dalla loro plausibilità rispetto agli assetti organizzativi e alle risorse disponibili nei vari servizi. Ugualmente, è probabile che, nonostante lo sforzo definitorio, ancora non ci sia piena convergenza interpretativa nelle aziende delle varie voci. L'entrata in vigore della DGR 1608/09 dovrebbe condurre a un'uniformità di raccolta dei dati e quindi a gradi maggiori di confrontabilità;*
- *l'approccio palliativo si sta estendendo oltre i confini tradizionali dell'assistenza oncologica, sebbene sia necessario definire maggiormente il sistema dei criteri di inclusione dei malati non oncologici nelle cure palliative;*
- *parallelamente, la percentuale di malati oncologici deceduti e assistiti nel corso del 2008, sul totale dei malati deceduti, è rimasta sostanzialmente identica a quella del 2007. È probabile che questo sia frutto di due fenomeni convergenti: da un lato un maggior rigore nell'inclusione al numeratore dei malati con caratteristiche di assistenza palliativa (sebbene il grado d'intensità e di competenza palliativa siano ancora molto difforni tra le Aziende), dall'altro un certo grado di "saturazione" delle capacità d'offerta dei servizi attualmente disponibili. Questo avviene nonostante si registri un aumento del personale dedicato alle cure palliative (v. commento più sopra). In tale contesto, i NCP (o le équipes) dovrebbero maggiormente, in condizioni di carenza di personale, riflettere sulla propria offerta, privilegiando prestazioni e attività che abbiano un miglior rapporto tra costo e efficacia in termini di salute, nonché una maggior accessibilità. Tale logica presuppone più impegno a sostegno dei sistemi di cura naturali, informali e continuativi per il malato, come la famiglia, e una presa in carico più precoce da parte dei servizi. L'ingresso di malati molto compromessi, impedisce di formare il contorno del malato ai compiti che da questo potrebbero essere garantiti, e comporta per i servizi un maggior impegno diretto. A titolo di esempio, si richiamano, come prestazioni rispondenti ai criteri di cui sopra, la terapia del dolore a tutti malati che ne avessero bisogno, come soglia minima di garanzia di cura, come già indicato in DGR 2989/2000, e l'addestramento e la supervisione dell'assistenza fornita dai familiari. Lo spostamento dei malati da percorsi più esplicitamente clinici, verso quelli assistenziali, rimanda ai criteri e ai modi con i quali vengono sospesi i trattamenti delle patologie, soprattutto per quelle neoplastiche, privilegiando momenti, nei passaggi in cura lungo l'inguaribilità, in cui il paziente è ancora in buone condizioni e relativa autonomia per prepararlo, e con lui la sua famiglia, alla fase più avanzata di maggior impegno. Le cure palliative, sebbene debbano poter contare su luoghi e persone a maggior competenza, sono un approccio di sistema, che richiede consapevolezza diffusa sullo sviluppo dell'inguaribilità e del concorso di tutti per il conseguimento di qualità di vita possibile per i malati. Il grado di coerenza nel sistema aziendale dei servizi potrebbe accelerare lo spostamento dell'offerta da quella ospedaliera a quella domiciliare, producendo riduzione dell'inappropriatezza nei ricoveri e maggior soddisfazione nei malati;*

- *con l'avvento della LR 7/09 le risorse disponibili dovrebbero significativamente aumentare, pur se legate ad una soglia minima di disponibilità per poter avviare il servizio, e dovrebbe definirsi meglio il ruolo del NCP come strumento di assistenza diretta e di coerenza tra le parti della rete di cure palliative. La legge semplifica il sistema di relazioni: il malato si riferisce al proprio medico di famiglia e al NCP, i quali si assumono la responsabilità di impegnare le altre parti del sistema d'offerta, riducendo di fatto il rischio di vuoti assistenziali, nonché di sforzi per i familiari nel rintracciare coloro che potrebbero esser d'aiuto per il loro congiunto;*
- *la LR 7/09 ha confermato la DDGR 1608 e 3318/08, strutturando un quadro di riferimento normativo che prepara l'innalzamento della qualità dei servizi. La disponibilità di fondi dedicabili alle cure palliative dovrebbe innescare processi virtuosi di passaggio delle cure prevalentemente dal livello ospedaliero a quello domiciliare e residenziale.*

Nucleo di cure palliative pediatriche

presso il Dipartimento di pediatria dell'A.O. di Padova

CURE PALLIATIVE

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	ALTRI MALATI	TOTALE
In assistenza al 1/1/08	7	16	8	5	36
Nuovi assistiti del 2008	14	20	5	9	48
TOTALE	21	36	13	14	84

Confronto

	MALATI ONCOLOGICI	MALATI NEUROLOGICI	MALATI PATOLOGIA CARDIACA E/O RESPIRATORIA	ALTRI MALATI	TOTALE
2006	10	35	15	14	74
2007	20	25	11	16	72
2008	21	36	13	14	84

CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE

	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
TOTALE	8	3	7		18

- Tempo medio di cura: dato non registrato
- Tempo medio di assistenza: 143 gg
- Tempo medio di ricoveri intercorrenti in ospedale: dato non registrato

Confronto

	CASA	HOSPICE	OSPEDALE	ALTRO	TOTALE
2006	6				6
2007	11		6		17
2008	8	3	7		18

Tipologia assistenziale per i deceduti assistiti con cure palliative

	SOLO ADP	SOLO ADIMED	SOLO HOSPICE	SOLO ADI-H	MISTA (ADP E/O ADIMED E/O ADI-H E/O HOSPICE)¹
TOTALE					18

¹ Va intesa come mista l'assistenza svolta tra l'azienda ULSS ed il Centro regionale di Cure Palliative (preso il Dipartimento di Pediatria).

PERSONALE IMPEGNATO NELLE CURE PALLIATIVE

PERSONALE DIPENDENTE A.ULSS	ORE SETTIMANA (1)	PERSONALE CONVENZIONATO O IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE	ORE SETTIMANA (2)	TOTALE SETTIMANA (1) + (2)
Psicologo		Psicologo volontario	3	3
Infermiere	108	Infermiere		108
Assistente S.		Assistente S.		
Riabilitatore		Riabilitatore		
Medico di Distretto		Medico di Distretto		
Medico Palliativista	36	Medico Palliativista		36
O.S.S.		O.S.S.		
Educatore		Educatore		
Altri		Altri counsellors volontari	12	12
		Osteopata volontario	5	5

HOSPICE

L'hospice pediatrico dispone di 4 posti letto autorizzati e di 4 posti attivati da settembre 2008. L'hospice presenta modalità di ricovero ordinario e diurno.

Gestione dell'hospice

SOLO DA ENTE PUBBLICO	MISTO PUBBLICO/PRIVATO	SOLO DA PRIVATI IN APPALTO	ALTRO
X			

Direzione medica

DIREZIONE DEL DISTRETTO DI RIFERIMENTO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA	REPARTO OSPEDALIERO	CLINICA UNIVERSITARIA	ALTRO
			X			

PERSONALE IMPEGNATO (esclusivamente o prevalentemente in hospice)

PERSONALE DIPENDENTE A.ULSS	ORE SETTIMANA (1)	PERSONALE CONVENZIONATO O IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE	ORE SETTIMANA (2)	TOTALE SETTIMANA (1) + (2)
Psicologo		Psicologo volontario	25	25
Infermiere	168	Infermiere		168
Assistente S.		Assistente S.		
Riabilitatore		Riabilitatore		
Medico di Distretto		Medico di Distretto		
Medico Palliativista	36	Medico Palliativista		36
O.S.S.		O.S.S.		
Educatore		Educatore		
Altri		Altri counsellors volontari		
		Osteopata volontario	10	10

Attività

- n. di malati ricoverati: 42
- n. dei giorni di ricovero erogati: 255
- tempo medio di occupazione del posto letto: 6

NUCLEI DI CURE PALLIATIVE (NCP)

Sono presenti NCP?	SI	X
	No	

Quanti NCP sono presenti?	1
----------------------------------	---

Quali compiti svolge il NCP?	pianificazione assistenziale	X
	valutazione d'esito delle cure	X
	gestione delle cure domiciliari specifiche	X
	gestione dell'hospice	
	rapporti con altre strutture	X
	rapporti con il MMG	X
	sostegno psicologico al malato	X
	sostegno psicologico alla famiglia	X
	sostegno del volontario specifico	X
altro		

E' prevista una riunione d'equipe periodica?	Si	X
	No	

Con quale scadenza?	settimanale	X
	quindicinale	
	mensile	
	altro	

Con quali finalità?	pianificazione assistenziale	X
	verifica d'esito	X
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	X
	altro	

E' prevista una supervisione del personale?	Si	X
	No	

Con quale cadenza?	settimanale	
	quindicinale	
	mensile	X
	altro	

Con quale personale è effettuata?	interno al servizio	
	esterno al servizio	X

Per quali finalità?	discussione casi	X
	organizzazione del servizio	X
	sostegno operatori	X
	approfondimento etico	
	altro	