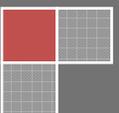
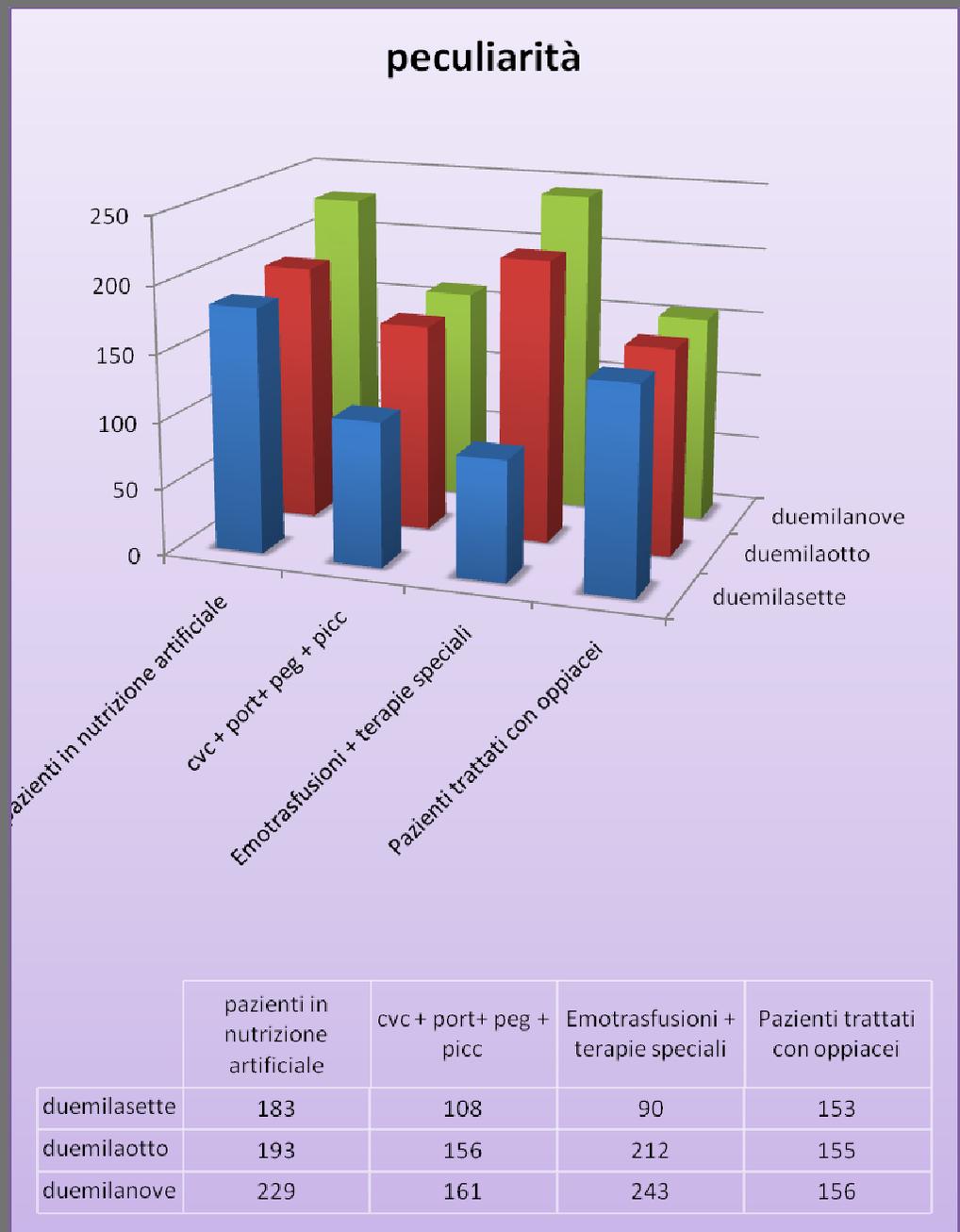


Relazione sull'attività dell'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative – ADI nel 2009



INDICE

INTRODUZIONE	PAG 3
CURE DOMICILIARI COMPLESSE	PAG4
TABELLE E GRAFICI ANNUALI	PAG 8
DATI COMPARATIVI 2008 – 2009.....	PAG 23
ANALISI DATI UCP.....	PAG 33
ANALISI DATI CENTRO DI COORDINAMENTO	PAG 41
TABELLE CENTRO DI COORDINAMENTO.....	PAG 43
CONCLUSIONI.....	PAG 50
ORGANICO.....	PAG 51



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore Generale ASP
Al Direttore Sanitario ASP

Al Nucleo di Valutazione ASP
Al Direttore Sanitario di Presidio ex ASL n. 1
Al Responsabile Centro Controllo Direzionale ASP

Relazione sull'attività dell'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative – ADI dal 1/1/2009 al 31/12/2009

INTRODUZIONE

Il 2009, come si evince dall'analisi dei dati di attività estrapolati dalle tabelle allegate, evidenziando un incremento dei pazienti presi in carico rispetto al 2008, sia in termini d'incidenza (+14,07%) che di soggetti misurabili (+14,61) in virtù di un contestuale incremento di bisogni correlato alla qualità delle prestazioni, ha ulteriormente mostrato quelle già tanto citate, nelle precedenti relazioni, criticità connesse all'adeguamento dell'offerta per i bisogni crescenti. Le prassi e i processi di qualità, peraltro indicati anche nella Carta dei Servizi, sono diventati strumenti finalizzati a rispondere ad una domanda sempre più severa. La qualità di vita, invocata qualche anno fa per i pazienti terminali dai movimenti di opinione e dai mass media, è divenuta oggetto di attenzione dei legislatori nazionali e regionali. Nel **Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007** del Ministero della Salute, la Commissione dei LEA definisce gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo: in tale

decreto si evince come è ormai anche qui la “medicina dell'evidenza” a condizionare le linee guida gestionali per l'assistenza domiciliare di tali ammalati.

La priorità che nel 2006 e nel 2007 era rappresentata dalla ricognizione di risorse adeguate in grado di garantire gli standards summenzionati e che ha messo in cantiere nel 2008 e concretizzato nel secondo semestre 2009 la conversione da Struttura a Semplice a Struttura Complessa di questa Unità di Cure, è oggi rappresentata dalla sua applicazione: diventa fondamentale “completare” l'organigramma previsto per tale Struttura Complessa. Va ancora ribadito che se l'allarme sulla saturazione delle risorse è stato già ampiamente evidenziato nelle relazioni del 2005, del 2006, del 2007 ed enfatizzato nel 2008, è in quest'ultimo anno che si sono rese più evidenti tutte quelle componenti organizzative che stressano maggiormente il sistema. In attesa di applicare sul campo i parametri misurabili in cure palliative domiciliari, indicati dalle raccomandazioni ministeriali, attualmente è opportuno mettere in evidenza quelle performances che hanno un valore intrinseco stimabile per costi analitici, sommati al valore aggiunto del miglioramento della qualità di vita; a ciò si ribadisce la disamina di tutte quelle procedure ospedaliere eseguite a domicilio che, in quanto nosocomiali, hanno una tariffazione codificata dai DRGs e, come tali rappresentano un elemento decisivo in senso virtuoso, di tale viraggio verso le *Cure Domiciliari Complesse*.

CURE DOMICILIARI COMPLESSE

Già dal triennio 2006 – 2007 – 2008 la gestione domiciliare della terapia del dolore, della nutrizione artificiale, delle emotrasfusioni e di particolari terapie accessorie viene messa in atto con protocolli standardizzati a garanzia di processi di qualità sovrapponibili a quelli ospedalieri. L'arruolamento dei pazienti è sempre più appropriato ed è basato su criteri oggettivi indicati nel piano sanitario regionale e concordati con il Centro di Coordinamento aziendale.

La necessità di rispondere a una domanda sempre più articolata rende difficile anche la continua e spesso infruttuosa ricerca di misuratori che rendano i dati registrati confrontabili a quelli di strutture omogenee regionali e nazionali, con utilizzo di risorse scarsamente misurabili per congruità.

Il 2009 è stato contrassegnato, come del resto il precedente, dalla cosiddetta “*implementazione della complessità assistenziale domiciliare*” che si è avvalsa dell'utilizzo di tecnologia e strumentazione esportate dall'ospedale a casa del paziente.

Si è consolidato quanto iniziato nel precedente triennio con:

- ✚ Un ulteriore incremento di accessi domiciliari di medici, pianificati e codificati;
- ✚ l'elaborazione e la esecuzione di piani di nutrizione artificiale personalizzati e monitorizzati*, **;
- ✚ la messa a punto di piani di terapia del dolore con titolazione dei farmaci e relativa gestione degli effetti collaterali *,**;
- ✚ la standardizzazione e l'esecuzione a domicilio di emotrasfusioni e di terapie mediche speciali **;
- ✚ una consolidata penetrazione in aree geograficamente “scomode”;
- ✚ una migliorata comunicazione con i MMG e con gli specialisti delle strutture di eccellenza con i quali è pressoché costante il rapporto di collaborazione;
- ✚ la ricerca di una misurazione della attività con parametri universalmente codificati;
- ✚ la pianificazione e l'applicazione di un protocollo di gestione delle piaghe da decubito condiviso e realizzato a domicilio.

* per tali processi sono state individuate due specificità riguardanti la nutrizione artificiale e gli accessi vascolari, le cui revisioni sono state indicate come **standard di prodotto**: per tutti i

processi l'Azienda ha riconosciuto (con relativo atto deliberativo) il raggiungimento dell'obiettivo.

** per tali processi sono stati individuate 3 specifiche criticità (1 in nutrizione artificiale, 1 in terapia del dolore, 1 nelle emotrasfusioni) le cui variazioni sono state indicate oggetto di Audit clinico ancora in fase di valutazione aziendale.

Dal 1° Agosto 2009 la Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative è divenuta Struttura Complessa a cui è stato accorpato il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative con annesse attività e risorse umane, e con gli obiettivi di budget e standard di prodotto specifici che sono stati regolarmente raggiunti.

L'analisi dei dati di attività pone in rilievo, come ogni anno, nuove criticità connesse all'adeguamento dell'offerta sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo; come già affermato in fase introduttiva, è iniziato un processo nuovo in cui le prassi e i processi di qualità sono diventati strumenti finalizzati a rispondere a una domanda sempre più esigente. La qualità di vita è divenuta una priorità da gestire mediante la "medicina dell'evidenza"; negli ultimi sei mesi del 2009 la saturazione progressiva delle risorse indicate dal budget ha posto in rilievo criticità connesse alla necessità di mantenere e implementare standard qualitativi in risposta a bisogni crescenti sia quantitativi che qualitativi. In altre parole è oggi assolutamente necessario reclutare nuove risorse umane, strutturali ed economiche per evitare almeno di non far scemare il livello qualitativo raggiunto.

L'attuale assetto organizzativo prevede infatti, il Centro di Coordinamento e la Unità di Cure Palliative come elementi centrali sia di governo clinico che di controllo, ed un partner privato erogatore delle prestazioni sanitarie. L'efficienza di tale sistema è garantita dall'utilizzo di risorse umane certe (fornite soprattutto dal privato) e da un unico hub gestionale, logistico, clinico e di controllo che è assolutamente pubblico. Tale organizzazione ha come peculiarità la parziale esternalizzazione del Servizio con personale messo a disposizione da Terzi e regolato da un capitolato

d'appalto alla cui formazione e know how contribuisce l'indirizzo della parte pubblica che, come già ribadito, gestisce i pazienti in carico come una "unità divisionale disseminata su tutto il Territorio". **"Il punto di forza e di debolezza insieme" di tale sistema sta nel peso specifico che la parte pubblica riesce ad esprimere: quanto più è rappresentata qualitativamente e quantitativamente, tanto più l'impianto voluto diventa compiuto, in quanto la gestione e il governo clinico vengono delegati solo per l'aspetto esecutivo, mentre in caso di carenza "Pubblica" entrerebbe in gioco una "supplenza" del Privato che non darebbe tutte le garanzie di liceità, di appropriatezza e di qualità.**

A tal riguardo, se nelle precedenti relazioni è stato sussurrato un segnale di allarme, in tale contesto si segnala in maniera veemente che le risorse del pubblico atte a garantire il mantenimento degli standards di qualità sono esigue. In particolare si segnala che si stanno affermando (come si evince dalle tabelle) procedure composite che, per la loro peculiarità, necessitano in fase attuativa, di personale altamente specializzato, formato e fidelizzato, il quale non può essere che di appartenenza aziendale. **Come già affermato della Relazione 2008 si preannunciano fondamentali figure chiave, soprattutto mediche e infermieristiche che saranno indispensabili alla realizzazione, al coordinamento e al consolidamento di processi complessi: i futuri medici o infermieri impiantisti e manutentori di accessi vascolari a domicilio, i nutrizionisti, gli esperti in ulcere cutanee da pressione, gli stessi terapeuti del dolore dovranno essere espressione diretta dell'Unità di Cure Palliative proprio per la peculiarità e la delicatezza del ruolo che andranno a rivestire.**

DATI ANNUALIUCP (TABELLE E GRAFICI)

pazienti arruolati 2009	
totale nuovi immessi 2009	308
TOTALE pazienti valutati (deceduti + dimessi non deceduti tra il 01/01/2009 e il 31/12/2009)	306
deceduti	197
dimessi non deceduti	109
media giorni presa in carico	63,19
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	19336
impianti domiciliari picc - midline	131
Gestione cvc+port + peg + picc + midline	161
emotrasfusioni + terapie speciali	243
emotrasfusioni + terapie speciali (numero pazienti)	40 (35 + 5)
consulenze esterne domiciliari	182
consulenze interne intraospedaliere	57
prestazioni ambulatoriali	110

Tab.1

TOTALE DECEDUTI + DIMESSI NON DECEDUTI 2009	306
pazienti in nutrizione artificiale	229
pazienti in nutrizione parenterale	118
pazienti in nutrizione artificiale (%)	75%
numero sacche consumate per nutrizione parenterale	4208
media giorni nutrizione parenterale per paziente	35,66
media pazienti correnti in nutrizione parenterale	11,52
Pazienti trattati con oppiacei	156
Pazienti trattati con oppiacei (%)	51,0%
consumo totale oppiacei (numero pezzi)	12140
consumo oppiacei (fiale)	4030 pz
consumo oppiacei (transdermici)	2111 pz
consumo totale oppiacei (orali)	5999 pz

Tab.2

	NC	deceduti	totale	non oncologici	oncologici
totale pazienti 2009 (deceduti + dimessi non deceduti)	109	197	306	127	179
totale giorni presa in carico	7909	11427	19336	5843	13493
media giorni presa in carico	72,55	58,00	63,19	46,00	75,38
Giornate effettive di cura (Gec) accessi medici + infermieri + psicologi (max1 accesso/die)	5854	10581	16435	6821	9614
Accessi medici	600	1211	1811	535	1276
accessi medici/paziente	5,51	6,12	5,91	4,21	7,12
Accessioperatori/giorni di presa in carico (CIA)	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
totale accessi psicologi			1224		
accessi psicologi/paziente (totale)			4,0		
accessi psicologi/giorni di presa in carico*100 (totale)			6,3		
totale accessi infermieristici	5445	10990	16435	4855	11580
accessi infermieristici/paziente	49,8	55,7	53,7	38,2	64,6
accessi infermieristici/giorni di presa in carico*100	85%	85%	85%	85%	85%
Pazienti trattati con oppiacei	45	111	156	24	132
Pazienti trattati con oppioidi maggiori	29	96	125	14	111
Pazienti trattati con oppioidi minori	37	74	111	19	92
Pazienti trattati con oppiacei (%)	41%	56%	51%	19%	74%
Pazienti trattati con oppioidi maggiori (%)	27%	49%	41%	11%	62%
Pazienti trattati con oppioidi minori (%)	34%	38%	36%	15%	51%
pazienti in nutrizione artificiale	81	148	229	93	136
pazienti in nutrizione parenterale	19	99	118	42	76
pazienti in nutrizione enterale	74	81	155	64	91
pazienti in nutrizione artificiale (%)	74%	75%	75%	73%	76%
pazienti in nutrizione parenterale (%)	17%	50%	39%	33%	42%
pazienti in nutrizione enterale (%)	68%	41%	51%	50%	51%

Tab.3

	COMUNE	CASI	ABITANTI	CASI/ABITANTI*100(9 mesi)
1	Atella	8	3721	0,215
2	Venosa	48	12189	0,394
3	Melfi	67	16183	0,414
4	Rionero	44	13423	0,328
5	Rapolla	11	4654	0,236
6	Genzano	23	6012	0,383
7	Barile	11	3229	0,341
8	Banzi	8	1513	0,529
9	Lavello	26	13067	0,199
10	Palazzo	14	5188	0,270
11	Ginestra	4	718	0,557
12	Pescopagano	2	2145	0,093
13	San Fele	8	3751	0,213
14	Ruvo del Monte	3	1260	0,238
15	Rapone	5	1203	0,416
16	Ripacandida	6	1767	0,340
17	Montemilone	5	1969	0,254
18	Maschito	5	1863	0,268
19	Forenza	8	2544	0,314
	Totale 2009	306	96399	0,317

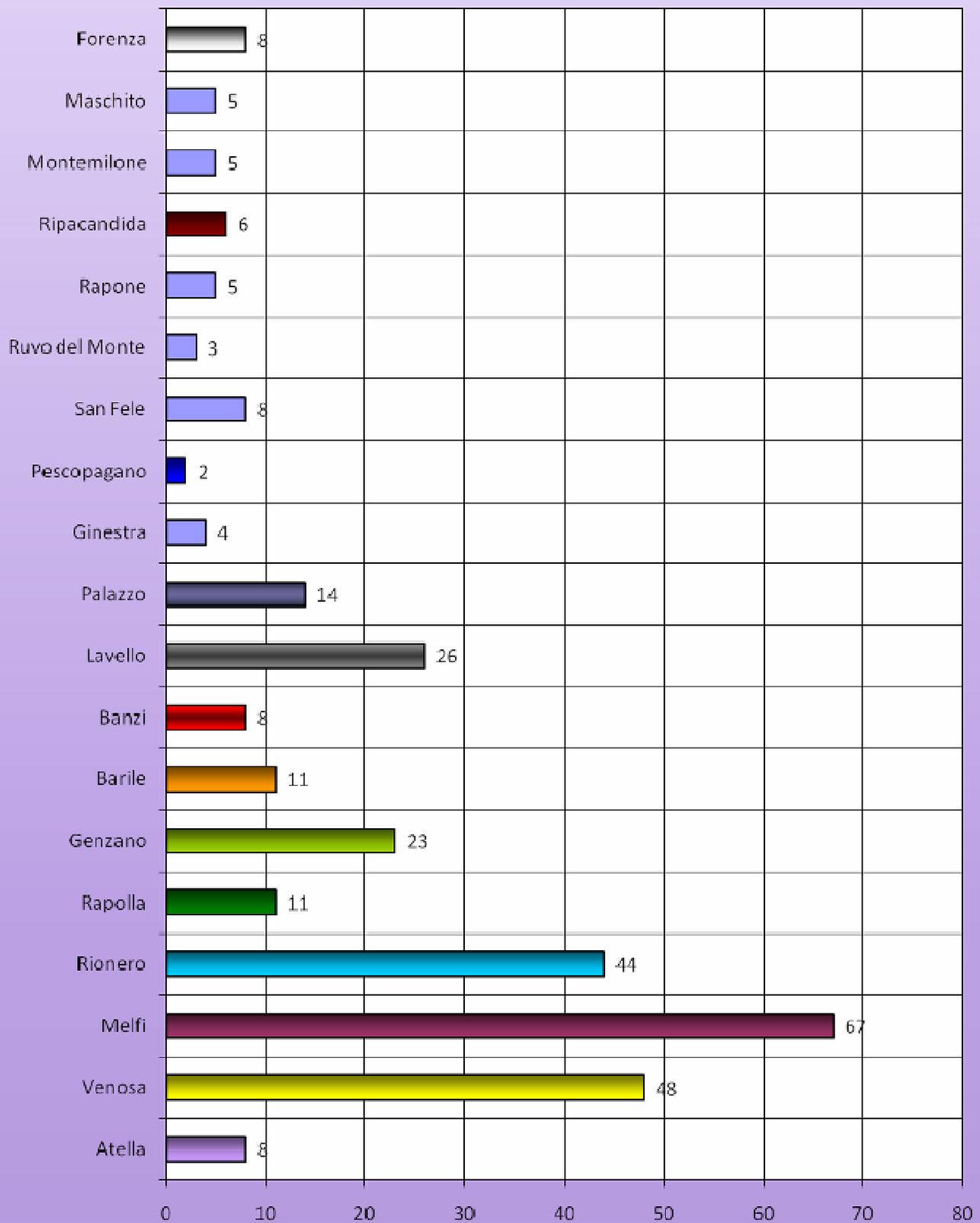
Tab.4

COMUNE	CASI	ABITANTI	CASI/ABITANTI*100
Venosa	48	12189	0,394
Melfi	67	16183	0,414
Rionero	44	13423	0,328
Lavello	26	13067	0,199
TOTALE	185	54862	0,337
anno 2009			
Atella	8	3721	0,215
Rapolla	11	4654	0,236
Genzano	23	6012	0,383
Barile	11	3229	0,341
Banzi	8	1513	0,529
Palazzo	14	5188	0,270
Ginestra	4	718	0,557
Pescopagano	2	2145	0,093
San Fele	8	3751	0,213
Ruvo del Monte	3	1260	0,238
Rapone	5	1203	0,416
Ripacandida	6	1767	0,340
Montemilone	5	1969	0,254
Maschito	5	1863	0,268
Forenza	8	2544	0,314
TOTALE	121	41537	0,291

Tab.5

COMUNE	CASI	ABITANTI	CASI/ABITANTI*100	
Atella	8	3721	0,215	Distretto melfi
Melfi	66	16183	0,408	
Rionero	44	13423	0,328	
Rapolla	11	4654	0,236	
Barile	11	3229	0,341	
Pescopagano	2	2145	0,093	
San Fele	8	3751	0,213	
Ruvo del Monte	3	1260	0,238	
Rapone	5	1203	0,416	
Ripacandida	6	1767	0,340	
TOTALE	164	52054	0,340	
2009				
Venosa	48	12189	0,394	distretto venosa
Genzano	23	6012	0,383	
Banzi	8	1513	0,529	
Lavello	26	13067	0,199	
Palazzo	14	5188	0,270	
Ginestra	4	718	0,557	
Montemilone	5	1969	0,254	
Maschito	5	1863	0,268	
Forenza	8	2544	0,314	
TOTALE	141	4063	0,313	
Tab6				

grafico 1 - pazienti critici per Comune 2009



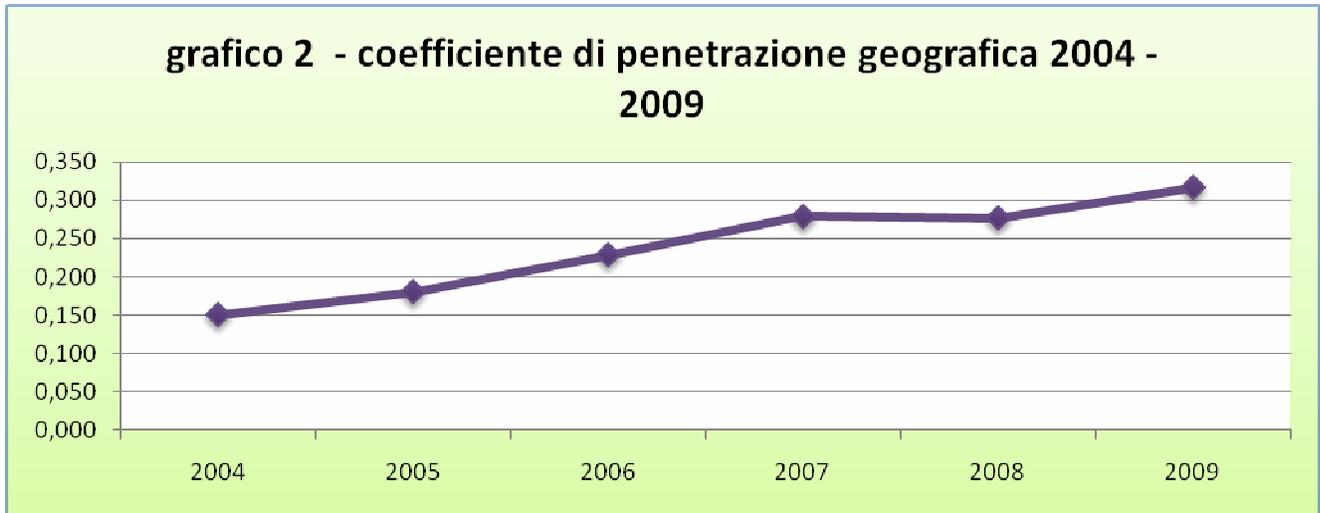


grafico 1



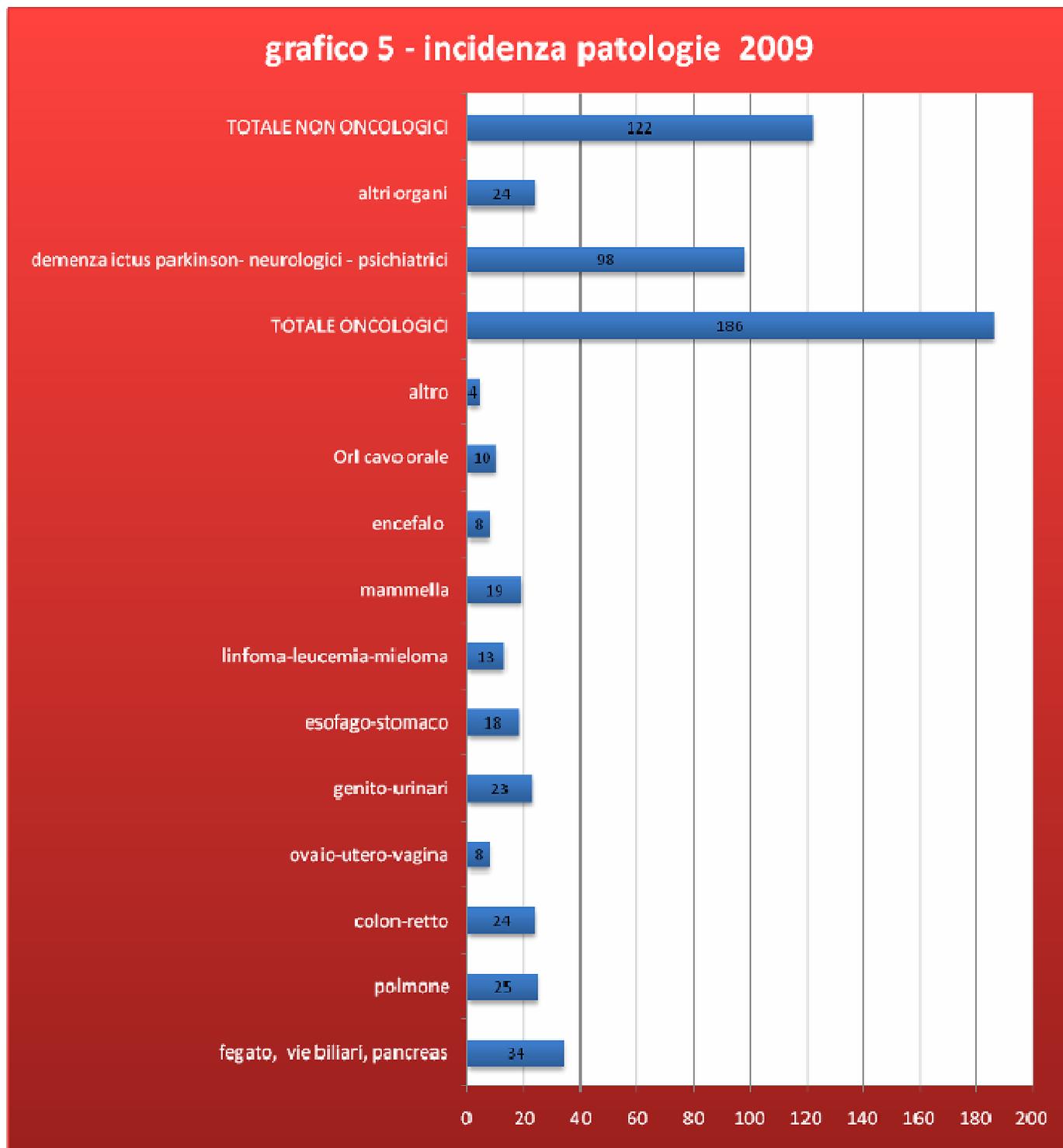
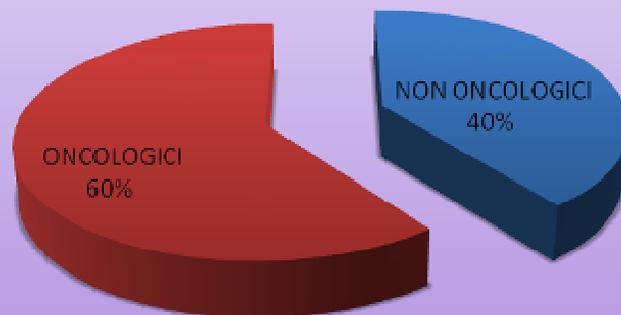
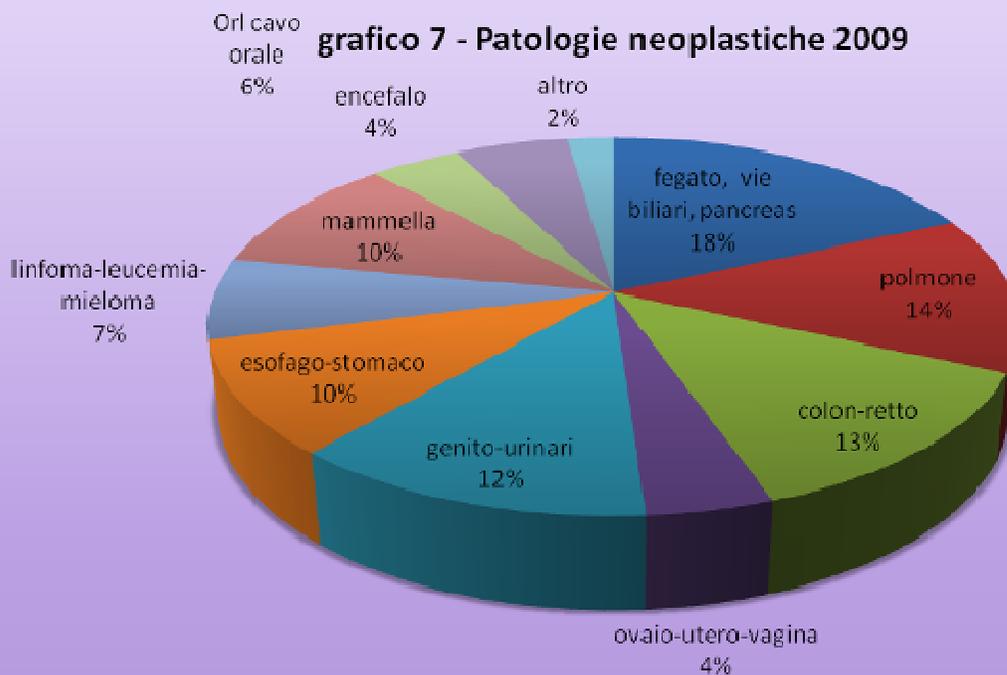


grafico 6 - rapporto oncologici/non oncologici 2009



oncologici	186
non oncologici	122

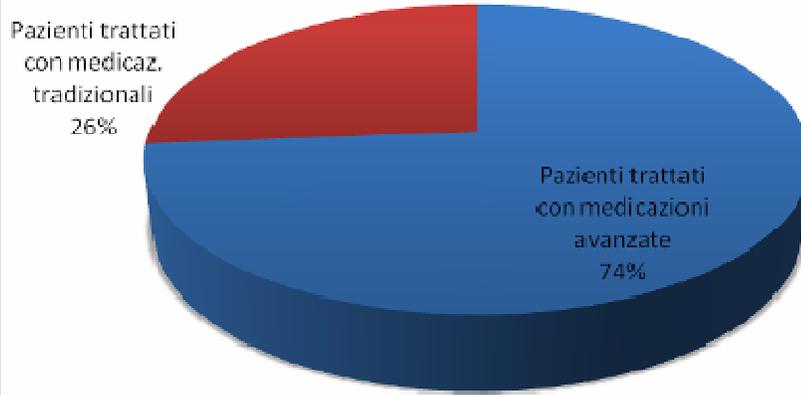
grafico 7 - Patologie neoplastiche 2009



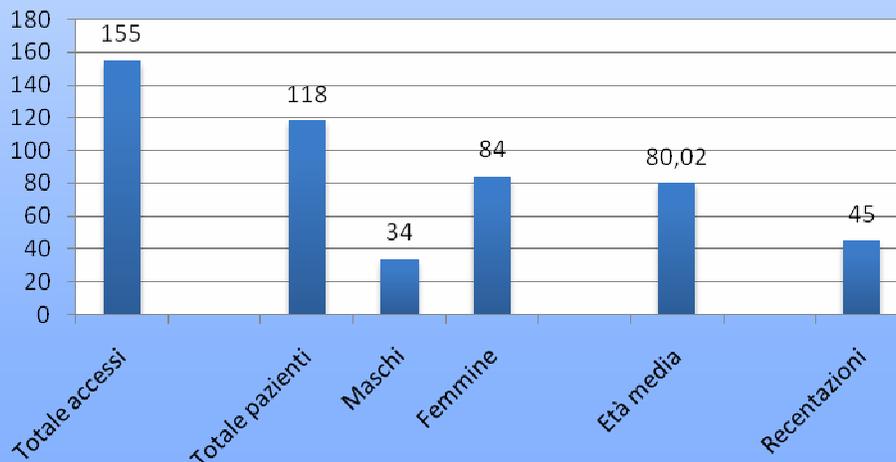
PAZIENTI TRATTATI PER PIAGHE DA DECUBITO - ULCERE VENOSE E ARTERIOSE - PIEDE DIABETICO- ANNO 2009				
			Comune	N. pazienti
	Totale accessi	155	AELLA	4
			GENZANO DI LUCANIA	3
	Totale pazienti	118	LAVELLO	5
	Maschi	34	FORENZA	1
	Femmine	84	GINESTRA	2
			MELFI	31
	Età media	80,02	MELFI (Foggiano)	1
			MASCHITO	4
	Recentazioni	45	PASCOPAGANO	3
			PALAZZO S.GERVASIO	7
Pazienti trattati con	medicazioni avanzate	87	RAPOLLA	5
	medicaz. tradizionali	31	VENOSA	11
			RIONERO IN VULTURE	27
			RIPACANDIDA	3
Pazienti	oncologici	9	RUVO DEL MONTE	2
	non oncologici	109	SAN FELE	7
			RAPONE	2
			TOTALE	118
	onc. Med avanzate	2		
	Non onc. med avanzate	85		
	piaghe decubito	64		
	piede diabetico	4		
	ulcere venose/arteriose	26		
	altro	24		

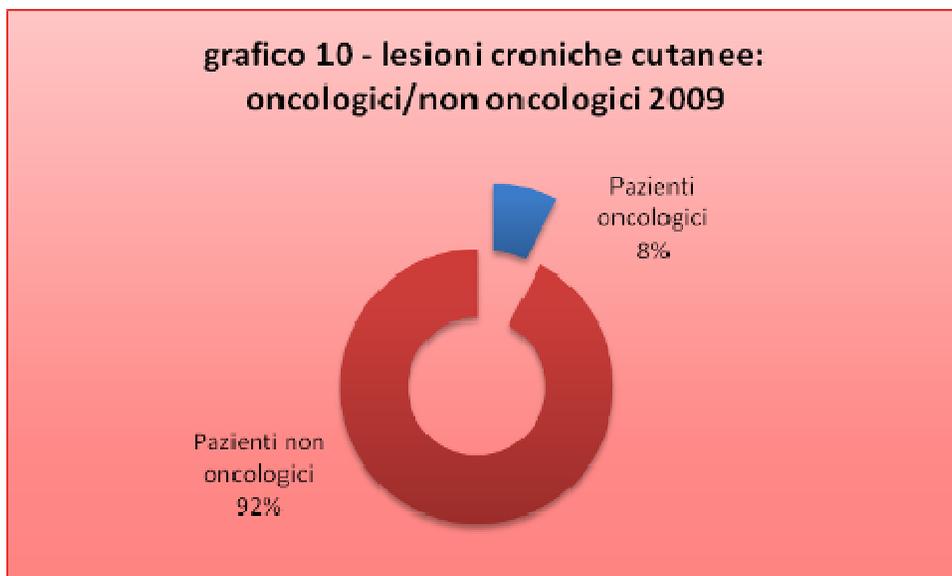
Tab.7

**grafico 8 - uso medicazioni avanzate
2009**



**grafico 9 - lesioni croniche cutanee
2009**





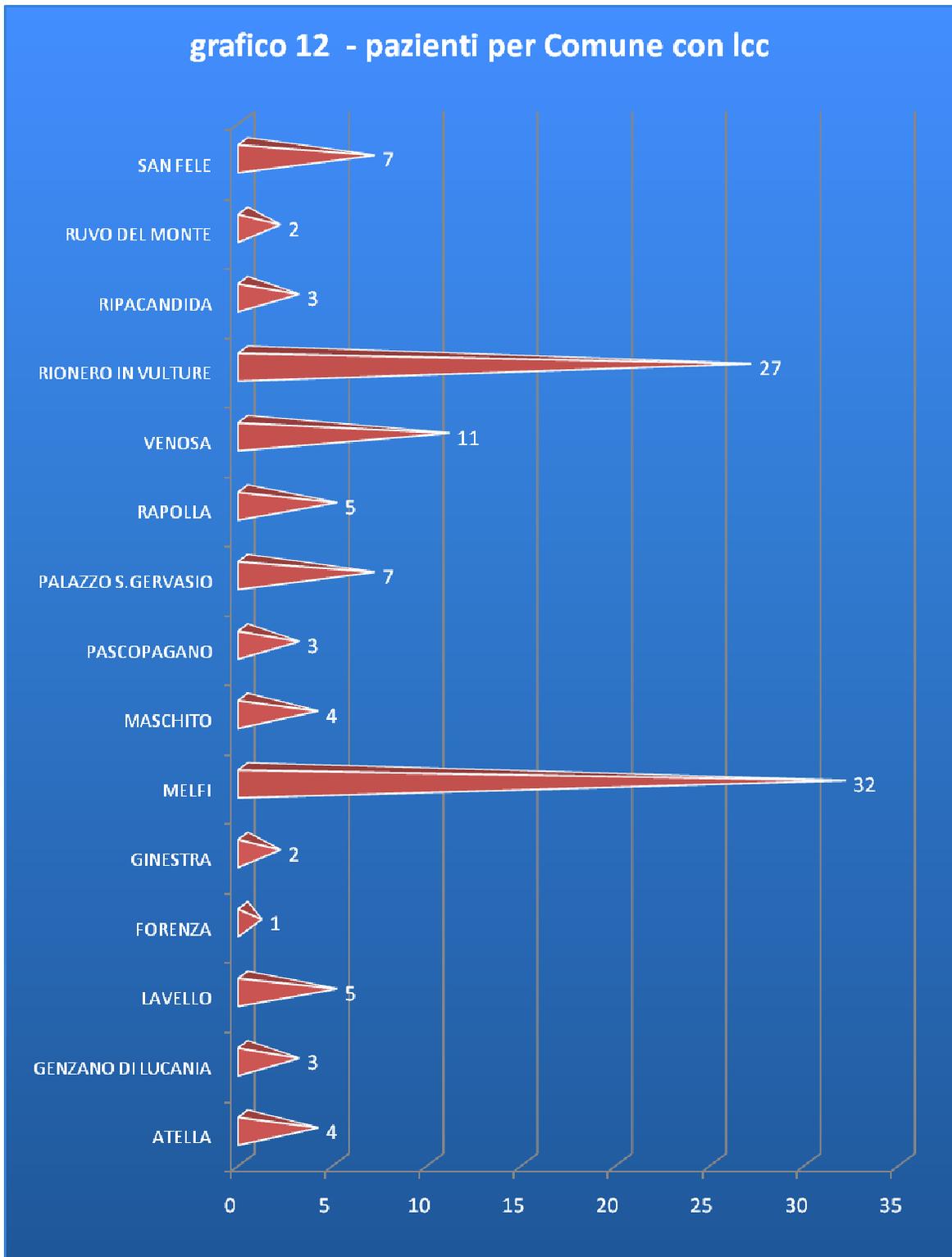
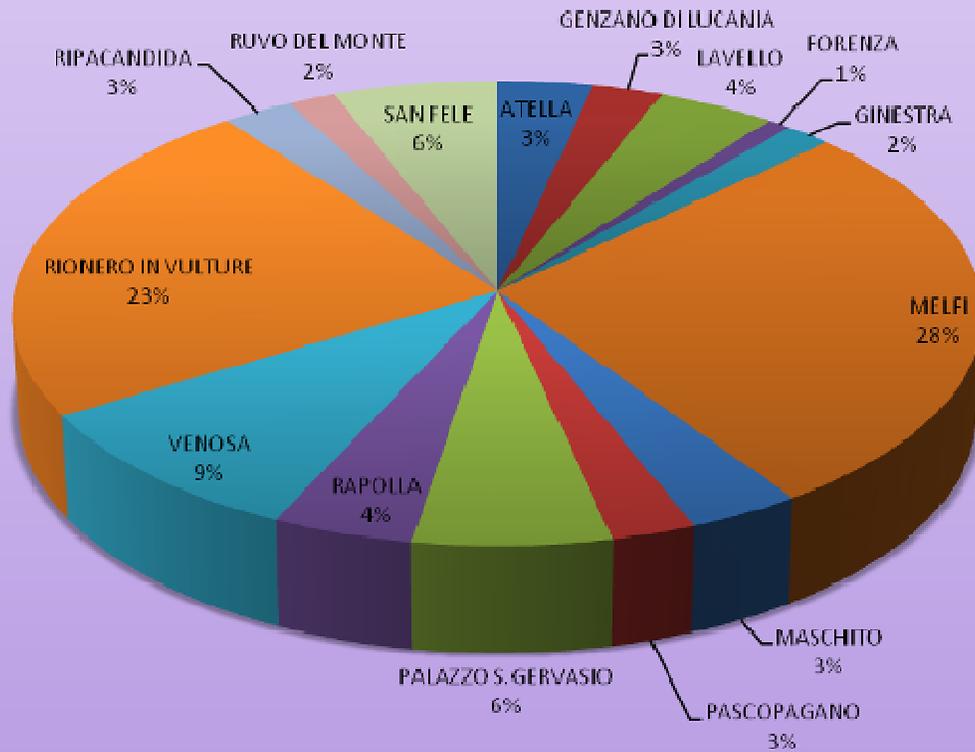


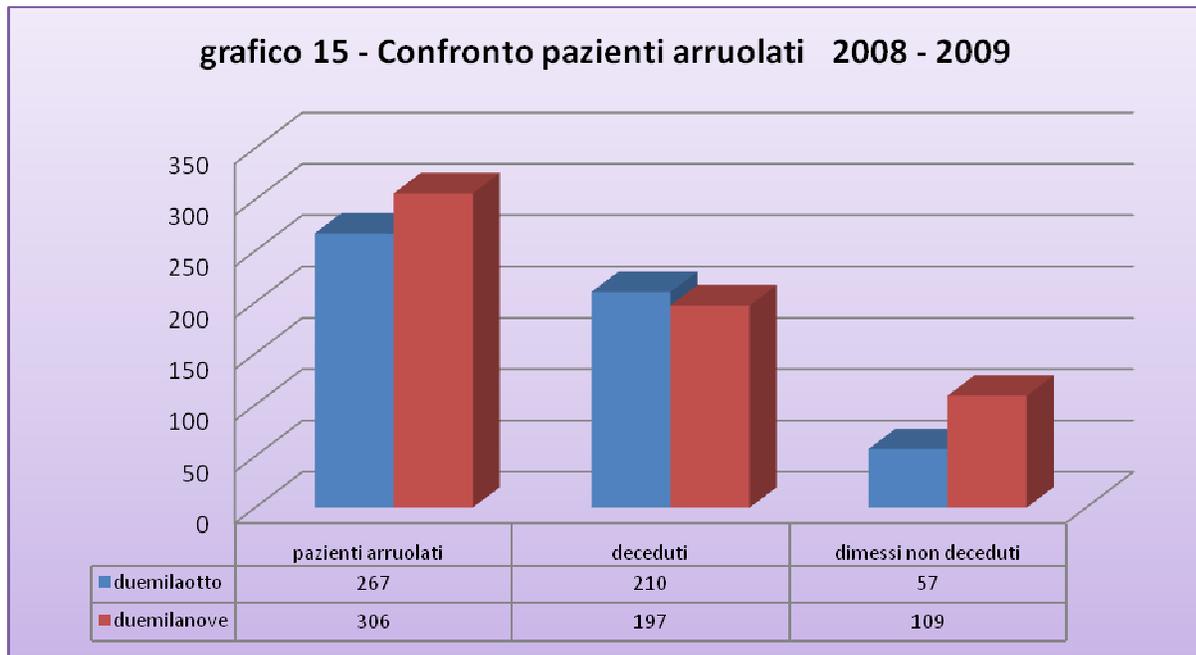
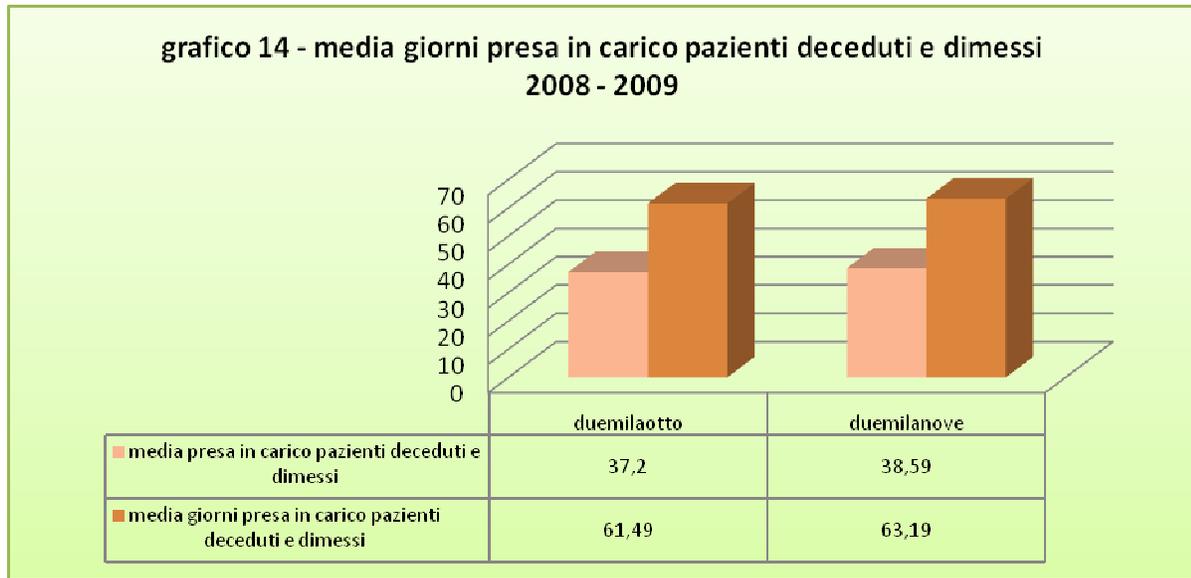
grafico 13 - pazienti per Comune con lcc

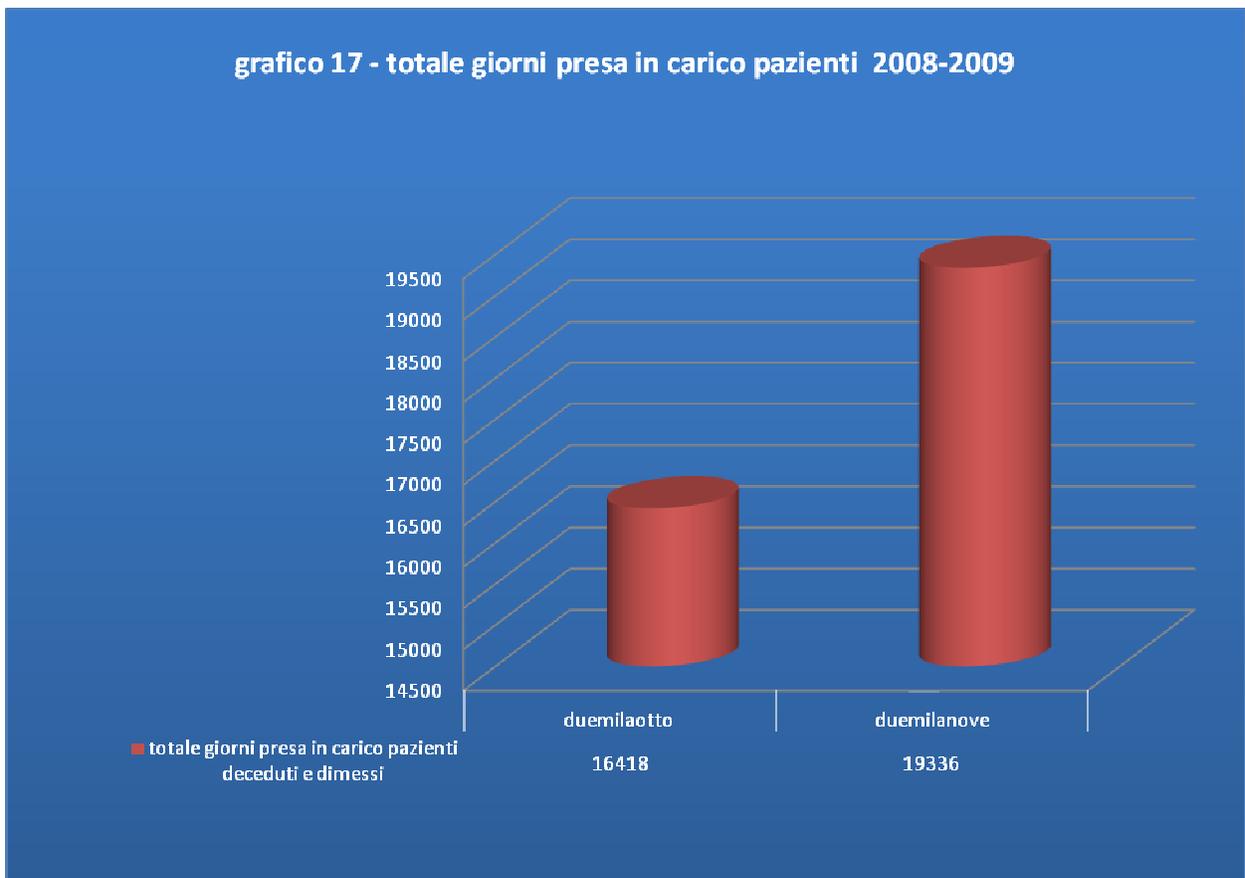
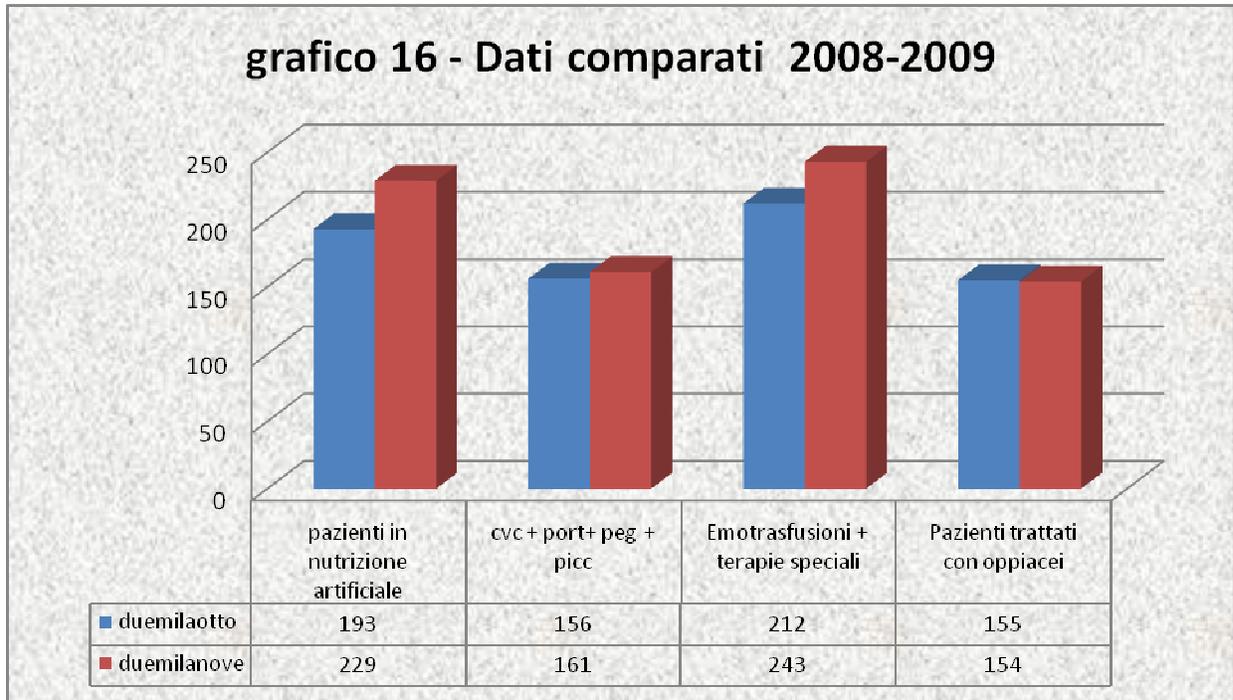


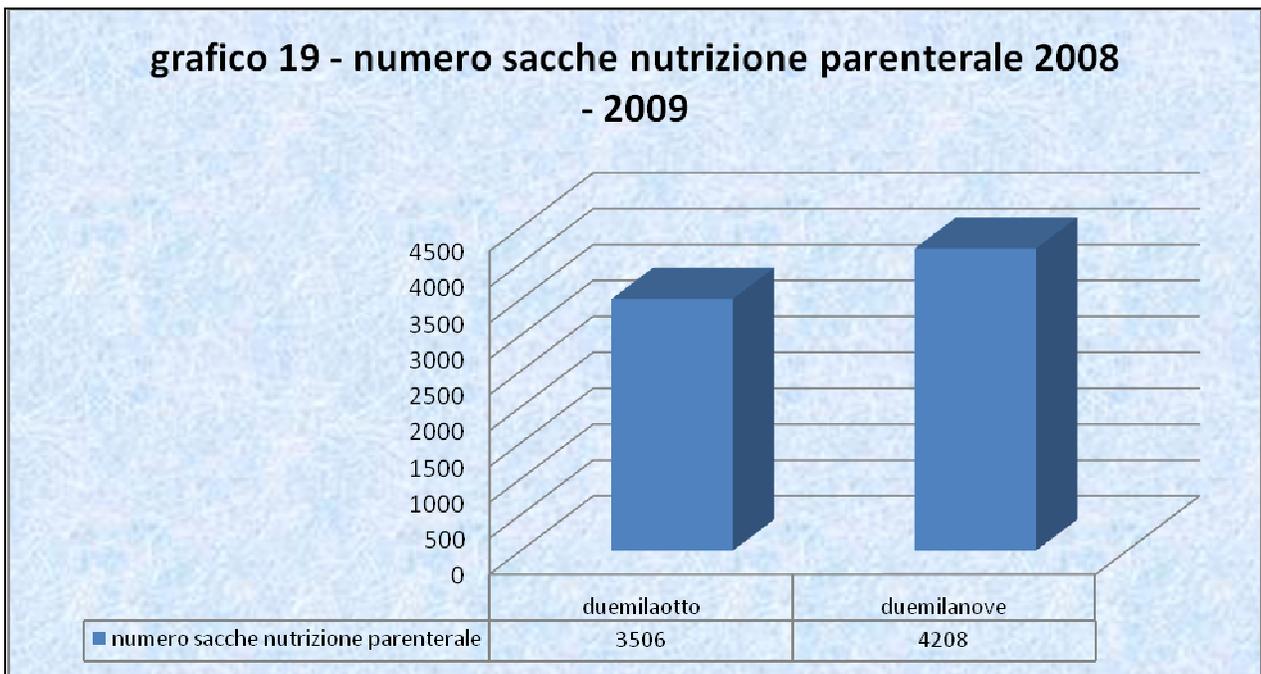
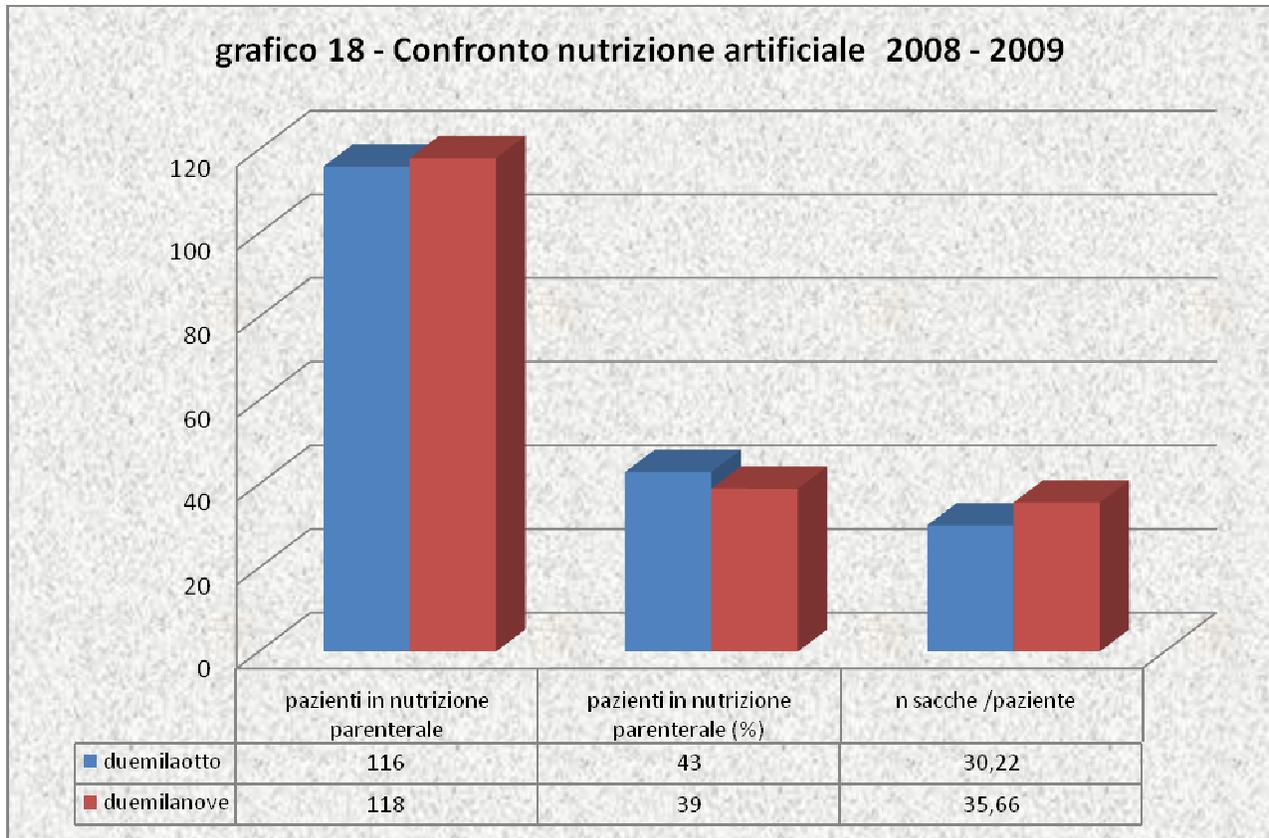
DATI COMPARATIVIUCP 2008 – 2009**(TABELLE E GRAFICI)**

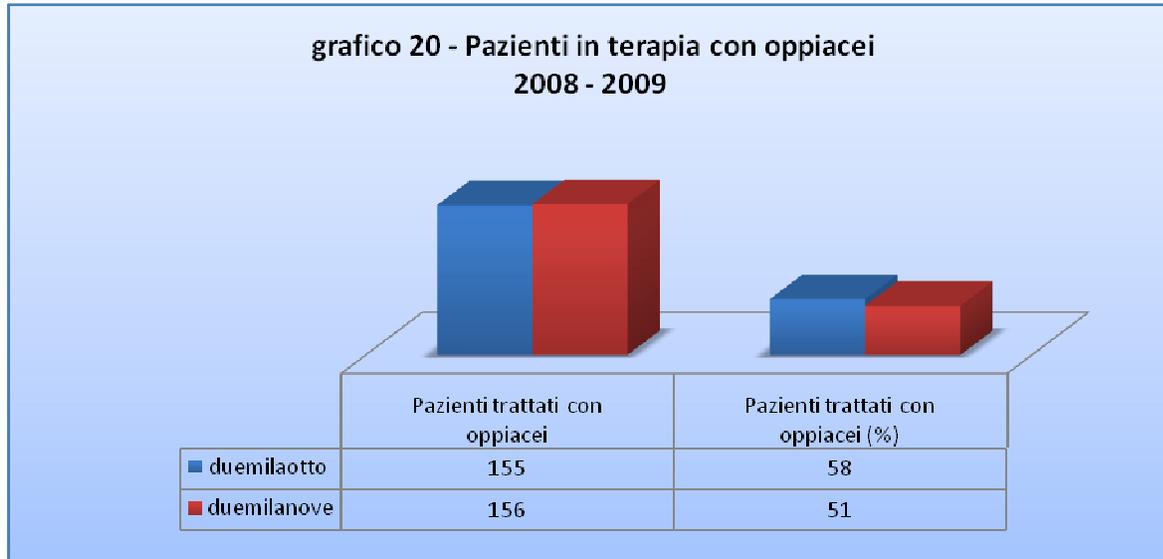
<i>DATI ATTIVITA'</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>Variazioni %</i>
pazienti arruolati	270	308	14,07%
Pazienti valutabili (deceduti dimessi non deceduti entro l'anno)	267	306	14,61%
deceduti	210	197	-6,19%
dimessi non deceduti	57	109	91,23%
media giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	61,49	63,19	2,76%
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	16418	19336	17,77%
pazienti in nutrizione artificiale	193	229	18,65%
Pazienti in nutrizione parenterale	115	118	2,61%
Pazienti in nutrizione enterale	112	155	38,39%
numero sacche consumate per nutrizione parenterale	3506	4208	20,02%
cvc + port+peg + picc	156	161	3,21%
Emotrasfusioni + terapie speciali	212	243	14,62%
Pazienti trattati con oppiacei	155	156	0,65%
Pazienti trattati con oppioidi maggiori	122	125	2,46%
Pazienti trattati con oppioidi minori	95	111	16,84%
Consumo oppiacei totale (pezzi)	15519	19336	17,77%
Consulenze esterne domiciliari		182	
Visite ambulatoriali	145	110	-24,14%
Consulenze intraospedaliere	58	57	-1,72%
Percentuale prese in carico entro 72 ore dalla segnalazione *per il 2007 solo novembre e dicembre)	98,50%	98,50%	0,00%
Impianti PICC + midline	111	131	18,02%
<i>DATI ATTIVITA'</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>Variazioni %</i>

Tab.8









<i>DATI ATTIVITA'</i>	2008	2009	Variaz %
pazienti arruolati	267	306	14,61%
deceduti	210	197	-6,19%
Dimessi non deceduti	57	109	91,23%
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	16418	19336	17,77%
accessi medici	1730	1811	4,68%
accessi psicologi	1006	1224	21,67%
accessi infermieristici	13955	16435	17,77%
Incontri collegiali di tutti gli operatori (medici – psicologi – infermieri)	21	21	-
accessi medici/paziente	6,46	5,91	-8,51%
accessi medici/giorni di presa in carico*100	10,53	9,36	-11,11%
accessi psicologi/paziente	4,1	4	-2,44%
accessi psicologi/giorni di presa in carico*100	7,56	6,3	-16,67%
accessi infermieristici/paziente	52,26	53,7	2,76%
accessi infermieristici/giorni di presa in carico*100	85	85	0,00%

Tab. 9

COMUNE	2008	2009	variazione
Atella	15	8	-46,67
Venosa	59	48	-18,64
Melfi	46	67	45,65
Rionero	28	44	57,14
Rapolla	13	11	-15,38
Genzano	11	23	109,09
Barile	7	11	57,14
Banzi	5	8	60,00
Lavello	15	26	73,33
Palazzo	15	14	-6,67
Ginestra	2	4	100,00
Pescopagano	9	2	-77,78
San Fele	11	8	-27,27
Ruvo del Monte	4	3	-25,00
Rapone	2	5	150,00
Ripacandida	10	6	-40,00
Montemilone	6	5	-16,67
Maschito	5	5	0,00
Forenza	4	8	100,00
Totale	267	306	14,61

Tab.10

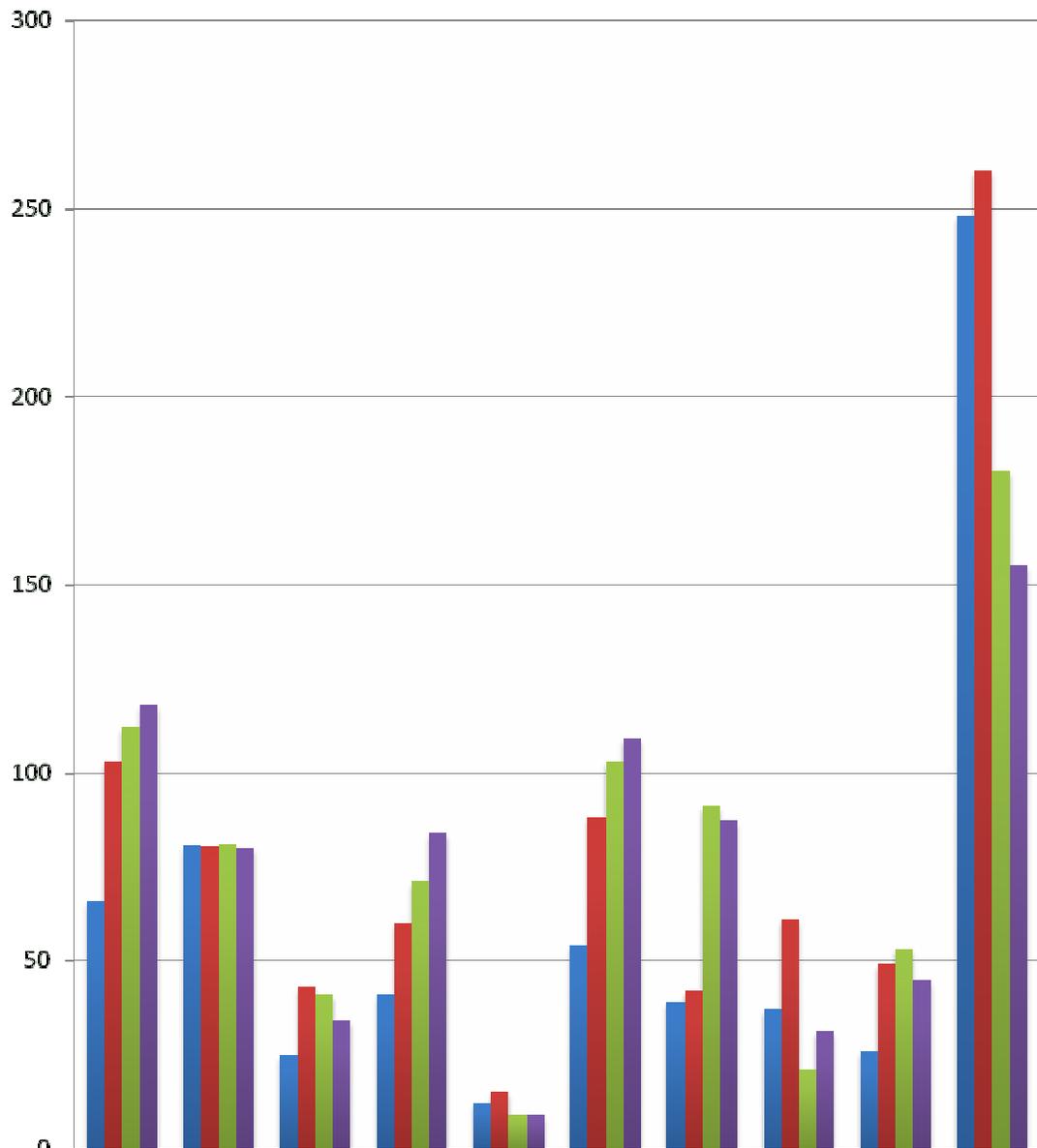
Coefficiente di penetrazione geografica	duemilaotto	duemilanove	variazione
Atella	0,403	0,215	-46,67
Venosa	0,484	0,394	-18,64
Melfi	0,284	0,414	45,65
Rionero	0,209	0,328	57,14
Rapolla	0,279	0,236	-15,38
Genzano	0,183	0,383	109,09
Barile	0,217	0,341	57,14
Banzi	0,330	0,529	60,00
Lavello	0,115	0,199	73,33
Palazzo	0,289	0,270	-6,67
Ginestra	0,279	0,557	100,00
Pescopagano	0,420	0,093	-77,78
San Fele	0,293	0,213	-27,27
Ruvo del Monte	0,317	0,238	-25,00
Rapone	0,166	0,416	150,00
Ripacandida	0,566	0,340	-40,00
Montemilone	0,305	0,254	-16,67
Maschito	0,268	0,268	0,00
Forenza	0,157	0,314	100,00
Totale	0,277	0,317	14,61

Tab.11

Patologie	<i>duemilaotto</i>	<i>duemilanove</i>	<i>Variaz %</i>
fegato, vie biliari, pancreas	35	34	-2,86%
polmone	38	25	-34,21%
colon-retto	27	24	-11,11%
ovaio-utero-vagina	9	8	-11,11%
genito-urinari	16	23	43,75%
esofago-stomaco	10	18	80,00%
linfoma-leucemia-mieloma	11	13	18,18%
mammella	11	19	72,73%
encefalo	7	8	14,29%
Orl cavo orale	10	10	0,00%
altro	5	4	-20,00%
TOTALE ONCOLOGICI	179	186	3,91%
demenza ictus parkinson- neurologici - psichiatrici	np	98	
altri organi	np	24	
TOTALE NON ONCOLOGICI	88	122	38,64%

Tab12

grafico 21 - lesioni croniche cutanee. attività 2006-2007-2008-2009



	numero pazienti	età media	maschi	femmine	oncologici	non oncologici	avanzate	tradizionali	recitazioni	accessi medici
lcc duemilasei	66	80,6	25	41	12	54	39	37	26	248
lcc duemilasette	103	80,2	43	60	15	88	42	61	49	260
lcc duemilaotto	112	81,01	41	71	9	103	91	21	53	180
lcc duemilanove	118	80,02	34	84	9	109	87	31	45	155

Piaghe da decubito				
	duemilasei	duemilasette	duemilaotto	duemilanove
numero pazienti	66	103	112	118
età media	80,6	80,2	81,01	80,02
maschi	25	43	41	34
femmine	41	60	71	84
oncologici	12	15	9	9
non oncologici	54	88	103	109
avanzate	39	42	91	87
tradizionali	37	61	21	31
recentazioni	26	49	53	45
accessi medici	248	260	180	155

tab. 13

ANALISI DEI DATI UCP

I dodici mesi esaminati evidenziano un sostanziale incremento rispetto al 2008 dell'incidenza (+14,07% di nuovi casi) e dei relativi pazienti gestiti misurabili (+14,61%) (ottenuti dalla somma fra i pazienti ancora in carico dal 2008 e quelli arruolati e dimessi fra il 1 gennaio 2009 e il 31 dicembre 2009). Dal punto di vista epidemiologico va evidenziato che al fianco del 60% di pazienti oncologici terminali, c'è un ulteriore incremento di pazienti terminali non oncologici (polmonari, cardiopatici, nefropatici, neurologici, ecc) (circa il 40%). Si rimarca la prevalenza delle gestioni di malattie neoplastiche terminali a prognosi più infausta (polmone, fegato, pancreas, stomaco, vie biliari), quelle fortemente cronicizzanti ad elevato carico assistenziale (prostata) e sembrano stazionarie quelle a prognosi meno severa (leucemie, mielomi). Le terminalità non oncologiche, rispetto al 2008, sono nettamente aumentate (+38,64%), quelle oncologiche (+3,91%) sono in lieve aumento ma, in particolare sono confermate nella nostra gestione le malattie croniche ad elevata intensità assistenziale (SLA – sclerosi multipla) per le quali sarà necessario prevedere finanziamenti dedicati.

Per quanto riguarda la penetrazione geografica, si assiste ad un progressivo consolidamento in tutte le aree in modo omogeneo, senza vuoti anche nei piccoli Comuni dove si garantisce una assistenza pressoché simile a quella dei Comuni più grandi. E' questo un risultato ragguardevole se si tiene conto che mentre nei grandi Comuni (dove l'attività è comunque consolidata) viene garantita una sorta di pronta disponibilità generica, legata o a residenzialità dei medici palliativisti oppure ad una facile accessibilità viaria, per i piccoli Comuni (specie quelli più periferici) la continuità assistenziale è geograficamente più difficoltosa anche per carenza di personale. Si rimarca qui il ruolo fondamentale del MMG che, dove si integra nel contesto e produce una collaborazione attiva, contribuisce a produrre risultati significativamente rilevanti; il MMG che gestisce le piccole emergenze e raffigura in maniera convincente la sintonia assistenziale necessaria con l'UCP,

rappresenta un valore aggiunto fondamentale nelle aree geograficamente svantaggiate. Le tabelle rimarcano il dato incontrovertibile di un coefficiente di penetrazione geografica in crescita costante negli ultimi sei anni, con il rilievo che tali coefficienti fra i vari Comuni non si discostano molto tra di loro e soprattutto non vi è discrasia fra quelli più popolosi e quelli meno, come pure sembra incidere poco la distanza, segno di un buon lavoro e di una valida collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse umane, e in particolare del personale medico, sia per una semplificazione dei calcoli che per una ottimizzazione delle risorse, dal 2006 si è fatto riferimento ad un periodo massimo di 90 giorni, valutando tutta la attività antecedente (nei casi a lunga terminalità) come consulenziale. E' da tale postulato che è derivato il non significativo incremento del numero dei giorni di presa in carico, interpretato quindi come un più congruo utilizzo di risorse umane. In quella logica, tale attività è stata necessaria nelle fasi iniziali della terminalità quando un performance status del paziente ancora accettabile aveva consentito di procrastinare di alcuni giorni o mesi la presa in carico integrale dell'ammalato. A tal riguardo tuttavia, si è ritenuto opportuno, a partire dal 2009, riconsiderare la presa in carico a partire dalla prima segnalazione, in virtù di una scuola di pensiero (legittima, condivisa e applicata da tutte le Unità di Cure Palliative Domiciliari in Italia) che quanto prima inizia una gestione e una relazione, tanto migliori saranno i risultati in termini sia del controllo dei sintomi sia come indice di soddisfazione delle cure erogate. Se a ciò si aggiunge il dato evidente di una restrizione dell'utilizzo dei luoghi di cura come gli ospedali per acuti, che hanno ulteriormente ridotto le opportunità assistenziali per tali malati, **una presa in carico integrale relativamente precoce**, risponde adeguatamente ai bisogni suddetti.

L'aumento significativo dei giorni di presa in carico [(19336 vs 16418 (+17,77%)] e il lievissimo incremento della media dei giorni di presa in carico per paziente (+2,76%) va interpretato come un più congruo utilizzo di risorse umane, anche in virtù di un significativo incremento di gestioni

domiciliari difficili (manutenzione port, cvc, peg e picc) (+3,21%) o della somministrazione di terapie complesse (emotrasfusioni, farmaci speciali) (+14,62%)

Si registra un calo lieve della attività ambulatoriale (-24%), con una “tenuta” di quella consulenziale sia di prestazioni intraospedaliere (-1,72%) che di prestazioni esterne domiciliari (182), mirata a problematiche relative alle lesioni croniche cutanee.

L'analisi dell'utilizzo delle risorse umane merita un approfondimento rispetto all'anno passato. Se si registrano infatti, in termini assoluti, ulteriori incrementi per quanto riguarda gli accessi domiciliari dei medici (+4,68%) e degli psicologi (+21,67%), si denota una contestuale riduzione degli stessi parametri riferiti per paziente (-8,51% medici e -2,44% psicologi) e per numero di giorni di presa in carico (-11,11% medici e -16,67% psicologi) a dimostrazione che con le risorse in esaurimento è stato necessario ridurre la frequenza degli accessi a scapito della qualità.

Sono confermate come preponderanti le gestioni di malattie neoplastiche terminali a prognosi più infausta (polmone, fegato, pancreas, stomaco, vie biliari), quelle fortemente cronicizzanti a elevato carico assistenziale (prostata) e sembrano stabili quelle a prognosi meno severa (leucemie, mielomi).

Sono significativamente aumentate le terminalità non oncologiche (+38,64%), in assoluta sintonia con il trend nazionale, lievemente cresciute quelle oncologiche (+3,91%) e, in particolare sono sempre presenti nella nostra gestione le malattie croniche ad elevata intensità assistenziale (SLA – sclerosi multipla) per le quali si rimarca la necessità di finanziamenti dedicati.

In un atteggiamento prudentiale, si può prevedere anche per il 2010, un consolidamento delle attuali performances che si ritengono significative, tenuto conto delle risorse messe a disposizione. La trasformazione in atto, prevista dalla Direzione Strategica, di tale Unità da Struttura Semplice a Complessa rimarca la necessità di una ridefinizione rapida delle attuali risorse, ancora insufficienti a fronteggiare il già citato incremento di qualità di domanda. Dal 2007 si è innescata una procedura

codificata atta a misurare il tempo di attesa fra la segnalazione e la presa in carico del malato: anche nel 2009 si è registrato il 98,5% di presa in carico entro le 72 ore.

Per quanto attiene **la Nutrizione Artificiale Domiciliare**, si segnala un consolidamento dell'attività con l'incremento del 18,65% di pazienti in nutrizione artificiale e circa 4000 sacche nutrizionali parenterali. Se si tiene conto che la gestione del processo ha comportato un monitoraggio stressato implicante esami di laboratorio (calendarizzazione, gestione, prelievi, lettura e correzione delle sacche) associati a incremento della medicalizzazione dell'assistenza domiciliare, anche attraverso un continuo contatto telefonico con infermiere, famiglia, medico di famiglia e, all'occorrenza, struttura di eccellenza di riferimento, il risultato va letto come altamente significativo e lusinghiero. In particolare per la nutrizione parenterale, il superamento delle 4000 sacche di consumo annuale, "spalmate" su 118 pazienti per almeno 35 giorni a testa e somministrate in linea ad una media di circa 10 pazienti in contemporanea, fa della nostra Unità un importante punto di riferimento regionale che la candida ragionevolmente ad essere anche formalmente Centro di Nutrizione Artificiale dell'Azienda. Tra gli obiettivi di tale struttura c'è l'ambizione (con il placet della direzione strategica anche attraverso necessari investimenti strutturali) di produrre sacche personalizzate con riduzione dei costi e con un prestigio aziendale ricavato da un'entità non ancora creata in nessun ambito della nostra regione.

Attraverso la lettura delle tabelle si evince il ruolo crescente di tale branca, in virtù del fatto che si registra una significativa crescente domanda nel settore non oncologico dove molto spesso abbiamo "trasformato" terminalità in cronicità. Consapevoli che in futuro esisterà una problematica bioetica, si è, in tale fase, molto accorti a mantenere una rotta che non porti a derive opposte quali l'accanimento terapeutico o l'abbandono delle cure. Come già detto sopra, l'elaborazione di due standard di prodotto e di un audit clinico specifico stanno contribuendo ad implementare la qualità della NAD.

A sostegno di quanto detto, si sottolinea che, anche grazie alla corposa casistica maturata in questi anni, è in corso di pubblicazione un lavoro scientifico che attraverso indagini retrospettive, pone in rilievo i vantaggi della gestione multidisciplinare delle malnutrizioni in ambito oncologico e non. Tale gestione prevede oltre alla figura del medico e dell'infermiere, anche quelle dello psicologo, del farmacista, del dietista e dell'assistente sociale.

Sul fronte della terapia del dolore va rimarcato come il Ministero della Salute, insieme ad altri provvedimenti, aveva posto come priorità già dal 2008 la necessità di portare gli oppiacei al domicilio dei pazienti terminali; è esattamente quello che la nostra Unità esegue dal 2004 con risultati in termini di consumo di farmaci oppioidi che appaiono (dati ufficiosi) sensibilmente superiori alla media regionale e probabilmente anche lievemente superiori alla media nazionale. Nella nostra ASL l'uso degli **oppiacei** mediante prescrizioni, consegna diretta e titolazione domiciliare si è consolidato e accresciuto con un utilizzo in 156 pazienti e con indice di soddisfazione accresciuto. Una particolare attenzione è stata rivolta al Dolore Episodico Intenso che è stato trattato in maniera mirata con farmaci specifici che hanno ridotto il consumo degli oppioidi per il dolore basale e nel contempo hanno garantito un migliore indice di soddisfazione generato anche da una riduzione degli effetti collaterali. Anche in tale ambito, la confezione di uno standard di prodotto (obiettivo raggiunto) e la predisposizione di un audit clinico (in corso di valutazione) è il segno di una grande attenzione a tale tematica la cui gestione di qualità rappresenta un obiettivo prioritario.

Nel dicembre 2009 si è svolta la quarta edizione del Corso ECM "Dolore: il quinto segno vitale" indirizzato a medici e infermieri, nel quale sono state rimarcate tutte le problematiche inerenti il tema "dolore".

Nello stesso mese si sono perfezionati (con delibera) due protocolli di intesa, fra il COSD aziendale (che fa riferimento alla UCP) e, rispettivamente con l'Unità di Medicina e con l'Unità di Pneumologia, entrambi dell'Ospedale di Melfi. Tali protocolli che sanciscono procedure e

modalità codificate per combattere il dolore inutile nei pazienti ricoverati, rappresentano l'ultimo tassello di altri protocolli di intesa fra il COSD e tutte le Unità Operative ospedaliere, sottoscritto negli anni precedenti.

Le emotrasfusioni e le terapie speciali (in presenza medica) a domicilio hanno subito un incremento significativo anche nel 2009 (+14,62%) a sostegno di una reale presa in carico di situazioni gestionali ospedaliere che qualche anno fa era impensabile portare avanti a casa. Il consolidamento di tale attività è una delle tante prove tangibili e misurabili (vedi DRG) di un risparmio della spesa ospedaliera. Invero, sulla scorta dei dati suddetti, va rilevato che si sta imponendo una nuova criticità legata proprio ad un utilizzo massivo medico che (per obbligo di legge) deve essere presente tutto il tempo necessario (a volte oltre le quattro ore) per l'esecuzione della procedura. Tale assorbimento di risorse, sta creando problemi di disequilibrio del sistema con il timore fondato di una verosimile riduzione di assistenza medica "spalmata" su tutti gli altri ammalati. Soluzioni specifiche, con medici prevalentemente dedicati all'emotrasfusione domiciliare, andrebbero prese in considerazione nel breve-medio termine.

Anche il lieve aumento della **gestione domiciliare dei cateteri venosi centrali (PICC-PORT-CVC) e delle PEG** (+3,21%) fa denotare una implementazione della laboriosità assistenziale dove solo un'alta tecnologia (materiali sempre più costosi e sofisticati) associata ad una consolidata manualità ed esperienza possono garantire la tutela e la sicurezza di ammalati ed operatori; anche qui si sottolinea la misurabilità di tali prestazioni se effettuate in ambito ospedaliero.

In riferimento alle **piaghe da decubito**, oltre che alla iniziale applicazione delle linee guida sono stati gestiti 118 pazienti con età media di 80,5 anni, in 155 accessi. Sono state eseguite 45 recentazioni chirurgiche a domicilio che hanno ulteriormente rimarcato il ruolo di argine che tale Unità rappresenta per esecuzione di prestazioni ospedaliere improprie (i relativi DRG risparmiati sono anche qui misurabili). L'età media e la malattia, entrambe avanzate, hanno posto in evidenza

una enorme criticità di tale settore dove, a parte l'esiguità delle risorse a disposizione, senza interventi di prevenzione e di tipo socio-assistenziale, non si potranno garantire risultati soddisfacenti. **Una unità medica dedicata ed un piano logistico informatizzato (anche attraverso la nascita del cosiddetto "conto-deposito" rappresentano i primi urgenti provvedimenti finalizzati a tamponare un fenomeno che di per sé rappresenta una vera e propria emergenza socio-sanitaria.**

Nel 2009, come negli anni precedenti, tutti gli ammalati terminali e quelli cronici ad alta criticità e complessità assistenziale ricevono una cogestione attraverso il **Servizio di Psicologia** (i cui operatori vengono forniti dalla Cooperativa Auxilium) che va incrementandosi in maniera significativa; tutti i pazienti presi in carico vengono valutati per i bisogni psico-sociali dallo psicologo che dispone un piano individualizzato di intervento. Lo psicologo fondamentale abilita il sistema familiare alla percezione delle cure domiciliari con un approccio integrato in cui si interfacciano le varie competenze e professionalità. Gli interventi di sostegno familiare sono stati quelli più richiesti ed in particolare si è reso necessario un lavoro per facilitare la comunicazione nelle dinamiche familiari. Contemporaneamente non sono mancati interventi mirati ad una maggiore integrazione delle varie figure professionali che si prendono cura del Paziente al fine di agevolare la circolazione delle informazioni e di incidere sulla qualità delle prestazioni veicolando efficacemente le risorse. E' emerso inaspettatamente un frequente bisogno da parte dei familiari di essere seguiti successivamente alla perdita del congiunto e pertanto si è strutturato in itinere la possibilità di un percorso di elaborazione del lutto. Altro ruolo chiave di tali operatori è quello di incardinare la figura del volontario (esiste un protocollo di intesa con la Associazione Gigi Ghirotti Basilicata) all'interno dell'equipe già formata dal medico, dall'infermiere e dallo stesso psicologo. In tale modo si offre un valore aggiunto costituito da una maggiore trasparenza assistenziale ed un ulteriore strumento di feedback per valutare il gradimento delle cure.

Nelle due riunioni mensili collegiali con medici, infermieri, psicologi, attraverso la disamina di tutti i casi clinici, vengono analizzate e avviate a soluzione tutte le criticità presenti, da quelle cliniche a quelle gestionali ed etiche. In tale contesto, attraverso un confronto di idee, di atteggiamenti terapeutici, delle prese d'atto della percezione di assistenza riferita in modo diverso ai vari operatori, ci si misura e si tende a correggere gli atteggiamenti di cura non consoni alle vere esigenze dell'ammalato.

Dal dicembre 2006 è iniziata una nuova attività con **allestimenti a domicilio di PICC** (cateteri venosi centrali ad impianto periferico eco guidato) e **midline** che migliorano la qualità delle prestazioni infermieristiche (prelievi, terapie infusionali, emotrasfusioni, nutrizioni parenterali) riducendo in maniera significativa il ricorso alla ospedalizzazione. A fronte di un attività residuale dell'ultimo mese 2006 (9 impianti), nel 2007 sono stati eseguiti 67 impianti domiciliari, nel 2008 111 e nel 2009 ben 131. A tal proposito va ricordato che per tale attività (impiantistica domiciliare), la nostra Unità è presente da 3 anni al PICC DAY (nel contesto del Convegno GAVECELT) che nel novembre 2009 si è tenuto Cremona e nel cui contesto si è riproposta l'idea peculiare dell'impianto a casa del malato: l'originalità di allestire a casa del paziente, un ambiente sterile codificato, necessario per l'efficacia e la sicurezza della metodica, sta aprendo nuovi scenari nell'assistenza domiciliare. La domanda di tali impianti sta crescendo visibilmente in virtù di una consapevolezza da parte, soprattutto dei MMG, della necessità di avere, soprattutto nelle fasi finali di una malattia terminale, un accesso venoso certo, sul quale si può sempre contare per l'esecuzione di terapie finalizzate al contenimento dei sintomi. A tal riguardo, questa Unità di Cure Palliative, offre il proprio know how per delineare in tutti i pazienti cronici, fin dall'inizio della malattia, una corretta cultura e gestione del patrimonio venoso, allo scopo di evitare quel massacro agli arti superiori (e purtroppo anche agli arti inferiori) procurato dalle tante terapie endovenose occasionali ospedaliere e domiciliari.

ANALISI DEI DATI CENTRO DI COORDINAMENTO

Dai dati, come è evidente, si è assistito nel corso del 2009 ad un progressivo aumento del numero di pazienti sia come numero totale (+12,69%) che come ultrasessantacinquenni (+13,60%) presi in carico dalla assistenza domiciliare (così come previsto dalle Linee guida di cui al DGR n. 1665 del 30/07/01 aggiornata dal nuovo DGR n 862 del 10.06.08).

I pazienti in area critica, sono aumentati del 14% circa rispetto allo scorso anno.

Per quel che concerne l'utilizzo del VAOR, dal nostro Centro di coordinamento, così come richiesto dalla Regione Basilicata, sono stati incamerati da Gennaio fino a Settembre, cioè fino a quando il software è stato fruibile, poiché da allora fino alla fine dell'anno è stato necessario bloccarlo da parte della Regione per aggiornamento.

Si è insediato un tavolo tecnico misto (Regione - Azienda) che sta lavorando alla omogeneizzazione dei comportamenti su tutto il territorio regionale in tema di CD (Cure Domiciliari) anche ai fini degli obbligatori flussi informativi Ministeriali di cui al DM del 17 Dic. 2008 G.U. 09 gennaio 2009.

A tal riguardo un problema essenziale si sta ponendo poiché il nostro sistema applicativo (VAOR-ADI) non ha permesso la trasmissione dei flussi informativi verso il sistema nazionale; tutto questo rende indispensabile un sostanziale riadeguamento del software (che è già in atto) con una ricodifica di molti dei codici precedentemente applicati.

Per quanto attiene agli aspetti logistici e del governo clinico si sta implementando la complessità assistenziale domiciliare attraverso una serie di iniziative concertate con l'Unità di Cure Palliative e attraverso la codifica della gestione di alcune tipologie di malati cronici di rilevante impatto emotivo

e di notevole bisogno di risorse, quali i portatori di SLA o con ventilazione assistita. Implementata è pure la attività consulenziale polispecialistica suffragata da tecnologia portata a domicilio e viene sempre più coperta la domanda di cura che è sempre più articolata sia nei bisogni noti che in quelli nuovi.

Altra criticità, quasi completamente risolta nel secondo semestre, è il tempo di attesa fra segnalazione e valutazione da parte dell'UVM nonché fra la valutazione e la presa in carico. E' stato confezionato uno specifico standard di prodotto con misurazione certa attraverso precisa ricognizione di fonte cartacea. Sono stati promossi ed effettuati incontri con i MMG e con i Medici di Continuità Assistenziale durante i quali sono state messe a punto modalità operative concordate finalizzate soprattutto a migliorare la comunicazione interna.

Esiste una mailing list di tutti i MMG e i Pediatri di Libera Scelta, con i quali si è sviluppata una forte collaborazione interattiva. Si è in attesa che l'Azienda abiliti il Centro di Coordinamento e l'UCP ad una "posta certificata".

Obiettivi	Anno 2009 (01-01-'09 al 31-12-2009)
n. pazienti in ADI di età > a 65 anni	1378(7,16%)
n. pazienti in area critica	308
Giornate per assistenza anziani> 65 anni	46071
Utilizzo metodologia VAOR-ADI	si
Attivazione entro il mese di marzo 2008 del flusso informativo ADI con il sistema VAOR- ADI	Bloccato dal settembre fino a dicembre

Tab. 14

DATI ATTIVITA'	2008	2009
pazienti in A.D.I	1.340	1510
pazienti in A.D.I.>65enni	1.213	1378
pazienti di area critica	270	308
Accessi M.M.G. in ADI	=	
accessi per >65enni	=	
accessi medici specialisti	=	1811
ore attività infermieristica	44.165	53432
ore per >65enni	38.276	46702
prestazioni infermieristiche	57.896	107277
ore attività riabilitativa	10.938	11540
ore per >65enni	10.252	10997
prestazioni riabilitative	14.247	15118
ore altro personale per >65enni	7.347 ☺	5820
Totale ore>65enni	48.548	58610
Totale popolazione >65enne	19.231	19231
% di >65 assistiti in ADI	6,307%	5,70

☺ si riferisce al tot ore effettuate da psicologi e medici utilizzati in sostanza dalle Cure Palliative.

Tab15

Tab16

<i>C L A S S I F I C A T O R I E</i>	<i>DSB '08 Veneziosa</i>	<i>DSB '09 Veneziosa</i>	<i>DSB Melfi' '08</i>	<i>DSB Melfi' i'09</i>	<i>TOTALE '08</i>	<i>TOTALE '09</i>
0-14	1	1	2	3	3	4
15-24	1	3	2	1	3	4
25-34	2	2	2	2	4	4
35-44	6	8	5	4	11	12
45-54	15	17	18	20	33	37
55-64	38	46	35	44	73	90
65-74	94	87	104	107	198	194
75-84	259	334	284	308	543	642
85-94	172	192	239	269	411	461
>95	26	26	35	36	61	62
TOTALE	614	716	726	794	1340	1510

<i>DISTRETTO MELFI</i>						
<i>COMUNE</i>	<i>MASCHI</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>TOTALE</i>	<i>TOTALE</i>
	<i>'08</i>	<i>'09</i>	<i>'08</i>	<i>'09</i>	<i>'08</i>	<i>'09</i>
<i>ATELLA</i>	<i>24</i>	<i>19</i>	<i>18</i>	<i>26</i>	<i>42</i>	<i>45</i>
<i>BARILE</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>29</i>	<i>38</i>	<i>45</i>	<i>55</i>
<i>MELFI</i>	<i>79</i>	<i>109</i>	<i>139</i>	<i>154</i>	<i>218</i>	<i>263</i>
<i>PESCOPAGANO</i>	<i>16</i>	<i>22</i>	<i>31</i>	<i>24</i>	<i>47</i>	<i>46</i>
<i>RAPOLLA</i>	<i>23</i>	<i>29</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>61</i>	<i>68</i>
<i>RAPONE</i>	<i>10</i>	<i>19</i>	<i>17</i>	<i>21</i>	<i>27</i>	<i>40</i>
<i>RIONERO IN VULT.</i>	<i>63</i>	<i>71</i>	<i>101</i>	<i>118</i>	<i>164</i>	<i>187</i>
<i>RIPACANDIDA</i>	<i>21</i>	<i>15</i>	<i>24</i>	<i>22</i>	<i>45</i>	<i>37</i>
<i>RUVO DEL MONTE</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>8</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>SAN FELE</i>	<i>25</i>	<i>24</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>57</i>	<i>57</i>
<i>TOTALE</i>	<i>287</i>	<i>337</i>	<i>439</i>	<i>483</i>	<i>624</i>	<i>820</i>

Tab. 17

<i>DISTRETTO VENOSA</i>						
<i>COMUNE</i>	<i>MASCHI</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>TOTALE</i>	<i>TOTALE</i>
	<i>'08</i>	<i>'09</i>	<i>'08</i>	<i>'09</i>	<i>'08</i>	<i>'09</i>
BANZI	10	8	16	17	20	25
GENZANO	36	32	42	47	65	79
GINESTRA	11	8	8	16	17	24
FORENZA	18	16	19	26	35	42
LAVELLO	58	58	67	82	130	140
MASCHITO	11	17	16	25	26	42
MONTEMILONE	13	16	14	13	23	29
PALAZZO S.G.	28	38	34	47	76	85
VENOSA	80	85	133	139	185	224
TOTALE	265	278	349	412	577	690

Tab.18

<i>TOTALE GENERALE</i>			
<i>DISTRETTO</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>TOTALE</i>
	<i>20082009</i>	<i>20082009</i>	<i>20082009</i>
<i>MELFI</i>	287337	439483	726820
<i>VENOSA</i>	265278	349412	614690
TOTALI	552615	788895	13401510

Tab19

<i>Voce di costo</i>	<i>n. conto contabilità generale</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Costi</i>	<i>Struttura e/o centri di costo</i>
Coop. Auxilium	31001000003	<i>Assistenza Domiciliare Sanitaria</i>	€1.866.223,46	ADI + UCP
Specialisti		ADI (110 accessi x36.15)	€ 3976	ADI
Accessi MMG ADI		ADI (16.871 accessi x 20,00)	€ 33.7817,5	ADI
ENPAM		9,375%	€ 31.670,39	ADI
Rischio Malattia		0,36%	€1.216,14	ADI
TOTALE ADI			€370.704,03	ADI
Accessi MMG ADP		ADP (9939accessi x 20,00)	€ 198.780,00	ADI
ENPAM		9,375%	€ 18635,63	ADI
Rischio Malattia		0,36%	715,61	ADI
TOTALE ADP			€ 218.131,23	ADI
Una Tantum MMG		ADI		ADI + Cure Palliative
Commissione UVA			€ 36.800,00	

Tab20

DATI AUXILIUM	2008	2009	Diff. In %
N. pazienti complessivi	1.340	1.510	12,69
n. paz. area critica valutabili	267	306	14%
Giornate di assistenza	70.127	84.159	20,01
Numero accessi	72.825	88.443	21,45
Numero prestazioni	85.480	122.397	43,19
Media gg. Ass./pz	52,33	55,73	6,50
Media accessi/pz	54,35	58,57	7,77
Media prest./paz.	63,79	81,06	27,07
Media prest./accessi	1,17	1,38	17,90
Fatturato (iva esclusa)	1.489.594,38	1.957.303,92	31,40

Tab21

CDC	DATI FARMACIA		
ADI	duemilaotto	duemilanove	
Farmaci	42388,88	34728,71	-18,07
Presidi	138159,24	137378,93	-0,56
totale	180548,12	172107,64	-4,67
ADI CCP	duemilaotto	duemilanove	
Farmaci	176800,61	159639,3	-9,71
Presidi	70217,22	69441,57	-1,10
totale	247017,83	229080,87	-7,26
Totale adi	180548,12	172107,64	-4,67
Totale ccp	247017,83	229080,87	-7,26
TOTALE	427565,95	401188,51	-6,17

Tab22

	2008	2009	Diff. In %
Fatturato auxilium	1.489.594,38	1.957.303,92	31,40
TOTALE Farmacia	427565,95	401188,51	-6,17
TOTALE	1.917.160,33	2.358.492,43	23,02

Tab23

	duemilaotto	duemilanove	
costo medio giornata di degenza (senza farmaceutica)	21,24	23,25	
costo medio giornata di degenza (con farmaceutica)	27,91	28,02	+0,39%

Tab24

	duemilaotto	duemilanove	
costo medio paziente (senza farmaceutica)	1111,63	1296,63	
costo medio paziente (con farmaceutica)	1460,67	1561,91	+6,93%

Tab25

Per quanto attiene ai dati economici si registra un incremento del 31% del fatturato relativo all'esternalizzazione del Servizio, un calo del 6,17% della Spesa Farmaceutica e dei Presidi, con un incremento complessivo del 23,02%.

Il costo medio giornata di degenza è aumentato dello 0,39%; il costo medio paziente è aumentato del 6,93%.

Conclusioni

Sulla scorta di tali elementi, si possono ipotizzare per il prossimo anno, elevati e permanenti incrementi di domanda assistenziale (sia in ADI classica che in Area Critica) e delle relative attività che, verosimilmente permarranno adeguate solamente in caso di una significativa ridefinizione delle risorse che, allo stato attuale, nonostante si siano in parte concretizzate, sono verosimilmente ancora insufficienti a fronteggiare i nuovi bisogni.

Melfi, 15/02/2010

Gianvito Corona

Organico

UCP	MEDICI (0,5)(1 +2) PSICOLOGI (0) (0,5)	INFERMIERI (2)(3)	AMMINISTRATIVI(1) (1)	OSS (0)(1)
	Corona Gianvito (dirigente II livello) (50% con ADI)	Quaranta Pasqualina	Autunno Rita (Contratto a tempo determinato)	
		Domeniconi Valeria (assegnazione provvisoria dal 1 gennaio 2010)		

CENTRO DI COORDINAMENTO	MEDICI (0,5)(1)	PSICOLOGI (0) (0,5)ASSISTENTI SOCIALI (1)(2)	INFERMIERI (3) (4) e FISIOTERAPISTI (1) (2)	AMMINISTRATIVI(1) (1)	OSS (0,25) (1)
	Dr Corona Gianvito (dirigente II livello) (50% con UCP)	Di Grisolo Rosa(AS) (coordinatrice)	Solimano Annalisa(IP) (coordinatrice)	Laconca Annarita (Contratto a tempo determinato)	Mastro Domeni co
			Lombardi Silvana (IP)		
			Cavallo Imma (IP)		
			Genovese Angela (FKT)		

- **IN ROSSO IL NUMERO IDEALE DELL'ORGANICO**

AUXILUM	1 medico palliativista	1 referente amministrativo	2 responsabili di distretto amministrativi (extracapitolato)	5 psicologi
	1 farmacista (extracapitolato)	1 direttore sanitario (extracapitolato)	1 addetto alla qualità (extracapitolato)	1 addetto alla farmacia (extracapitolato)
	12 fisioterapisti	24 infermieri	2 addetti alla segreteria (extracapitolato)	1 sociologa (extracapitolato)