

2011

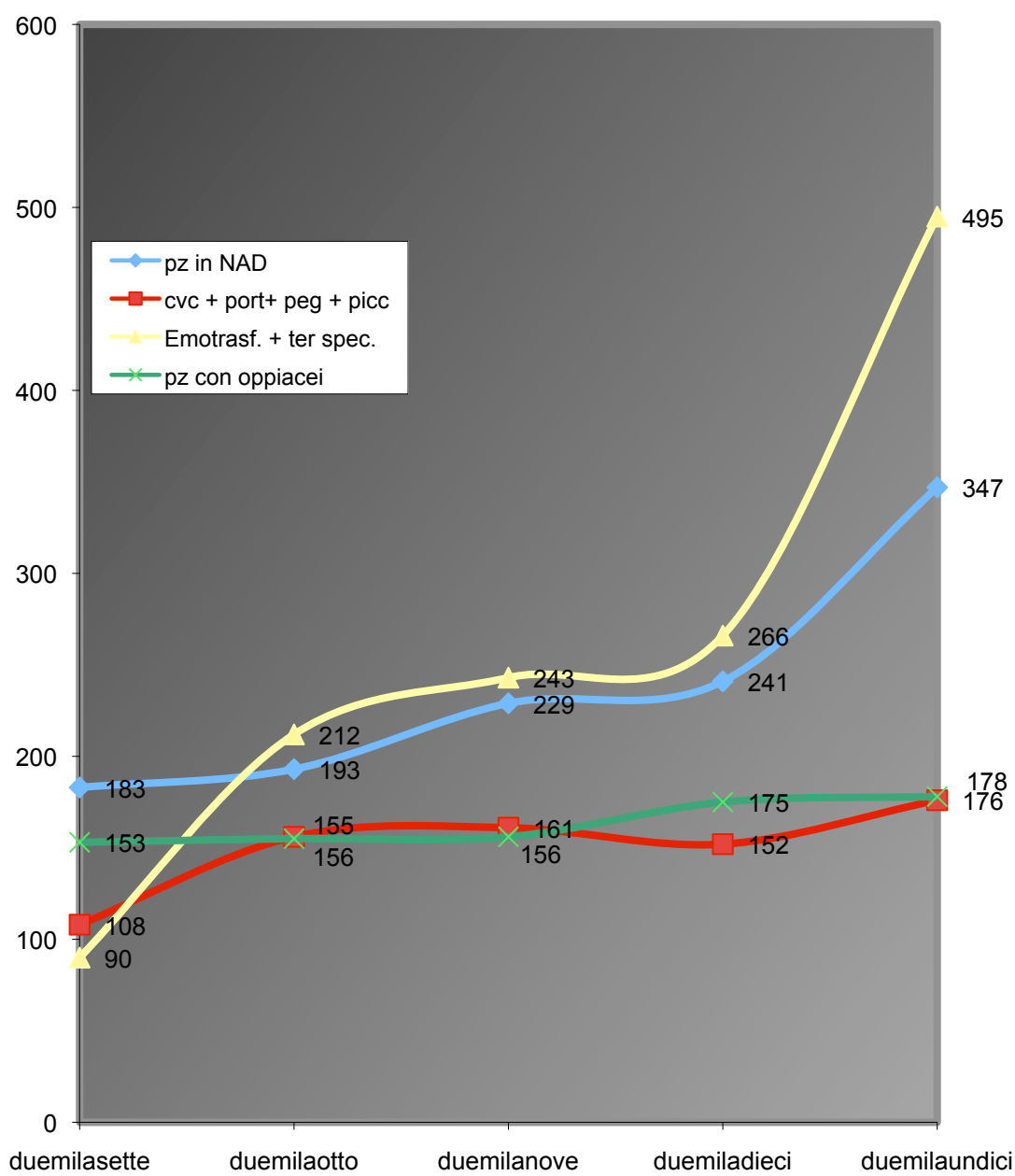


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore Generale ASP

## Relazione 2011 - Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative – ADI

### Peculiarità



## ***INDICE***

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>PAG 03</b>
<b>TABELLE E GRAFICI ANNUALI .....</b>	<b>PAG 06</b>
<b>CONSIDERAZIONI SULLO STATO DELL'ARTE .....</b>	<b>PAG 25</b>
<b>DATI COMPARATIVI 2009 – 2010.....</b>	<b>PAG 28</b>
<b>ANALISI DATI UCP.....</b>	<b>PAG 38</b>
<b>TABELLE CENTRO DI COORDINAMENTO.....</b>	<b>PAG 41</b>
<b>ANALISI DATI CENTRO DI COORDINAMENTO .....</b>	<b>PAG 47</b>
<b>CURE DOMICILIARI COMPLESSE .....</b>	<b>PAG 49</b>
(tabelle e grafici su 9 anni di attività)	
<b>CURE DOMICILIARI COMPLESSE.....</b>	<b>PAG 64</b>
(commenti)	
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>PAG 72</b>
<b>ORGANICO.....</b>	<b>PAG 73</b>



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA**  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Al Direttore Generale ASP  
Al Direttore Sanitario ASP  
Al Direttore Amministrativo ASP**

## **Relazione 2011 - Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative – ADI**

### **INTRODUZIONE**

Il 2011, è l'ottavo anno misurabile di un'attività iniziata in sordina nel 2003 in un contesto dove, al coraggioso investimento della Direzione Strategica su una Unità Operativa dedicata di cure palliative domiciliari, peraltro già prevista dai documenti di indirizzo nazionali e regionali, si frapponneva uno scetticismo culturale di tanti esperti, responsabile del ritardo di percorsi organizzativi che potevano essere più rapidi.

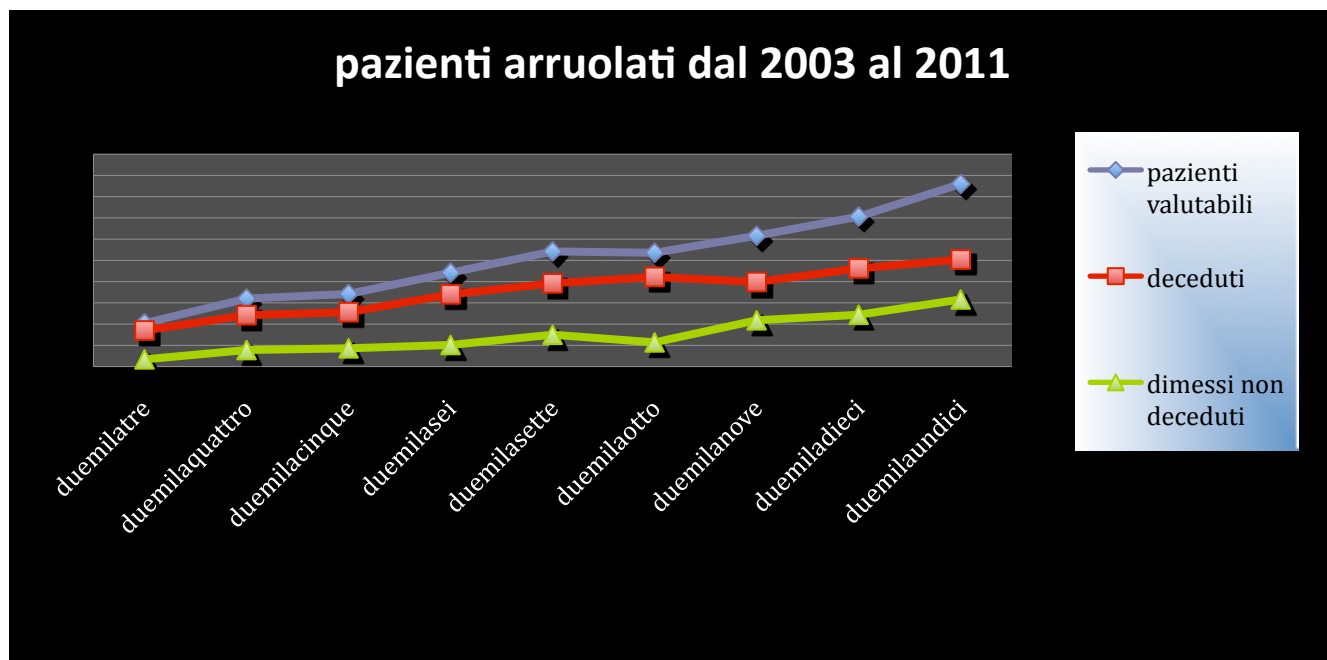


grafico 1

Le relazioni annuali che si sono susseguite nel tempo hanno avuto un unico sfondo: l'incremento progressivo di tutta l'attività che ha condotto, in nove anni, ad una sua triplicazione.

Anche nel 2011, l'analisi dei dati estrapolati dalle tabelle allegate, evidenzia una crescita dei pazienti presi in carico rispetto al 2010, sia in termini d'incidenza (+22,31%) che di soggetti misurabili (+21,81%). E' un segnale forte ed inequivocabile che pone alla ribalta le cure domiciliari complesse, dove nel futuro prossimo sono prevedibili due fenomeni già segnalati negli anni passati: il progressivo ampliamento delle cure ai malati cronici ed ai terminali non oncologici e l'ulteriore implemento della complessità stessa delle cure domiciliari con tecnologia avanzata portata a letto dell'ammalato. Tutto ciò, aggiunto al contestuale consolidamento di quei bisogni socio-assistenziali, dei quali peraltro i Comuni sono in debito attuativo, rende "scoperte" quelle criticità connesse a un adeguamento affannoso di un'offerta complessiva (quella istituzionale, sanitaria e sociale) a una domanda ineluttabilmente crescente. In questo scenario, le prassi e i processi di qualità, nondimeno indicati anche nella Carta dei Servizi dell'ASP, sono diventati strumenti finalizzati a rispondere a tale scopo. Nell'ultimo decennio, decreti ministeriali, accordi Stato-Regioni, delibere di Giunta Regionale, si sono avvicendati a un ritmo incessante ed hanno avuto come momento chiave, di svolta, l'emanazione di una tanto agognata Legge (la n.38 del 2010) sulle Cure palliative. Tale Legge riassume tutte le acquisizioni già enunciate dagli atti precedenti e le consolida in maniera sistematica, affermando che gli atti sanitari indirizzati ai malati terminali assumono la dignità dei LEA (livelli essenziali di assistenza) e che tali atti saranno scanditi dalla "medicina dell'evidenza" attraverso il rispetto delle linee guida.

L'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative, dal 2009 è Struttura Complessa. Tale entità, che ha una quantità esigua di risorse umane endogene, si avvale dell'utilizzo di una Cooperativa Sociale vincitrice di gara d'appalto, per la esecuzione di atti sanitari a casa dell'ammalato. Anche nel 2011 persiste l'allarme "saturazione" delle risorse richiamato anche per il

prossimo anno: l'andamento verso l'alto del grafico che indica i pazienti arruolati negli ultimi anni, comprova le accurate richieste di nuove risorse, sul fronte pubblico, soprattutto nei ruoli dirigenziali e di coordinamento, strategici per l'ottimizzazione di tutto il sistema. In attesa di applicare sul campo i parametri misurabili in cure palliative domiciliari, indicati dalle raccomandazioni ministeriali, è utile evidenziare le performances con valore intrinseco stimabile per costi analitici, sommati al (meno misurabile) valore aggiunto del miglioramento della qualità di vita. Nondimeno vanno ripresentate 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*.

***DATI ANNUALI UCP (TABELLE E GRAFICI)***

<b><i>DATI ATTIVITA' 2011</i></b>	
pazienti arruolati	444
Pazienti valutabili (deceduti - dimessi non deceduti, entro l'anno)	430
deceduti	252
dimessi non deceduti	178
media giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	61,25
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	26239

Tab.1

<b><i>DATI ATTIVITA' 2011</i></b>	
Pazienti valutabili	430
pazienti in nutrizione artificiale	347
pazienti in nutrizione artificiale (%)	81%
Pazienti in nutrizione parenterale	85
Pazienti in nutrizione enterale	202
Pazienti in nutrizione mista	60
numero giornate NPD	5581
num. Giornate NPD/paziente	38
media pazienti correnti in nutrizione parenterale	15,29

Tab.2

<b><i>DATI ATTIVITA' 2011</i></b>	
Pazienti valutabili	430
Pazienti trattati con oppiacei	178
Pazienti trattati con oppiacei (%)	41%
Pazienti trattati con oppioidi maggiori	137
Pazienti trattati con oppioidi minori	122
Consumo oppiacei totale (pezzi)	10845

Tab.3

<b><i>DATI ATTIVITA' 2011</i></b>	
Pazienti valutabili	430
cvc + port + peg + picc	176
Emotrasfusioni + terapie speciali	495
Consulenze esterne domiciliari	329
Visite ambulatoriali	147
Consulenze intraospedaliere	110
Percentuale prese in carico entro 72 ore dalla segnalazione *per il 2007 solo novembre e dicembre)	98,50%
Impianti PICC + midline	177

Tab.4

	NC	deceduti	totale	non oncologici	oncologici
totale pazienti 2011 (deceduti + dimessi non deceduti)	178	252	<b>430</b>	212	218
totale giorni presa in carico	10861	15377	<b>26239</b>	12936	13302
media giorni presa in carico	61,02	61,01	<b>61,02</b>	61,02	61,01
Giornate effettive di cura (Gec) accessi medici + infermieri + psicologi (max1 accesso/die)			<b>86%</b>		
Accessi medici	986	1396	<b>2382</b>	1174	1208
accessi medici/paziente	5,50	5,53	<b>5,50</b>	5,53	5,53
Accessi operatori/giorni di presa in carico (CIA)			<b>0,86</b>		
totale accessi psicologi			<b>1800</b>		
accessi psicologi/paziente (totale)			<b>4,18</b>		
accessi psicologi/giorni di presa in carico*100 (totale)			<b>6,86</b>		
totale accessi infermieristici	9232	13070	<b>22303</b>	10995	11308
accessi infermieristici/paziente	51,87	51,87	<b>51,87</b>	51,87	51,87
accessi infermieristici/giorni di presa in carico*100			<b>85%</b>		
Pazienti trattati con oppiacei	54	123	<b>178</b>	31	146
Pazienti trattati con oppioidi maggiori	29	108	<b>137</b>	21	116
Pazienti trattati con oppioidi minori	44	80	<b>122</b>	15	109
Pazienti trattati con oppiacei (%)	30%	49%	<b>41%</b>	15%	67%
Pazienti trattati con oppioidi maggiori (%)	16%	43%	<b>32%</b>	10%	53%
Pazienti trattati con oppioidi minori (%)	25%	32%	<b>28%</b>	7%	50%
pazienti in nutrizione artificiale	138	209	<b>347</b>	179	168
pazienti in nutrizione parenterale	14	71	<b>85</b>	48	37
pazienti in nutrizione mista	16	44	<b>60</b>	20	40
pazienti in nutrizione enterale	108	94	<b>202</b>	111	91
pazienti in nutrizione artificiale (%)	77%	83%	<b>81%</b>	84%	77%
pazienti in nutrizione parenterale (%)	8%	28%	<b>20%</b>	23%	17%
pazienti in nutrizione mista (%)	9%	17%	<b>14%</b>	9%	18%
pazienti in nutrizione enterale (%)	61%	37%	<b>47%</b>	52%	42%

Tab.5



COMUNE	CASI	ABITANTI	CASI/ABITANTI*100
Venosa	77	12214	0,630
Melfi	85	17435	0,488
Rionero	49	13511	0,363
Lavello	41	13888	0,295
Atella	18	3899	0,462
Rapolla	16	4510	0,355
Genzano	32	6129	0,522
Barile	15	3018	0,497
Banzi	7	1513	0,463
Palazzo	19	5064	0,375
Ginestra	7	742	0,943
Pescopagano	3	2045	0,147
San Fele	13	3319	0,392
Ruvo del Monte	5	1122	0,446
Rapone	6	1053	0,570
Ripacandida	7	1669	0,419
Montemilone	13	1773	0,733
Maschito	6	1767	0,340
Forenza	11	2266	0,485
<b>TOTALE 2011</b>	<b>430</b>	<b>96937</b>	<b>0,443</b>

Tab.6

<b>COMUNE</b>	<b>CASI</b>	<b>ABITANTI</b>	<b>CASI/ABITANTI*100</b>
<b>Venosa</b>	<b>77</b>	<b>12214</b>	<b>0,63</b>
<b>Melfi</b>	<b>85</b>	<b>17435</b>	<b>0,49</b>
<b>Rionero</b>	<b>49</b>	<b>13511</b>	<b>0,36</b>
<b>Lavello</b>	<b>41</b>	<b>13888</b>	<b>0,30</b>
<b>TOTALE 2011</b>	<b>252</b>	<b>57048</b>	<b>0,44</b>
<b>anno 2011</b>			
<b>Atella</b>	<b>18</b>	<b>3899</b>	<b>0,46</b>
<b>Rapolla</b>	<b>16</b>	<b>4510</b>	<b>0,35</b>
<b>Genzano</b>	<b>32</b>	<b>6129</b>	<b>0,52</b>
<b>Barile</b>	<b>15</b>	<b>3018</b>	<b>0,50</b>
<b>Banzi</b>	<b>7</b>	<b>1513</b>	<b>0,46</b>
<b>Palazzo</b>	<b>19</b>	<b>5064</b>	<b>0,38</b>
<b>Ginestra</b>	<b>7</b>	<b>742</b>	<b>0,94</b>
<b>Pescopagano</b>	<b>3</b>	<b>2045</b>	<b>0,15</b>
<b>San Fele</b>	<b>13</b>	<b>3319</b>	<b>0,39</b>
<b>Ruvo del Monte</b>	<b>5</b>	<b>1122</b>	<b>0,45</b>
<b>Rapone</b>	<b>6</b>	<b>1053</b>	<b>0,57</b>
<b>Ripacandida</b>	<b>7</b>	<b>1669</b>	<b>0,42</b>
<b>Montemilone</b>	<b>13</b>	<b>1773</b>	<b>0,73</b>
<b>Maschito</b>	<b>6</b>	<b>1767</b>	<b>0,34</b>
<b>Forenza</b>	<b>11</b>	<b>2266</b>	<b>0,49</b>
<b>TOTALE 2011</b>	<b>178</b>	<b>39889</b>	<b>0,44</b>

Tab.7

COMUNE	CASI	ABITANTI	CASI/ABITANTI*100	
Atella	18	3899	0,46	distretto melfi
Melfi	85	17435	0,49	
Rionero	49	13511	0,36	
Rapolla	16	4510	0,35	
Barile	15	3018	0,50	
Pescopagano	3	2045	0,15	
San Fele	13	3319	0,39	
Ruvo del Monte	5	1122	0,45	
Rapone	6	1053	0,57	
Ripacandida	7	1669	0,42	
<b>TOTALE</b>	<b>217</b>	<b>51581</b>	<b>0,42</b>	
<b>Duemilaudici</b>				
Venosa	77	12214	0,63	distretto venosa
Genzano	32	6129	0,52	
Banzi	7	1513	0,46	
Lavello	41	13888	0,30	
Palazzo	19	5064	0,38	
Ginestra	7	742	0,94	
Montemilone	13	1773	0,73	
Maschito	6	1767	0,34	
Forenza	11	2266	0,49	
<b>TOTALE</b>	<b>213</b>	<b>45356</b>	<b>0,47</b>	

Tab.8

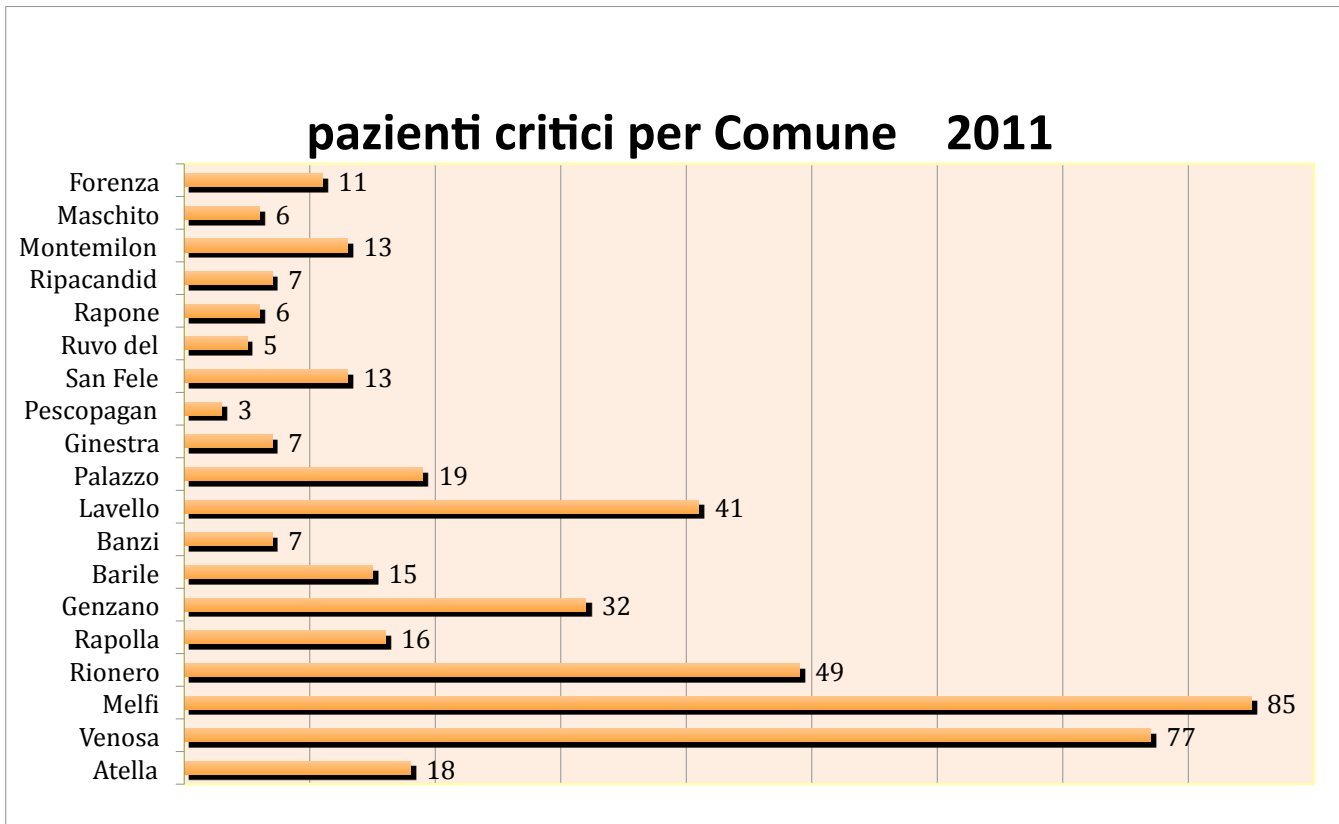


grafico 2

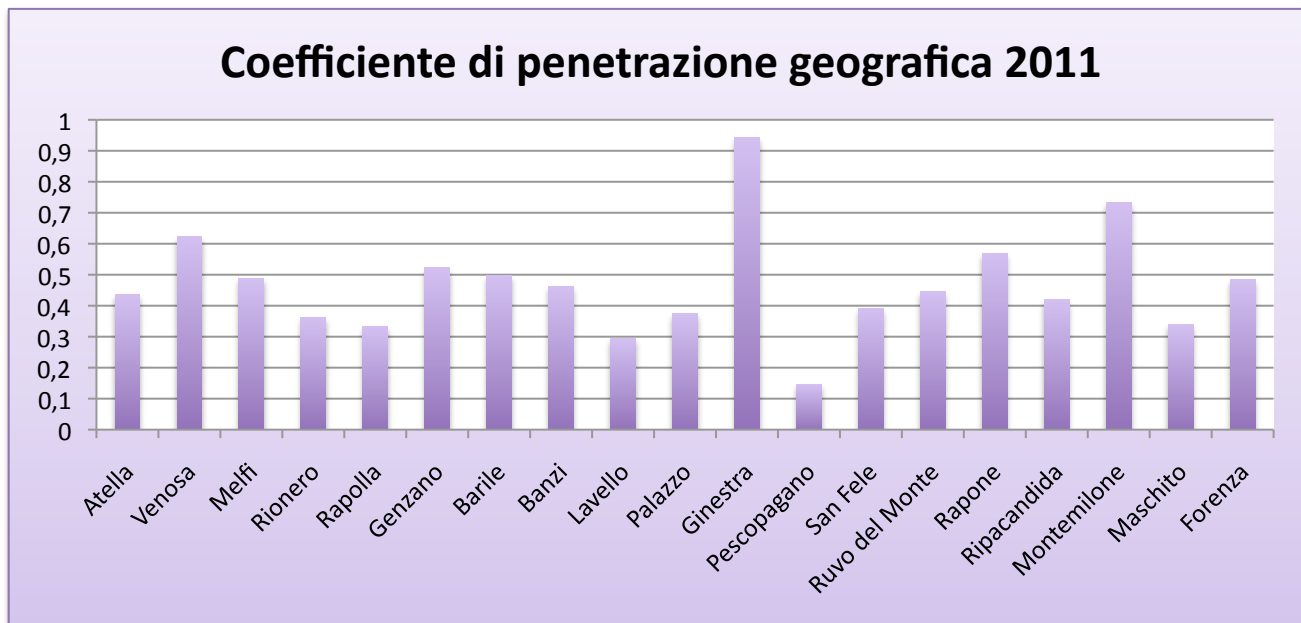


grafico 3

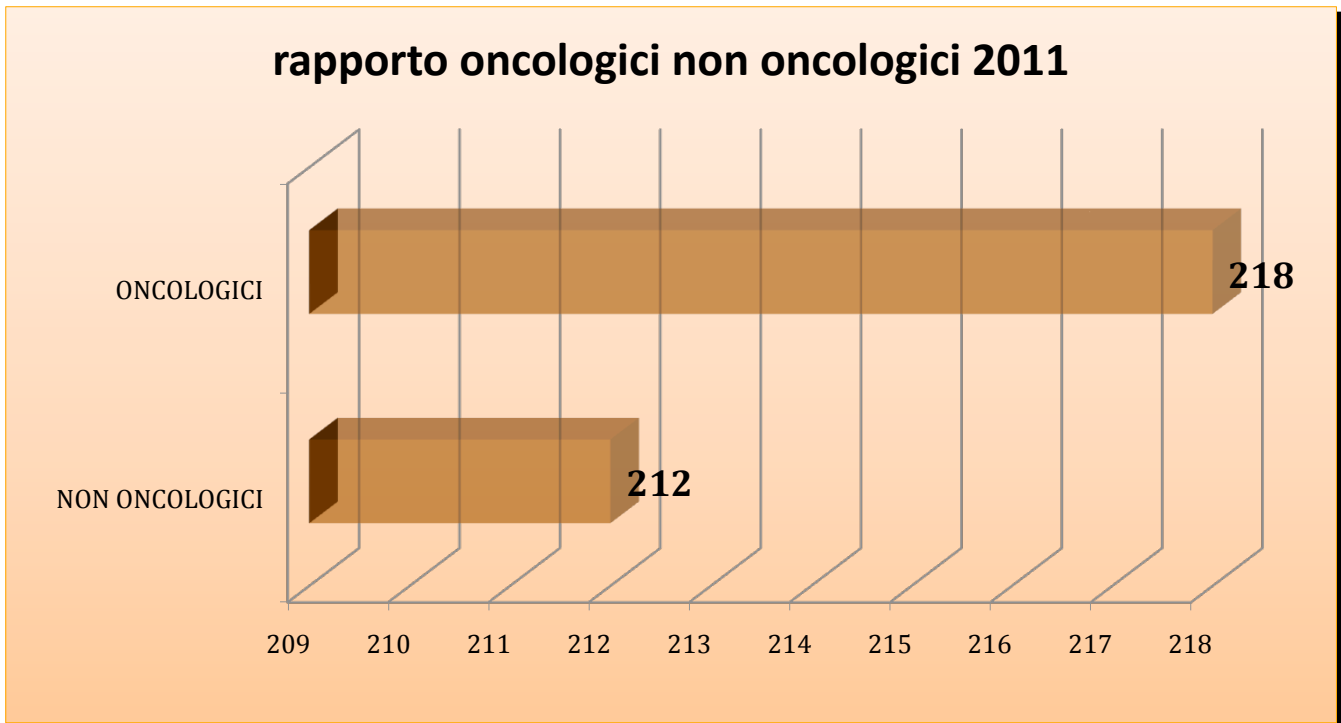


grafico 4



grafico 5

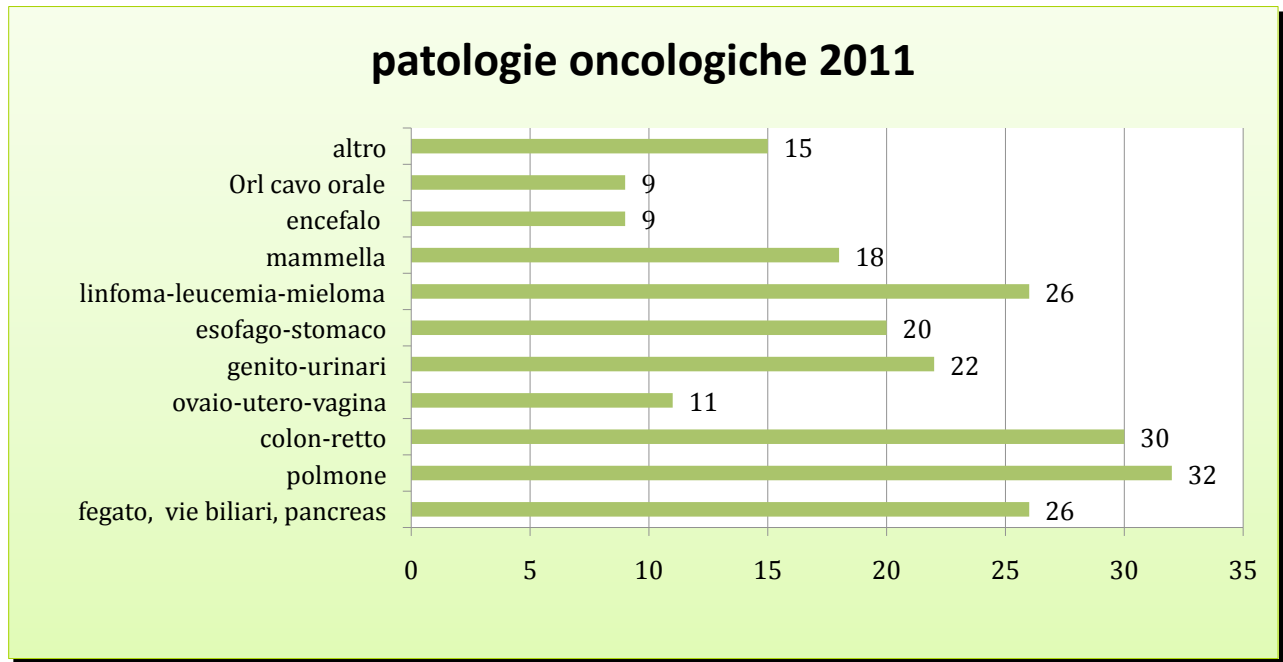


grafico 6

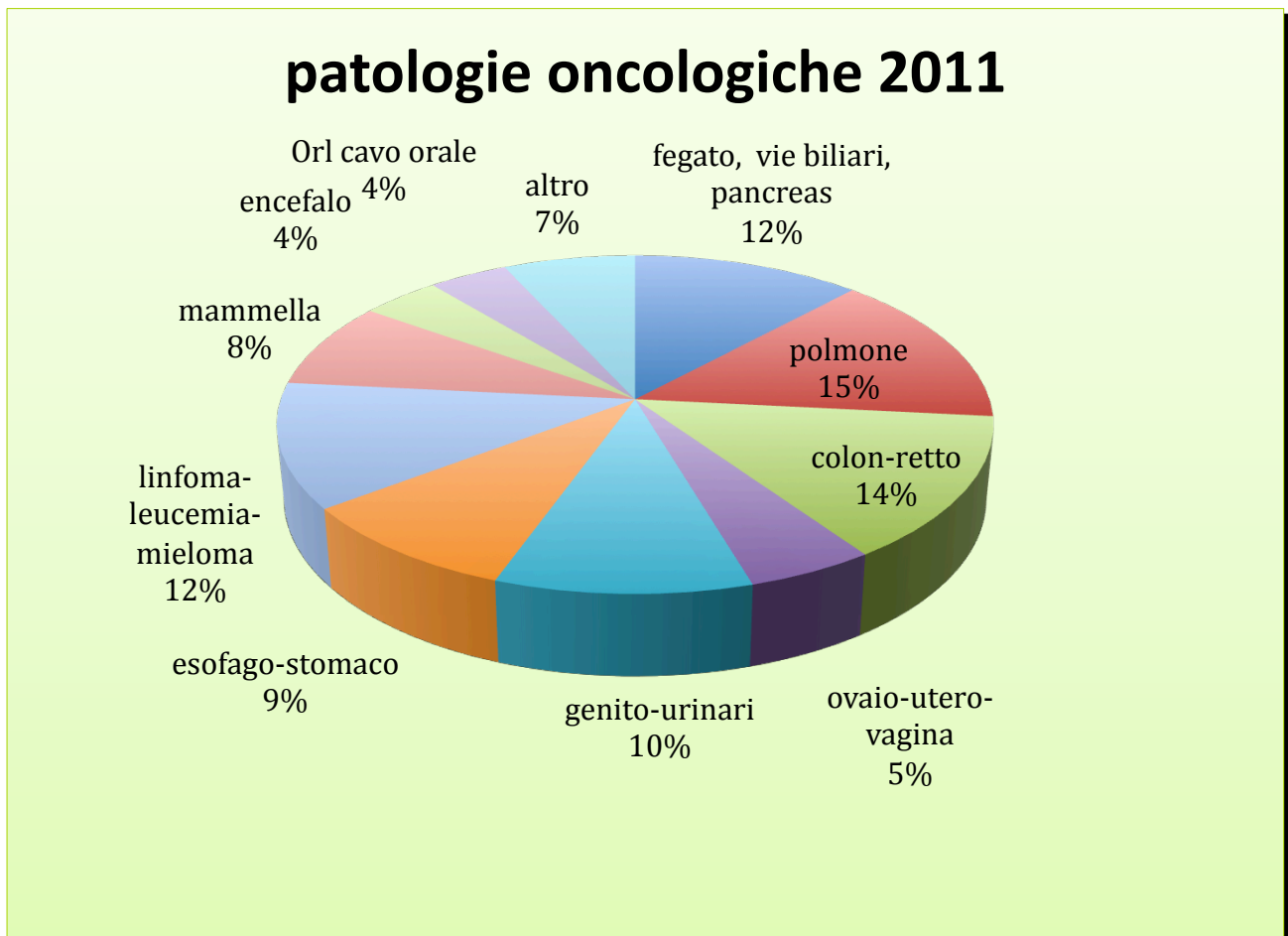


grafico 7

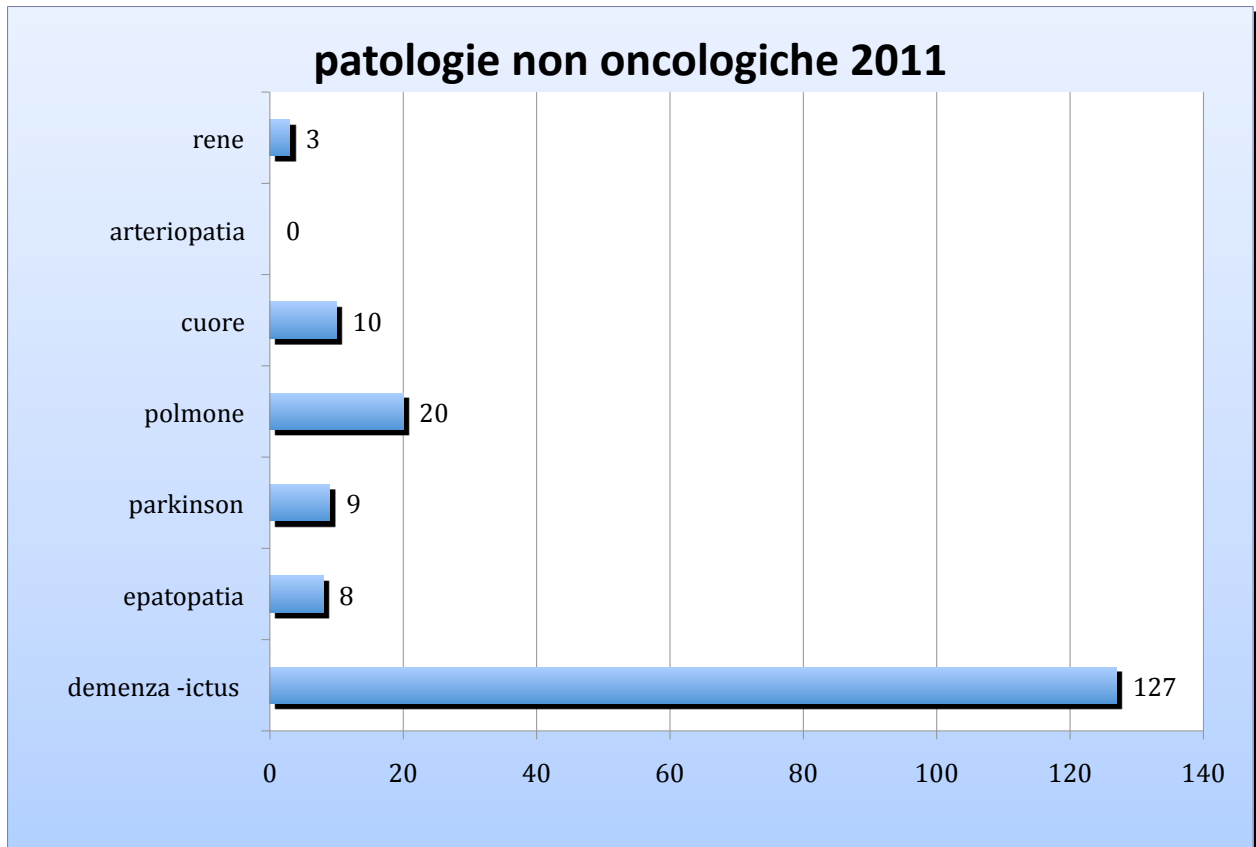


grafico 8

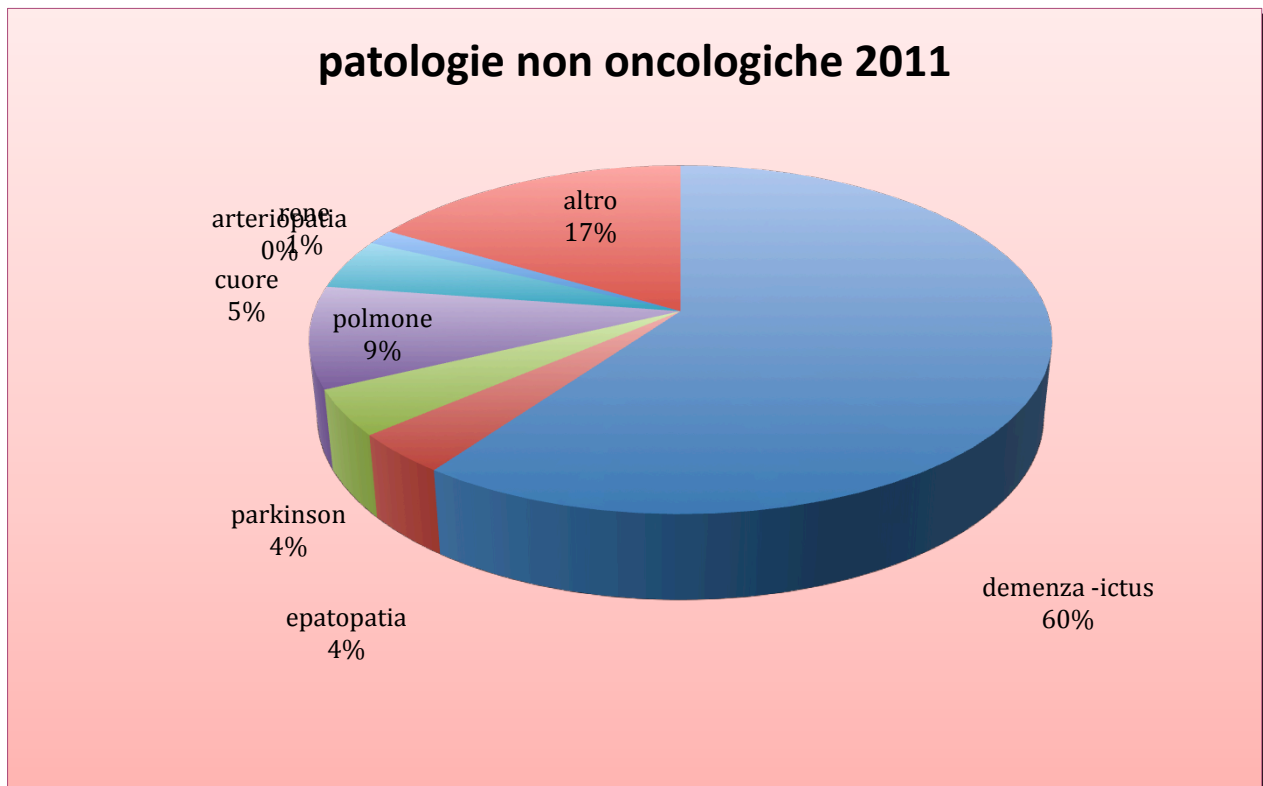


grafico 9

<b>PAZIENTI TRATTATI PER PIAGHE DA DECUBITO - ULCERE VENOSE E ARTERIOSE - PIEDE DIABETICO ANNO 2011</b>			<b>Comune</b>	<b>N. pazienti</b>
	<b>Totale accessi</b>	<b>244</b>	ATELLA	4
			LAVELLO	22
	<b>Totale pazienti</b>	<b>166</b>	BARILE	3
	<b>Maschi</b>	<b>59</b>	FORENZA	2
	<b>Femmine</b>	<b>107</b>	GINESTRA	3
			MELFI	28
	<b>Età media</b>	<b>80,04</b>	MELFI (Foggiano)	2
			MASCHITO	2
	<b>Recentazioni</b>	<b>55</b>	MONTEMILONE	2
			PALAZZO S.GERVASIO	14
			RAPOLLA	7
			RIONERO IN VULTURE	34
			RIPACANDIDA	1
			RUVO DEL MONTE	3
<b>Pazienti</b>	<b>oncologici</b>	<b>16</b>	SAN FELE	5
	<b>non oncologici</b>	<b>150</b>	VENOSA	32
			PESCOAGANO	1
			RAPONE	1
			<b>TOTALE</b>	<b>166</b>
	piaghe da decubito	58		
	piede diabetico	13	<b>TIPO MEDICAZIONE</b>	<b>NUMERO PAZIENTI</b>
	ulcere venose/arteriose	62	IDROCOLLOIDE	31
	altro	33	IDROFIBRA O SCHIUMA DI POLIURETANO	46
			MEDICAZIONE CON ARGENTO	8
			ALGINATI	5
<b>stadio</b>	I stadio	3	IDROGEL	53
	II stadio	31	COADIUVANTE A BASE DI AMINOACIDI	0
	III stadio	74	MATRICE MODULANTE DI PROTEASI	13
	IV stadio	37	PRESSIONE NEGATIVA	8
	Altro	21	ALTRO	2
			<b>TOTALE</b>	<b>166</b>

Tab.9





grafico 10

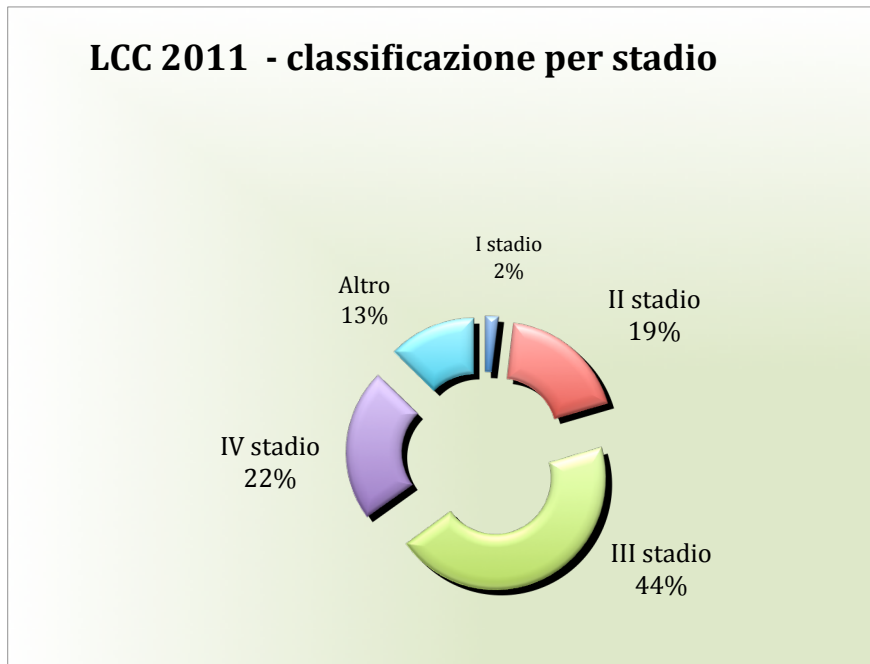


grafico 11

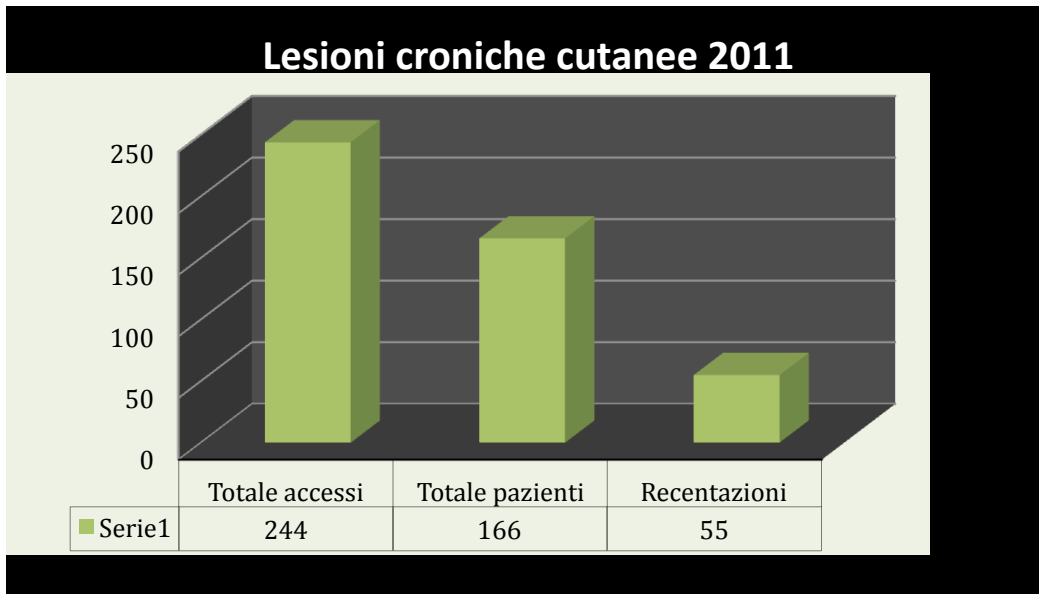


grafico 12

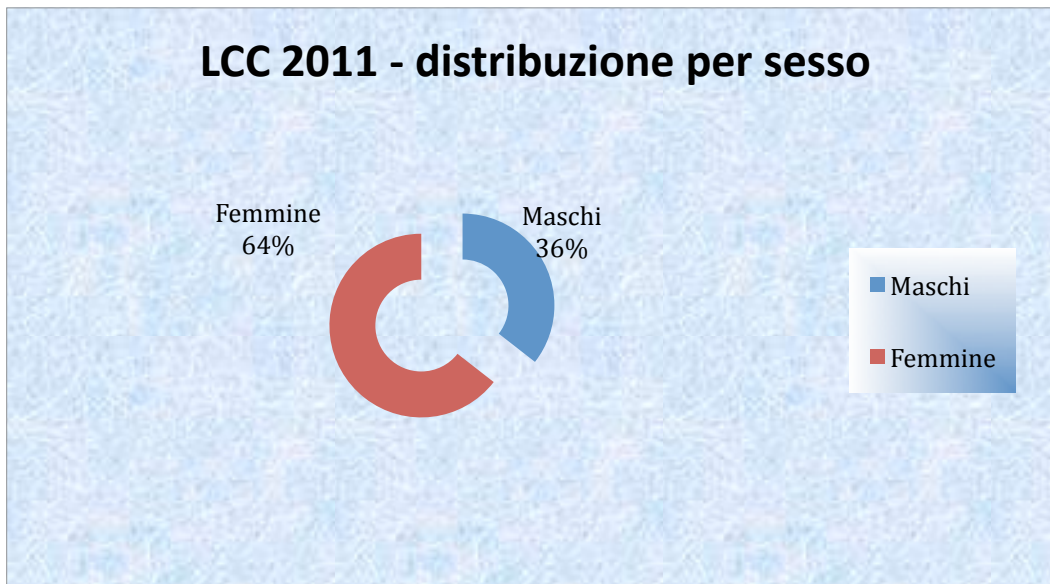


grafico 13

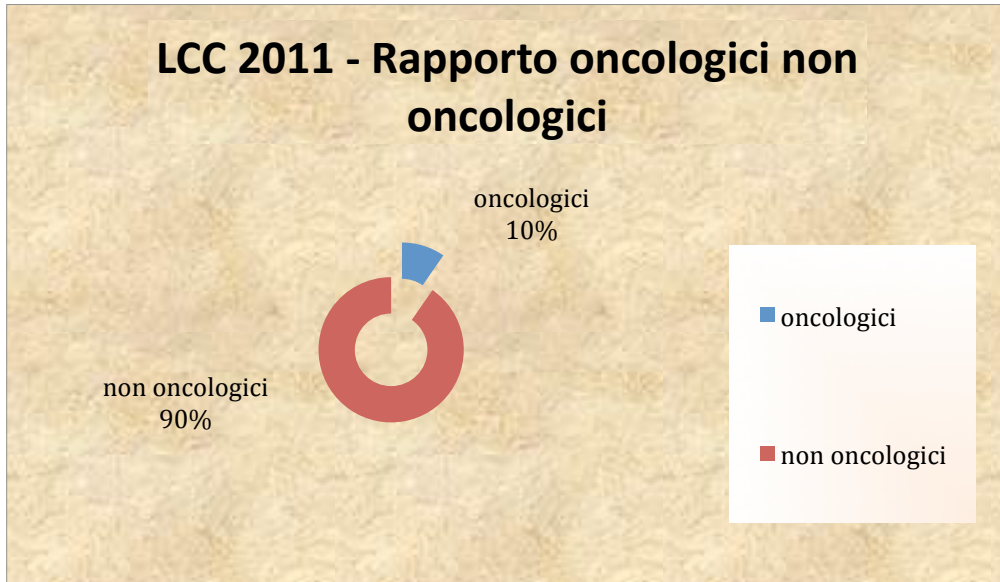


grafico 14

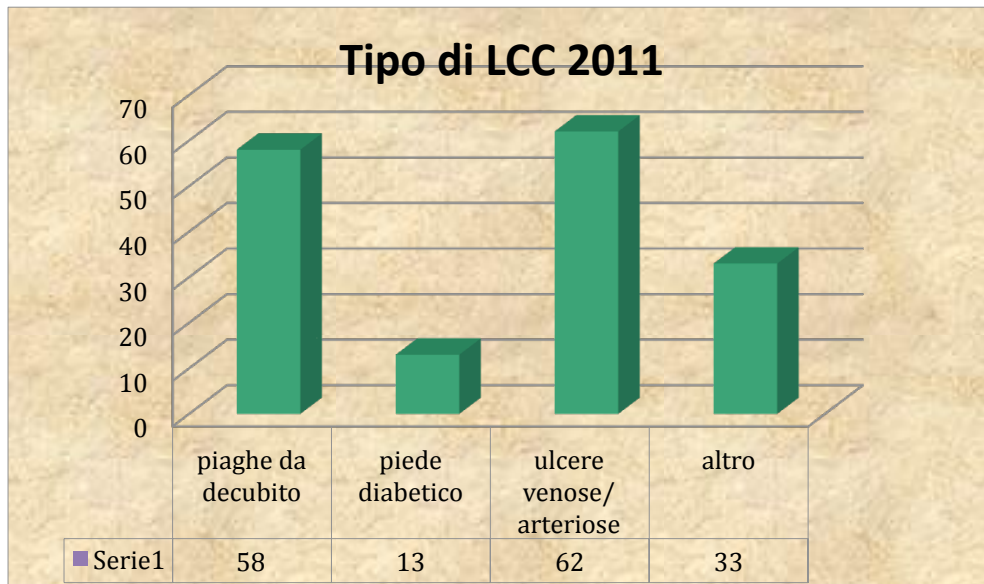


grafico 15

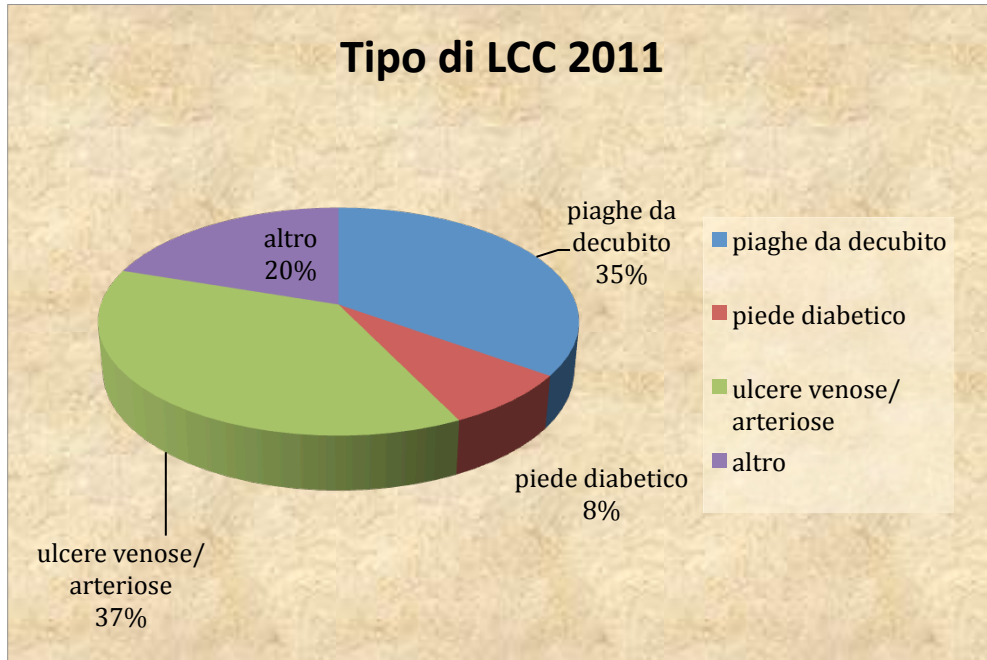


grafico 16

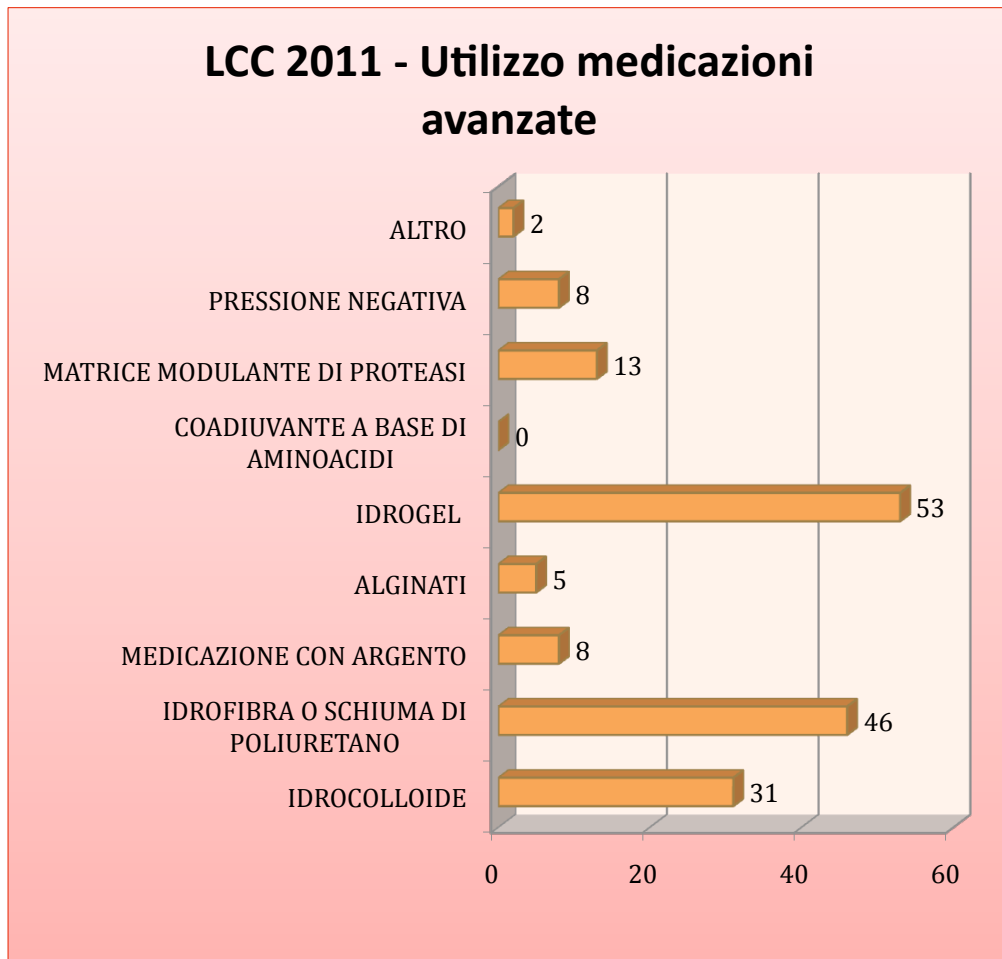


grafico 17

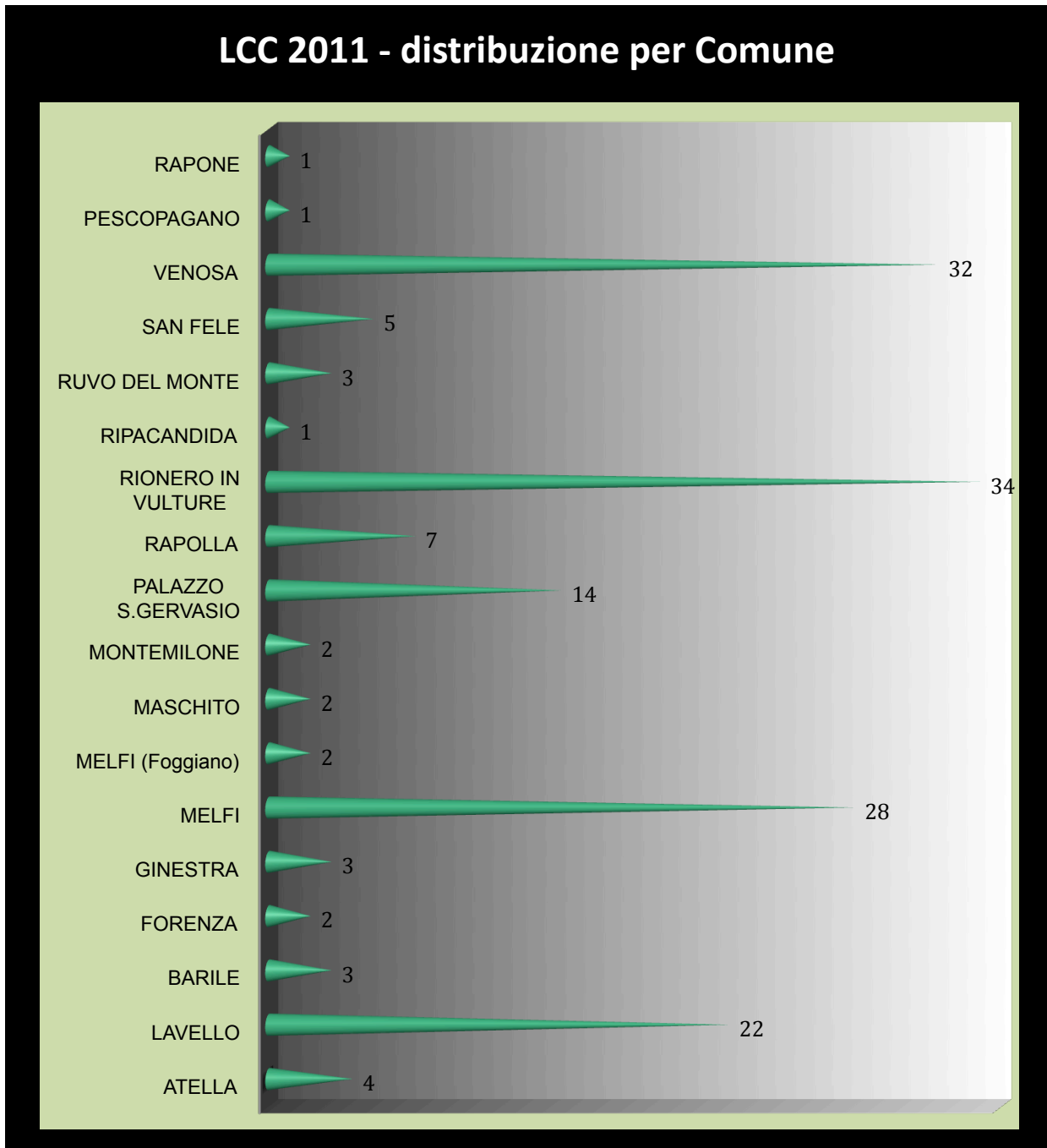


grafico 18

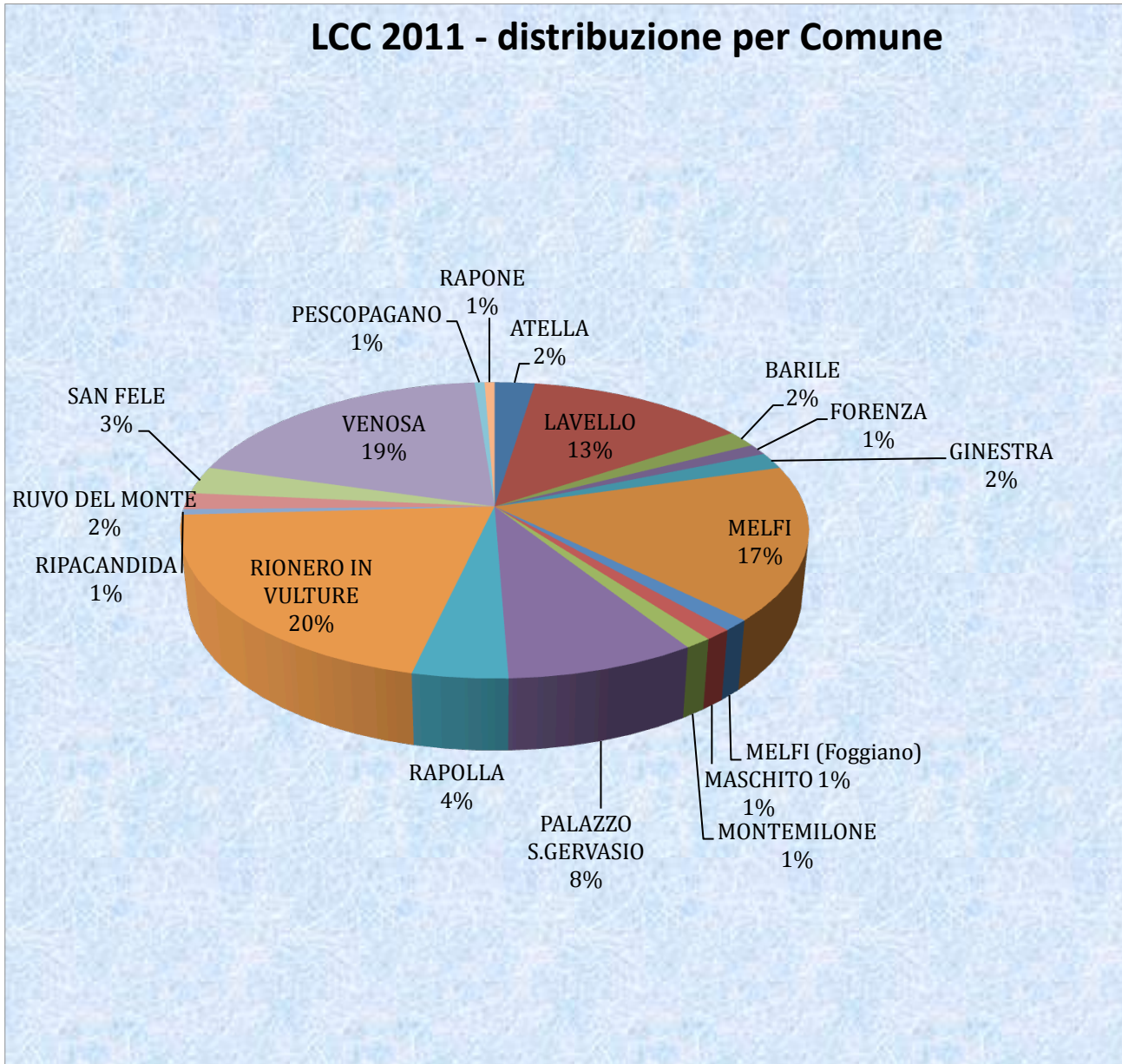


grafico 19

<b>Riunioni 2011</b>					
<b>Infermieri</b>		<b>Equipe</b>	<b>Psicologhe</b>		<b>CCP Pediatrie</b>
Approfondimento	7		intervisione	8	
burn-out	2		Poster/pubblicazioni	9	
<b>totale</b>	<b>9</b>	<b>2</b>		<b>17</b>	<b>1</b>

Tab.10

<b>RETE MOBILE AZIENDALE (Auxilium) anno 2011</b>			
Totale ore comunicazioni intercom	1.578,00		
Media ore/mese	131,5		
Totale postazioni rete mobile	36		
Media ore comunicazione/postazione/anno	43,84		
<b>Totale comunicazioni presumibili</b>	<b>39.227,00</b>		
Totale comunicazioni presumibili/mese	3.269,00		
<b>RETE MOBILE AZIENDALE (Auxilium)</b>			
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variazione</b>
Totale ore comunicazioni intercom	1.338,00	1.578,00	17,94%
Media ore/mese	111,5	131,5	17,94%
Totale postazioni rete mobile	35	36	2,86%
Media ore comunicazione/postazione/anno	38,23	43,84	14,67%
<b>Totale comunicazioni presumibili</b>	<b>32.112,00</b>	<b>39.227,00</b>	<b>22,16%</b>
Totale comunicazioni presumibili/mese	2.676,00	3.269,00	22,16%

Tab. 11

<b>tipologia</b>	<b>numero pazienti</b>		
prestazionali + I e II livello (standard)	1.278		
III livello + cure palliative (area critica)	430		
<b>totali</b>	<b>1.708</b>		
<b>standard + area critica</b>			
	<b>ore</b>	<b>costo orario</b>	<b>Totale</b>
Totale ore ip/fkt	68.697	23,17	1.591.709,49
med area critica	3.012	26,12	78.673,44
psi area critica	2.636	23,56	62.104,16
<b>TOTALE</b>	<b>74.345</b>		<b>1.732.487,09</b>
<b>ip + fkt</b>			
	<b>ore</b>	<b>costo orario</b>	<b>Totale</b>
ip/fkt standard	46.105	23,17	1.068.252,85
ip Area critica	22.592	23,17	523.456,64
<b>Totale ore ip/fkt</b>	<b>68.697</b>	<b>23,17</b>	<b>1.591.709,49</b>
<b>area critica</b>			
	<b>ore</b>	<b>costo orario</b>	<b>Totale</b>
ip Area critica	22.592	23,17	523.456,64
med area critica	3.012	26,12	78.673,44
psi area critica	2.636	23,56	62.104,16
<b>totale area critica</b>	<b>28.240</b>		<b>664.234,24</b>
<b>costi annuali (standard + area critica)</b>			
	<b>fattura 2011</b>	<b>costo orario totale</b>	<b>costi di gestione aggiuntivi</b>
	2.110.747,74	1.732.487,00	<b>378.260,74</b>
<b>costi di gestione aggiuntivi</b>			
	<b>totali</b>	<b>standard</b>	<b>area critica</b>
	378.260,74	283.031,16	<b>95.229,58</b>
<b>totale area critica (III livello + cure palliative)</b>			
	<b>costo orario totale</b>	<b>costi di gestione aggiuntivi</b>	<b>totale</b>
	664.234,00	95.229,58	<b>759.463,58</b>
<b>ADI UCP</b>			
<b>anno 2011</b>			
farmacia	€415.002,45		
auxilium	€ 759.463,58		
<b>totale</b>	<b>€ 1.174.466,03</b>		
<b>costo paziente</b>			
			<b>€ 2.731,32</b>
<b>costo giornata</b>			
			<b>€ 29,85</b>

Tab. 12



## ***CONSIDERAZIONI SULLO STATO DELL'ARTE***

Le tabelle e i grafici 2011 mostrano un'attività consolidata ed in costante crescita rispetto agli anni precedenti. Nelle tabelle comparative rispetto al 2010 sono sviscerati gli aspetti peculiari e messi in luce sia i punti di forza che le criticità.

Vale qui la pena porre l'accento solo su alcuni temi:

1. I malati terminali non oncologici sfiorano ormai il 50% dei pazienti gestiti. Tra questi sono presenti soggetti con terminalità a lungo termine nei confronti dei quali le cure richiedono una calibrazione peculiare in un ambito di complessità assistenziale elevata.
2. Nel 2011, il coefficiente di penetrazione geografica medio (rapporto fra casi trattati e popolazione), ha ormai stabilmente superato lo 0,4 %.
3. I dati concernenti la NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare) (5581 giornate NPD in 145 pazienti per una media di 38 giorni ciascuno e con una media di 15 pazienti al giorno, in linea) presuppongono la creazione, all'interno dell'Unità Operativa, di un Centro NAD aziendale, anche alla luce di un centinaio di consulenze intraospedaliere e degli oltre centosettanta impianti annuali di PICC o Midline in gran parte finalizzati a tale scopo. Un Centro NAD aziendale sistematizzerebbe un settore che, vivendo ancora una fase pionieristica, non garantisce una copertura di tutto il territorio ASP sia in termini di erogazione in quanto tale, sia in termini di tutela della stessa erogazione sul fronte della qualità e della sicurezza.
4. I dati riguardanti la terapia del dolore sono consolidati e stabili rispetto agli anni precedenti e non registrano gli incrementi degli altri settori. Tale fenomeno si spiega in parte con una maggiore prescrizione di oppiacei dei MMG soprattutto nelle fasi non terminali, ma anche con incremento relativamente contenuto delle terminalità oncologiche (a maggior domanda di oppiacei) rispetto a quelle non oncologiche. Va ribadito che anche per tale settore (il Dolore) il Piano Sanitario Regionale prevede percorsi e strutture specifiche, non ancora attuate, che sarebbe auspicabile prevedere, in funzione di un salto di qualità riferito alla eliminazione del fenomeno "macchia di leopardo" attraverso la "copertura" di tutto il territorio ASP.

5. In riferimento alle lesioni croniche cutanee, si assiste ad un lieve miglioramento in termini di fruibilità dei dati che corrisponde ad un discreto progresso in termini di gestione delle stesse. Si è rilevato, a più riprese, come il “salto di qualità” in tale settore non può prescindere da un assetto logistico organizzato e da un'affluenza di dati (anche iconografici) attraverso i quali “leggere” le criticità ed elaborare al meglio la strategia terapeutica. E' ormai superato il concetto di contrapposizione fra le medicazioni tradizionali e le medicazioni avanzate, che sono oramai utilizzate routinariamente. E' iniziato l'impiego della NPWT (terapia a pressione negativa). Il controllo dei dati, la disponibilità di una tecnologia più avanzata, il know how in possesso degli operatori, fa ben sperare per il conseguimento di risultati più efficaci a breve-medio termine.
6. Una peculiarità storica di tale Unità è rappresentata dalla imprescindibilità dello psicologo in tutti contesti clinico-gestionali. Il supporto all'ammalato, all'ambiente familiare, all'equipe di cura, rappresenta una pietra miliare della nostra organizzazione. A ciò si è aggiunta la formazione e il supporto ai volontari che ci affiancano. Non ultimo, va rilevato in maniera crescente, il fondamentale supporto al lutto dei familiari, che come atto finale di una presa in carico autentica, ha contribuito ad accrescere il consenso e, oserei dire, l'affetto di coloro che si sono interfacciati con i nostri operatori.
7. Anche nel 2011 si sono svolti numerosi incontri di aggiornamento e riunioni fra operatori. Tali incontri, curati dagli Psicologi, hanno rappresentato momenti di formazione e, occasioni nelle quali si è potuto misurare e quindi prevenire il temuto ma prevedibile fenomeno del burnout di ciascun operatore.
8. Lentamente, ma gradualmente si sta intensificando l'attività di supporto della “Gigi Ghirotti Basilicata”; i volontari “formati” di tale associazione, con la loro presenza nelle case, contribuiscono a fare “sistema” e a rendere più trasparenti le cure palliative domiciliari. Sta affermandosi sempre di più l'iniziativa “Offriamogli un bagno caldo” attraverso la quale, nel 2011 sono stati eseguiti circa 50 bagni a pazienti allettati nel proprio letto.
9. Un'attività silente, poco rendicontabile ma molto impegnativa è rappresentata da quella telefonica. Una “presa in carico” comprende anche e soprattutto la disponibilità a rispondere a tutte le domande, ma soprattutto ad assistere, malato e famiglia, “in tempo reale”. La titolazione di un oppiaceo nella terapia del dolore, la gestione di effetti collaterali o d'insorgenza di nuovi sintomi che potrebbero essere importanti o banali, richiedono spesso

interlocuzioni telefoniche che divengono decisive sia in caso di risoluzione definitiva del problema, sia in caso di “avvio” a risoluzione con un ricovero, una predisposizione di accertamento diagnostico o un cambio di terapia. La determinazione dell'attività telefonica è tecnicamente difficile, ma l'opportunità di una “rete telefonica” dedicata, che la cooperativa Auxilium ha messo a disposizione, ha reso possibile quantificare, anche se solo parzialmente, una modalità di comunicazione strategicamente determinante. Rispetto al 2010 si registra un rilevante incremento di tale attività: 39227 comunicazioni (+22,16% rispetto al 2010) in 1578 ore l'anno (+17,94%); 131,5 ore di comunicazioni al mese (+17,94%), 39227 comunicazioni presumibili (+22,16%). L'enormità di tali cifre, per quanto parziali poiché non tengono conto del traffico degli operatori ASP, è sconvolgente per le dimensioni e deve far riflettere sulla reale incidenza in tale settore di tutti gli aspetti della comunicazione.

***DATI COMPARATIVI UCP 2010 – 2011***

<b><i>DATI ATTIVITA'</i></b>	<b><i>2010</i></b>	<b><i>2011</i></b>	<b><i>Variazioni %</i></b>
pazienti arruolati	<b>363</b>	<b>444</b>	<b>22,31</b>
Pazienti valutabili (deceduti dimessi non deceduti entro l'anno)	<b>353</b>	<b>430</b>	<b>21,81</b>
deceduti	<b>231</b>	<b>252</b>	<b>9,09</b>
dimessi non deceduti	<b>122</b>	<b>178</b>	<b>45,90</b>
media giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	<b>54,49</b>	<b>61,25</b>	<b>12,41</b>
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	<b>19237</b>	<b>26239</b>	<b>36,40</b>
Pazienti in nutrizione artificiale	<b>241</b>	<b>347</b>	<b>43,98</b>
Pazienti in nutrizione parenterale	<b>101</b>	<b>85</b>	<b>-15,84</b>
Pazienti in nutrizione enterale	<b>96</b>	<b>202</b>	<b>110,42</b>
Pazienti in nutrizione mista	<b>44</b>	<b>60</b>	<b>36,36</b>
numero giornate NPD	<b>5577</b>	<b>5577</b>	<b>0,00</b>
cvc + port+ peg + picc	<b>152</b>	<b>176</b>	<b>15,79</b>
Emotrasfusioni + terapie speciali	<b>266</b>	<b>495</b>	<b>86,09</b>
Pazienti trattati con oppiacei	<b>175</b>	<b>178</b>	<b>1,71</b>
Pazienti trattati con oppioidi maggiori	<b>129</b>	<b>137</b>	<b>6,20</b>
Pazienti trattati con oppioidi minori	<b>132</b>	<b>122</b>	<b>-7,58</b>
Consumo oppiacei totale (pezzi)	<b>14126</b>	<b>10845</b>	<b>-23,23</b>
Consulenze esterne domiciliari	<b>264</b>	<b>329</b>	<b>24,62</b>
Visite ambulatoriali	<b>162</b>	<b>147</b>	<b>-9,26</b>
Consulenze intraospedaliere	<b>98</b>	<b>110</b>	<b>12,24</b>
Percentuale prese in carico entro 72 ore dalla segnalazione *per il 2007 solo novembre e dicembre)	<b>0,985</b>	<b>0,985</b>	<b>0,00</b>
Impianti PICC + midline	<b>119</b>	<b>177</b>	<b>48,74</b>

Tab.13

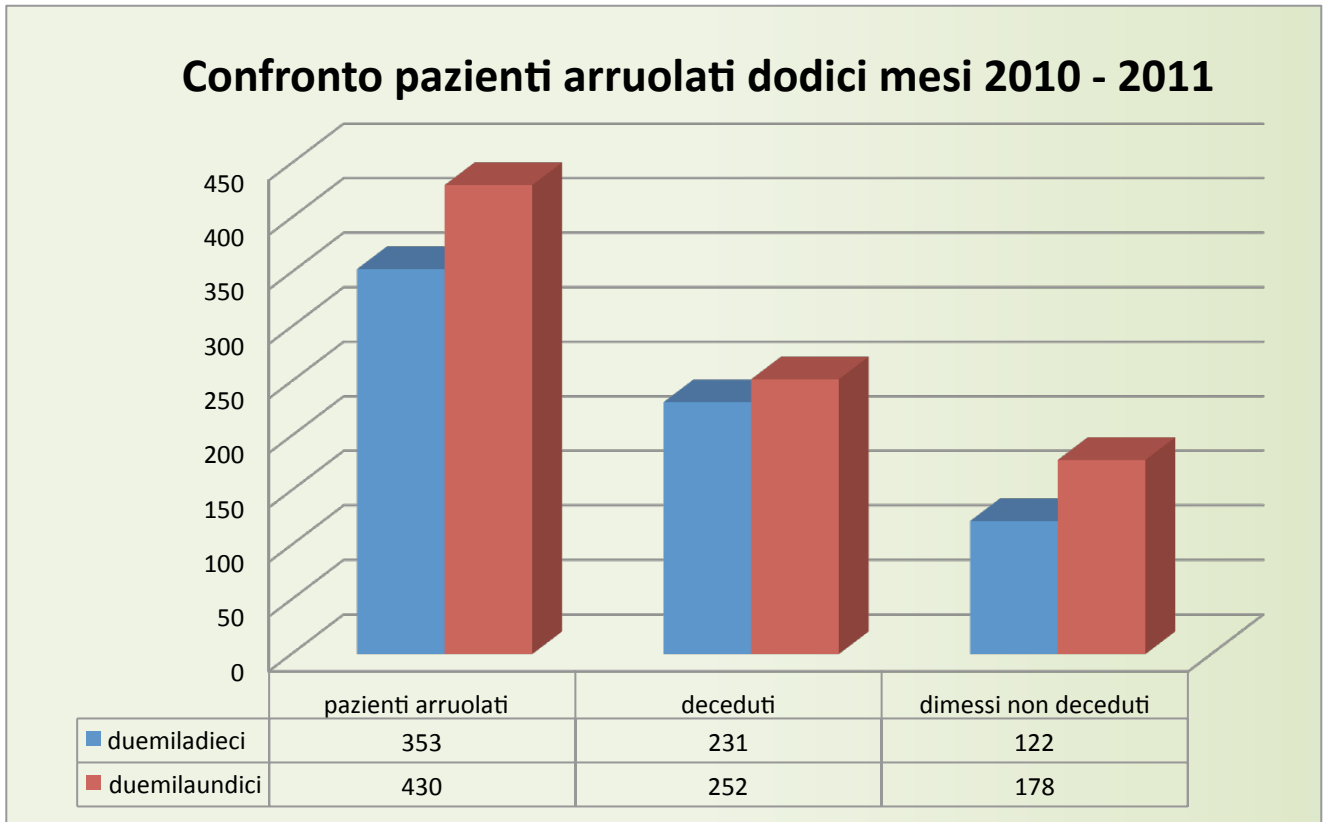


grafico 20

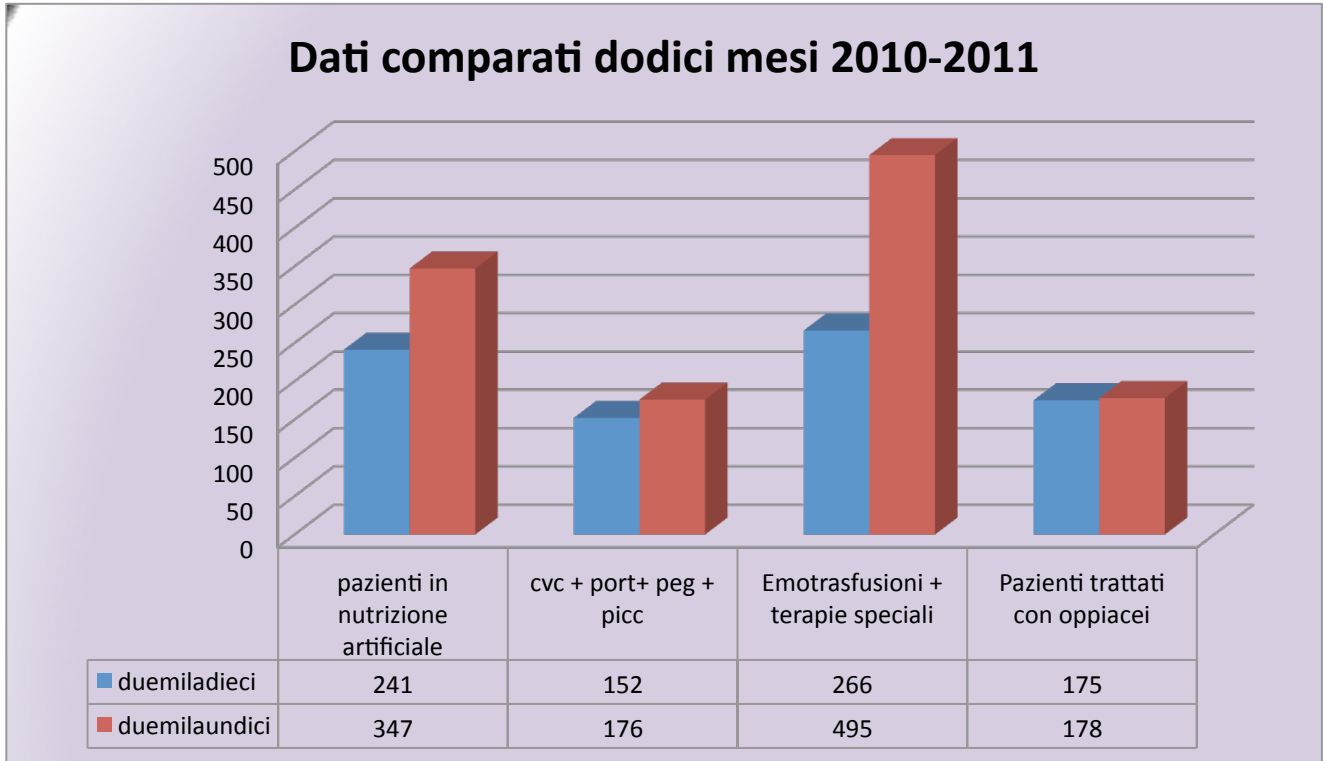


grafico 21

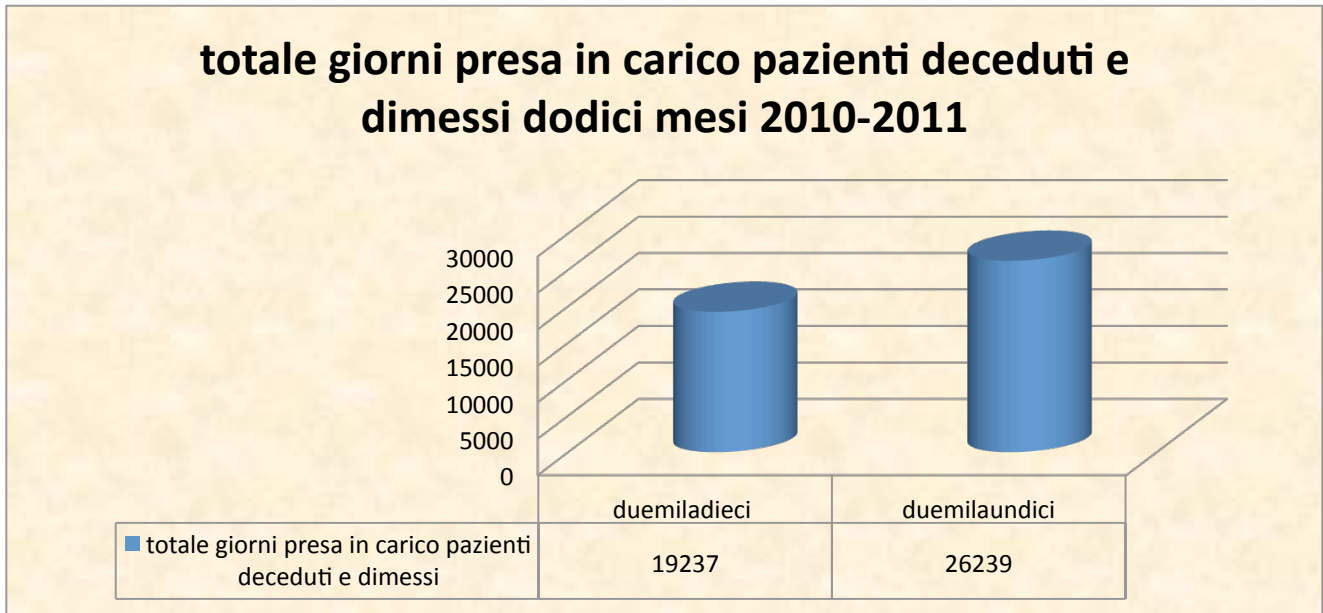


grafico 22

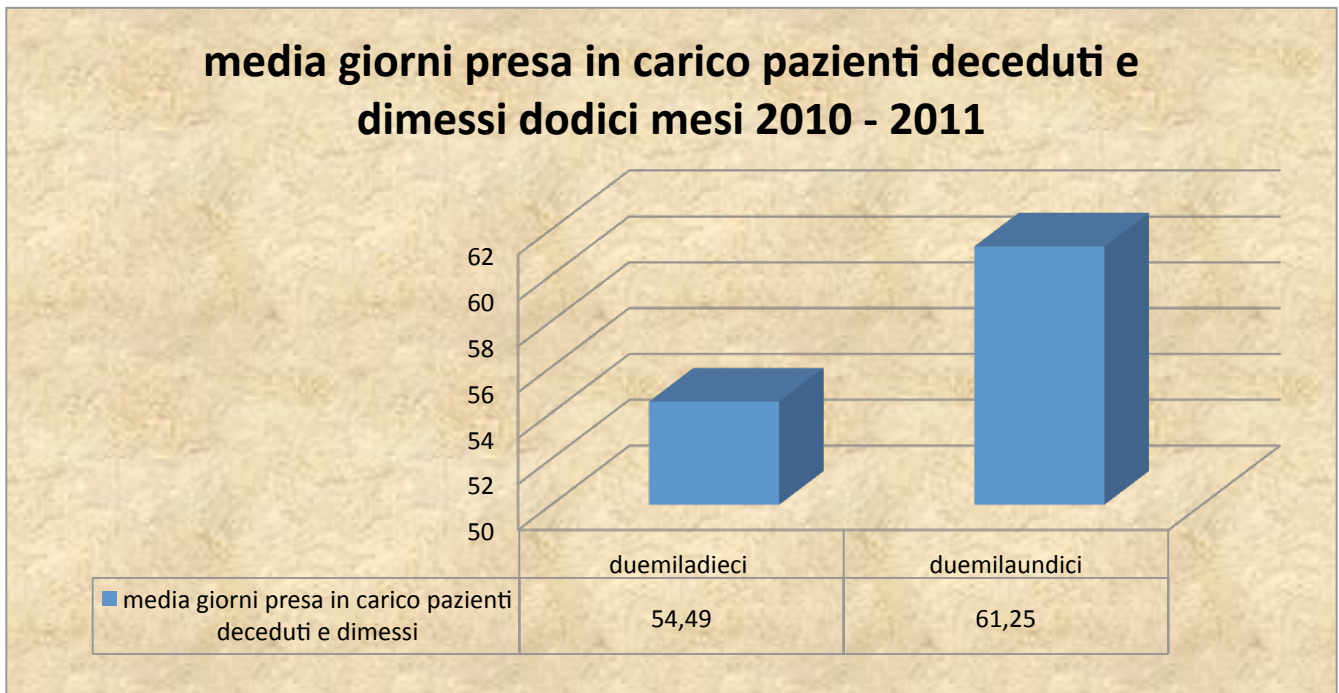


grafico 23

### Confronto nutrizione artificiale dodici mesi 2010 - 2011

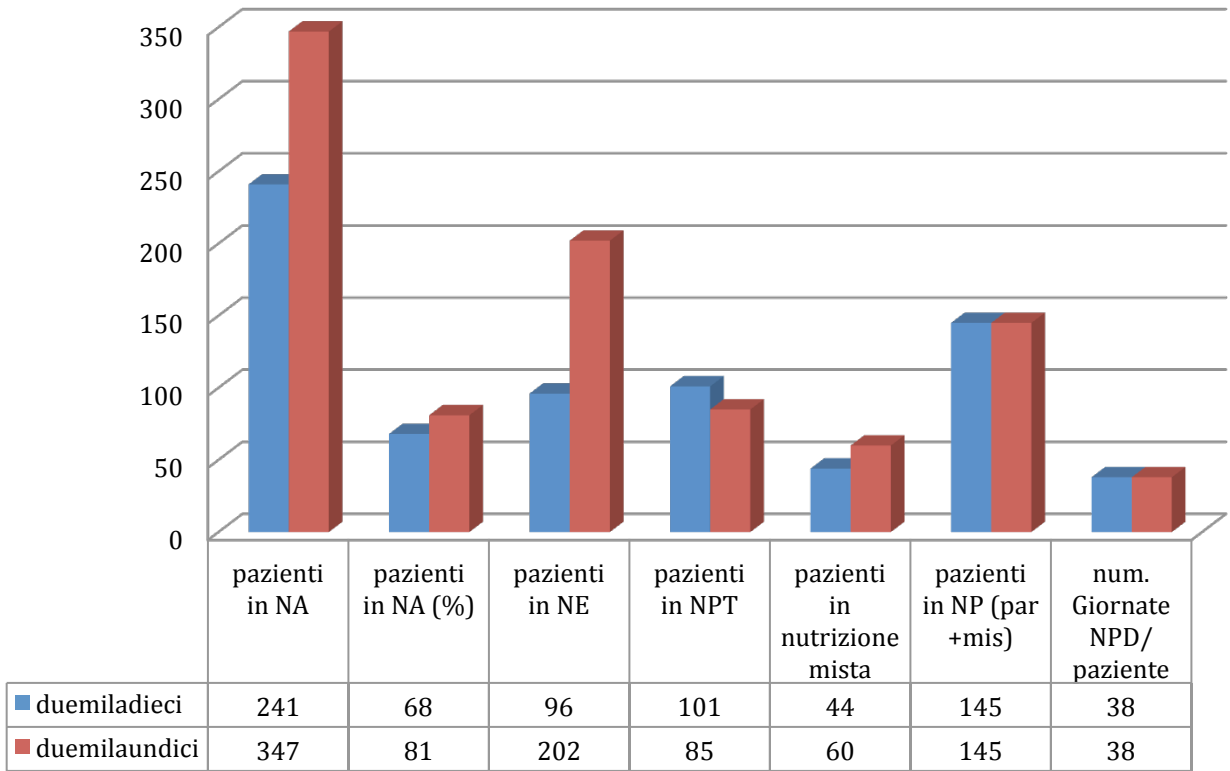


grafico 24

### Pazienti in terapia con oppiacei dodici mesi 2010 - 2011

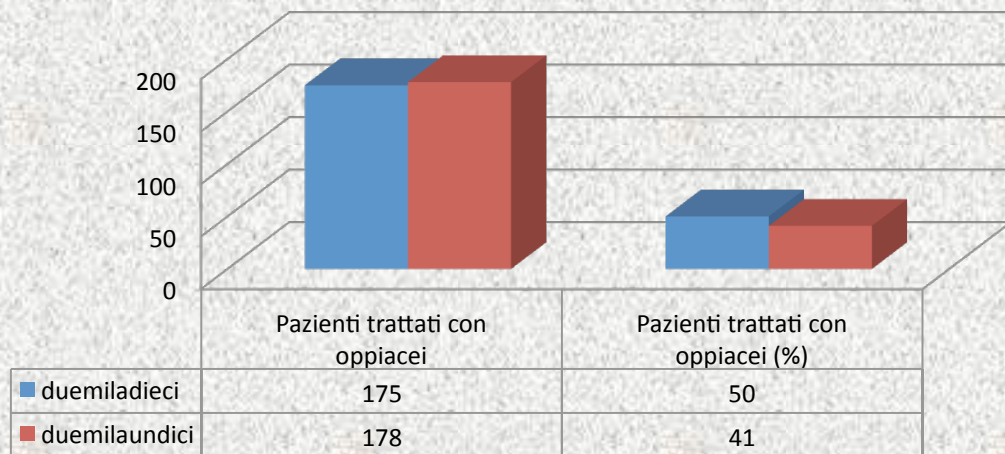


grafico 25

<b>DATI ATTIVITA'</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variaz %</b>
pazienti arruolati	353	430	21,81
deceduti	231	252	9,09
Dimessi non deceduti	122	178	45,90
totale giorni presa in carico pazienti deceduti e dimessi	19237	26239	36,40
accessi medici	1937	2382	22,97
accessi psicologi	1640	1800	9,76
accessi infermieristici	16832	22303	32,50
media giorni presa in carico	54,49	61,02	11,98
accessi medici/paziente	5,48	5,5	0,36
accessi medici/giorni di presa in carico*100	10,06	9,07	-9,84
accessi psicologi/paziente	4,64	4,18	-9,91
accessi psicologi/giorni di presa in carico*100	8,52	6,86	-19,48
accessi infermieristici/paziente	47,7	51,87	8,74
accessi infermieristici/giorni di presa in carico*100	87,5	84,9	-2,97

Tab.14

<b>COMUNE</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variaz %</b>
Atella	18	18	0,00
Venosa	55	77	40,00
Melfi	78	85	8,97
Rionero	37	49	32,43
Rapolla	20	16	-20,00
Genzano	29	32	10,34
Barile	6	15	150,00
Banzi	6	7	16,67
Lavello	30	41	36,67
Palazzo	25	19	-24,00
Ginestra	1	7	600,00
Pescopagano	4	3	-25,00
San Fele	9	13	44,44
Ruvo del Monte	2	5	150,00
Rapone	5	6	20,00
Ripacandida	9	7	-22,22
Montemilone	5	13	160,00
Maschito	7	6	-14,29
Forenza	7	11	57,14
<b>Totale</b>	<b>353</b>	<b>430</b>	<b>21,81</b>

Tab.15



<i>Coefficiente di penetrazione geografica</i>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variazione%</b>
Atella	0,462	0,436	-5,63
Venosa	0,45	0,622	38,22
Melfi	0,447	0,488	9,17
Rionero	0,274	0,363	32,48
Rapolla	0,443	0,333	-24,83
Genzano	0,473	0,522	10,36
Barile	0,199	0,497	149,75
Banzi	0,397	0,463	16,62
Lavello	0,216	0,295	36,57
Palazzo	0,494	0,375	-24,09
Ginestra	0,135	0,943	598,52
Pescopagano	0,196	0,147	-25,00
San Fele	0,271	0,392	44,65
Ruvo del Monte	0,178	0,446	150,56
Rapone	0,475	0,57	20,00
Ripacandida	0,539	0,419	-22,26
Montemilone	0,282	0,733	159,93
Maschito	0,396	0,34	-14,14
Forenza	0,309	0,485	56,96
Totale	0,364	0,47	29,12

Tab.16

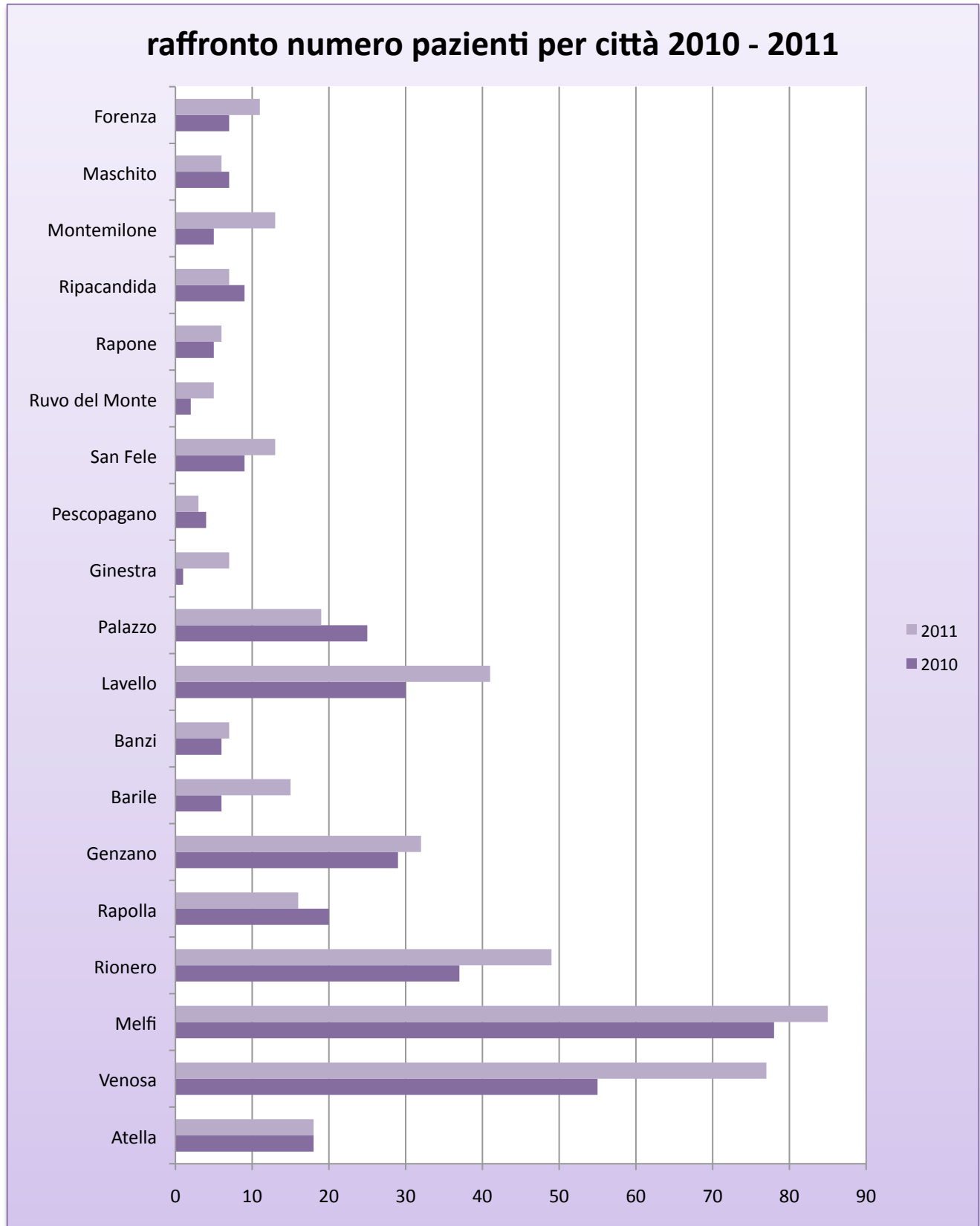


grafico 26

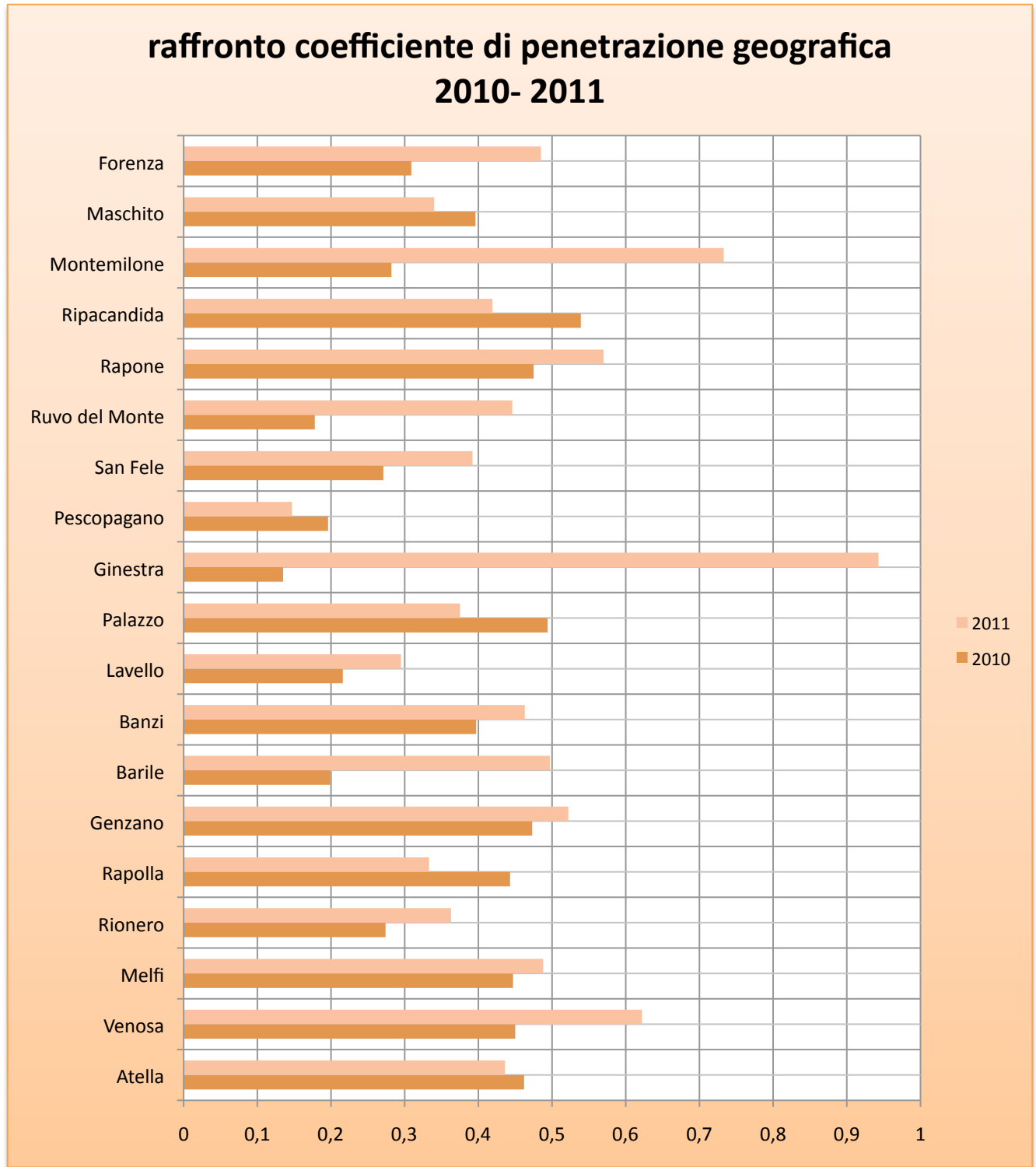


grafico 27

<i>Patologie</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>Variatz %</i>
fegato, vie biliari, pancreas	30	26	-13,33
polmone	41	32	-21,95
colon-retto	24	30	25,00
ovaio-utero-vagina	10	11	10,00
genito-urinari	28	22	-21,43
esofago-stomaco	20	20	0,00
linfoma-leucemia-mieloma	17	26	52,94
mammella	12	18	50,00
encefalo	8	9	12,50
Orl cavo orale	10	9	-10,00
altro	13	15	15,38
<b>TOTALE ONCOLOGICI</b>	<b>213</b>	<b>218</b>	<b>2,35</b>
demenza -ictus nove mesi	76	127	67,11
epatopatia	16	8	-50,00
parkinson	7	9	28,57
polmone	5	20	300,00
cuore	6	10	66,67
arteriopatia	5	0	-100,00
rene	3	3	0,00
altro	22	35	59,09
<b>TOTALE NON ONCOLOGICI</b>	<b>140</b>	<b>212</b>	<b>51,43</b>

Tab.17

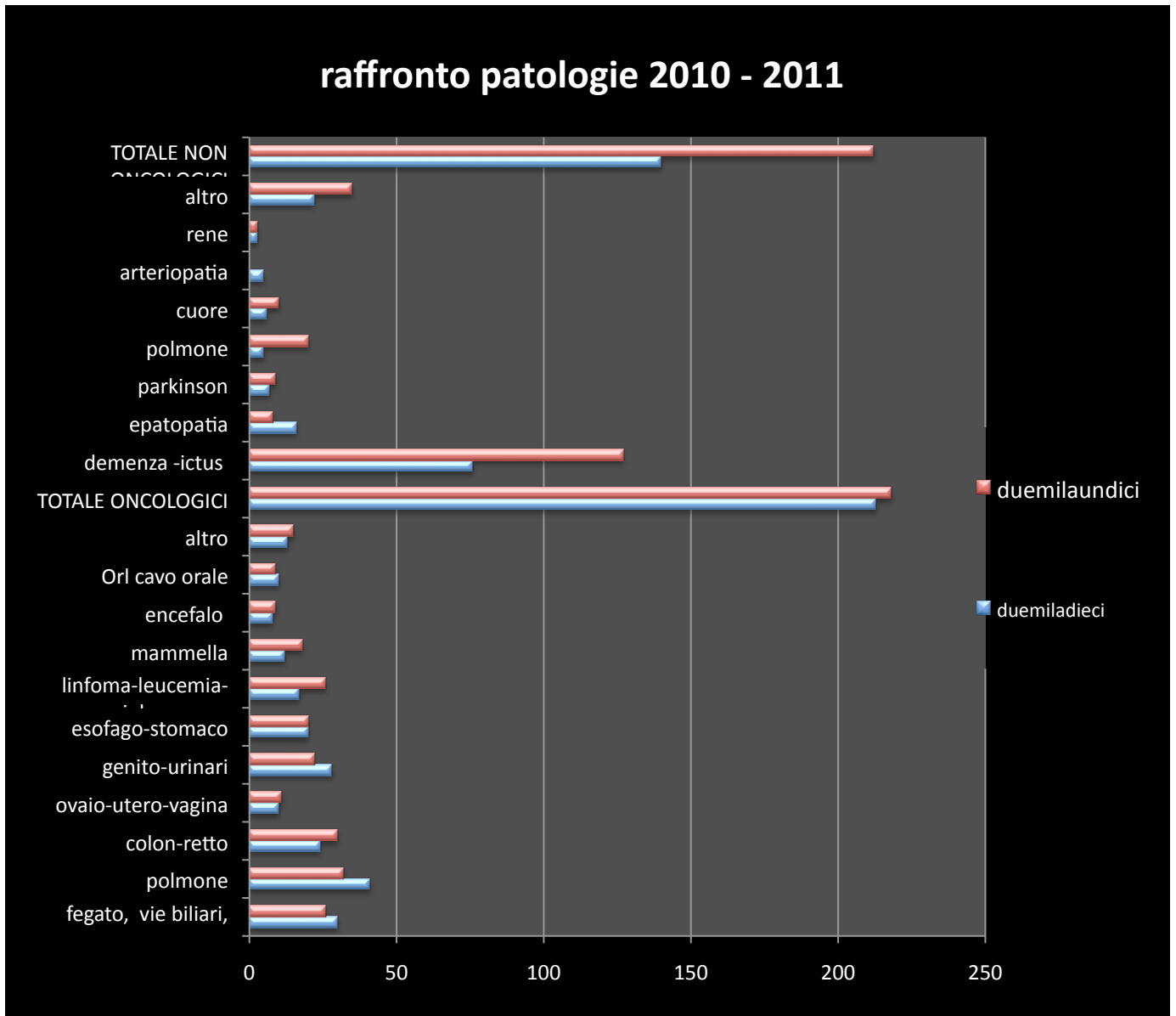


grafico 28

## ***ANALISI DEI DATI UCP***

L'analisi dei dati di attività del 2011 è abbastanza simile a quelle degli anni precedenti, con un sistematico incremento quantitativo e qualitativo rispetto agli anni precedenti. Naturalmente con un trend di crescita così elevato (aumento di circa il 15-20% di pazienti all'anno) diventano criticità centrali la carenza di risorse umane e l'incremento fisiologico delle spese. Anche in questa relazione va affermato che a domicilio le prassi e i processi di qualità sono oramai diventati strumenti indispensabili per rispondere a una domanda sempre più esigente e articolata.

Tali premesse sono suffragate dalla comparazione dei dati: a un'incidenza in ulteriore crescita [(444 nuovi casi arruolati nell'anno rispetto ai 363 del 2010 (+22,31%)], si associa un proporzionale incremento del numero di pazienti presi in carico misurabili (430 nel 2011 vs 353 nel 2010 con un +21,81%). A tale dato statistico se ne affiancano altri che mettono in rilievo alcuni incrementi di attività, espressione di attenzione alla qualità e alla implementazione della complessità assistenziale.

La terapia del dolore e la nutrizione artificiale rappresentano, in termini d'utilizzo di risorse (economiche, strutturali, organizzative e umane) le attività preponderanti dell'UCP e per questa ragione quelle meglio misurabili e, come tali, espressione di qualità. E in ragione di ciò, parallelamente all'incremento quantitativo delle suddette azioni si è reso necessario adottare quelle misure che stanno contribuendo ad un ulteriore, necessario, consumo di risorse. I dati statistici riferiti alla terapia del dolore confermano il consolidato dell'anno precedente con una percentuale dei pazienti trattati in lieve aumento [175 del 2010 vs 178 del 2011 (+01,71%)] e con decremento del consumo diretto di oppiacei (-23,23% in numero di pezzi), compensato tuttavia da prescrizioni esterne dirette e indirette che, anche se non quantificabili, esprimono un assetto culturale maturato. Il costante aumento dei pazienti trattati in nutrizione artificiale (347 pazienti con un +43,98%

rispetto al 2010) e le 5581 giornate di NPD (nutrizione parenterale domiciliare) nel confermare tale incremento di domanda, pongono ancora di più in risalto la necessità dell'utilizzo di prassi consolidate e di misuratori della qualità. I dati mettono in luce un vistoso viraggio verso la nutrizione enterale (+110,42%) e verso la nutrizione mista (+36,36%) a discapito della nutrizione parenterale totale per la quale si registra un decremento del 15,84%. Tale mutazione è in perfetta linea con le indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali del settore che tendono a salvaguardare il più possibile la funzionalità di un apparato gastrointestinale inteso anche come organo immunoprotettivo.

L'incremento del numero dei giorni di presa in carico [26239 (2011) vs 19237 (2010) (+36,40%)] correlato con la media dei giorni di presa in carico per paziente (+12,41%) è in linea con l'aumento dei pazienti gestiti.

Persistono le gestioni domiciliari difficili [(manutenzione port, cvc, peg e picc) (179 nel 2011 vs 152 nel 2010 con un (+15,79%)] o della somministrazione di terapie complesse (emotrasfusioni, farmaci speciali) (495 nel 2011 vs 266 nel 2010 con un +86,09%). Tale dato, eclatante ed ineccepibile, è l'espressione più autorevole del concetto di "Cure Domiciliari Complesse", vero unico argine alla ospedalizzazione impropria.

Si registra una lieve flessione della attività ambulatoriale (162 (2010) vs 147 (2011) (-9,26%]); un incremento moderato di quella consulenziale intraospedaliera [(98 (2010) vs 110 (2011) (+12,24%)]. Anche le prestazioni esterne domiciliari hanno avuto un rilevante incremento [(264 (2010) vs 329 (2011) (+24,62%)] grazie anche ad un'attività mirata a problematiche relative alle lesioni croniche cutanee.

Per quanto attiene l'utilizzo delle risorse umane, è opportuno fare delle precisazioni. Dal 14 febbraio 2011 si è aggiunto un medico che, pur utilizzato parzialmente anche dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari, ha rafforzato la Parte Pubblica nel consolidato modello in outsourcing con una cooperativa sociale che fornisce tutta una serie di prestazioni (mediche, infermieristiche, psicologiche) il cui governo clinico è assicurato dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative (UCP), garante e gestore di tutte le prassi e delle modalità operative.

Tale risorsa aggiuntiva medica, insieme all'outsourcing ha salvaguardato anche per il 2011 la copertura della domanda ma, attraverso la lettura dei dati, si registrano i segni inequivocabili di un significativo ridotto margine al di sotto del quale la qualità del Servizio tenderà a ridursi. Infatti, in termini assoluti, ai nuovi incrementi degli accessi domiciliari dei medici (+22,97%) e degli psicologi (+9,76%), si affianca una contestuale riduzione degli stessi parametri riferiti per paziente, ai medici (+0,36%) e agli psicologi (-9,91%). Il numero di accessi in relazioni ai giorni di presa in carico denota un calo sia per i medici (-9,84%) sia per gli psicologi (-19,48%), a dimostrazione che con le risorse in esaurimento è stato necessario ridurre la frequenza degli accessi a scapito della qualità.

Per quanto riguarda la penetrazione geografica, si rileva la presenza in tutti i 19 Comuni gestiti, nonostante il disagio rappresentato da una viabilità molto precaria. Le tabelle rimarcano il dato incontrovertibile di un coefficiente di penetrazione geografica in crescita costante negli ultimi nove 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.

A cinque anni dall'inizio di allestimenti a domicilio di PICC (cateteri venosi centrali a impianto periferico eco guidato) finalizzati a supportare la qualità delle prestazioni infermieristiche, nel 2011 sono stati eseguiti 177 impianti (+48,74% rispetto al 2010), a testimonianza di una domanda certa e sempre più consolidata.

Una considerazione finale va fatta sulla tipologia delle patologie. 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), in un contesto dove le terminalità oncologiche sono solo in lieve aumento (+2,35%). Ma il dato clamoroso è rappresentato dall'aumento delle terminalità non oncologiche del 51,43%, in assoluta sintonia con il trend nazionale, 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. Nello specifico emerge un dato che può essere definito storico: il rapporto tra pazienti oncologici e non oncologici è ormai del 50% e sembra lontanissimo l'anno 2003 quando tale rapporto era 90 a 10.



***DATI CENTRO DI COORDINAMENTO***

<b><i>DATI ATTIVITA'</i></b>	<b>ANNO 2010</b>	<b>ANNO 2011</b>	<b>variazioni %</b>
pazienti in C.D.	1.538	1.708	11,05
pazienti in C.D. >65enni	1.353	1.777	31,34
accessi M.M.G. in C.D.	11.278	12.657	12,23
accessi per >65enni	9.141	11.557	26,43
accessi medici specialisti	399	645	61,65
ore attività infermieristica	55.275	57.324	3,71
ore per >65enni	47.863	52.250	9,17
prestazioni infermieristiche	108.881	117.666	8,07
ore attività riabilitativa	12.248	11.962	-2,34
ore per >65enni	10.626	10.985	3,38
prestazioni riabilitative	14.882	24.833	66,87
ore altro personale per >65enni	5.830	5.648	-3,12
Totale popolazione >65enne	18.923	18.923	0,00
% di >65 assistiti in ADI	87,97%	89,74%	2,01

Tab.18

<b>N. di casi anno 2010</b>		<b>ANNO 2011</b>
Patologie cerebrovascolari	646	801
Fratture e patologie osteoarticolari	123	184
Neoplasie	345	444
Cardiopatie	76	144
Diabete	40	44
Epatopatie	37	47
Pneumopatie	31	42
Altro	240	274
<b>TOTALE</b>	<b>1538</b>	<b>1980*</b>

Tab.19

<b><i>DISTRETTO VENOSA ANNO 2011</i></b>			
<b><i>COMUNE</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>TOT</i></b>
BANZI	18	16	<b>34</b>
GENZANO	66	65	<b>131</b>
GINESTRA	13	14	<b>27</b>
FORENZA	26	28	<b>54</b>
LAVELLO	78	114	<b>192</b>
MASCHITO	20	42	<b>62</b>
MONTEMILONE	22	22	<b>44</b>
PALAZZO S.G.	45	59	<b>104</b>
VENOSA	134	195	<b>329</b>
<b><i>TOTALE</i></b>	<b>422</b>	<b>555</b>	<b>977</b>

Tab. 20

<b><i>DISTRETTO MELFI ANNO 2011</i></b>			
<b><i>COMUNE</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>TOT</i></b>
AELLA	34	43	<b>77</b>
BARILE	24	47	<b>71</b>
MELFI	141	196	<b>337</b>
PESCOPAGANO	12	26	<b>38</b>
RAPOLLA	27	49	<b>76</b>
RAPONE	18	17	<b>35</b>
RIONERO IN V.	90	121	<b>211</b>
RIPACANDIDA	13	25	<b>38</b>
RUVO DEL MONTE	15	14	<b>29</b>
SAN FELE	41	50	<b>91</b>
<b>TOTALE</b>	<b>415</b>	<b>588</b>	<b>1003</b>

Tab.21

<b>PAZIENTI OVER 65 - ANNO 2011</b>			
<b><i>DISTRETTO MELFI</i></b>	<b>N. PAZIENTI OVER 65</b>	<b><i>DISTRETTO VENOSA</i></b>	<b>N. PAZIENTI OVER 65</b>
AELLA	68		
BARILE	66	BANZI	29
MELFI	291	FORENZA	51
PESCOPAGANO	35	GENZANO	113
RAPOLLA	66	GINESTRA	27
RAPONE	32	LAVELLO	169
RIONERO	198	MASCHITO	58
RIPACANDIDA	36	MONTEMILONE	42
RUVO	27	PALAZZO	86
SAN FELE	83	VENOSA	296
<b>Totale</b>	<b>902</b>	<b>Totale</b>	<b>871</b>

Tab.22

<b>DATI AUXILIUM</b>	<b>ANNO 2010</b>	<b>ANNO 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
<b>N. pazienti complessivi</b>	<b>1.580</b>	<b>1.708</b>	<b>8,10</b>
<b>n. paz. area critica valutabili</b>	<b>363</b>	<b>430</b>	<b>38,29</b>
<b>Giornate di assistenza</b>	<b>100.878</b>	<b>102.730</b>	<b>1,84</b>
<b>Numero accessi</b>	<b>101.061</b>	<b>104.625</b>	<b>3,53</b>
<b>Numero prestazioni</b>	<b>131.278</b>	<b>144.498</b>	<b>10,07</b>
<b>Media gg. Ass./pz</b>	<b>63,85</b>	<b>60,15</b>	<b>-5,79</b>
<b>Media accessi/pz</b>	<b>63,96</b>	<b>61,26</b>	<b>-4,23</b>
<b>Media prest./paz.</b>	<b>83,09</b>	<b>84,64</b>	<b>1,87</b>
<b>Media prest./accessi</b>	<b>1,30</b>	<b>1,38</b>	<b>6,24</b>
<b>TOTALE FATTURATO (iva esclusa)</b>	<b>2.049.296,48</b>	<b>2.110.747,74</b>	<b>3,00</b>

Tab.23

<b>DATI FARMACIA</b>			
<b>ADI standard</b>	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
Farmaci	€ 50.729,00	€ 45.608,57	-10,09
Presidi	€ 132.651,77	€ 102.931,55	-22,40
<b>totale</b>	<b>€ 183.380,77</b>	<b>€ 148.540,12</b>	<b>-19,00</b>
<b>ADI CCP</b>	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
Farmaci	€ 261.169,80	€ 249.605,68	-4,43
Presidi	€ 132.225,38	€ 165.396,77	25,09
<b>totale</b>	<b>€ 393.395,18</b>	<b>€ 415.002,45</b>	<b>5,49</b>
<b>Totale ADI</b>	<b>€ 183.380,77</b>	<b>€ 148.540,12</b>	<b>-19,00</b>
<b>Totale CCP</b>	<b>€ 393.395,18</b>	<b>€ 415.002,45</b>	<b>5,49</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>€ 576.775,95</b>	<b>€ 563.542,57</b>	<b>-2,29</b>

Tab.24

<b>FATTURATI</b>	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
<b>Fatturato auxilium</b>	2.049.296,48	2.110.747,74	<b>3,00</b>
<b>TOTALE Farmacia</b>	€ 576.775,95	563.542,57	-2,29
<b>TOT.COMPL.</b>	<b>€ 2.626.072,43</b>	<b>2.674.290,31</b>	1,84

Tab.25

	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
<b>costo medio giornata di degenza (senza farmaceutica) a paziente</b>	€ 20,31	€ 20,55	<b>1,14</b>
<b>costo medio giornata di degenza (con farmaceutica)</b>	€ 26,03	€ 26,03	<b>0,00</b>

	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
<b>costo medio paziente (senza farmaceutica)</b>	€ 1.332,44	€ 1.235,80	<b>-7,25</b>
<b>costo medio paziente (con farmaceutica)</b>	€ 1.707,46	€ 1.565,74	<b>-8,30</b>

Tab.26

<b>CONSULENZE SPECIALISTICHE</b>	<b>anno 2010</b>	<b>anno 2011</b>	<b>Diff. In %</b>
Consulenze geriatriche	190	274	44,21
Consulenze chirurgiche (anche gestione PEG)	160	235	46,88
Consulenze cardiologiche	38	13	-65,79
Consulenze diabetologiche	7	2	-71,43
Consulenze psichiatriche	1	3	200,00
Consulenze fisiatriche	2	116	5700,00
Consulenze otorino	0	2	100,00
<b>TOTALE</b>	<b>398</b>	<b>645</b>	<b>5953,87</b>

Tab.27

Tipologia Cure	ANNO 2010	ANNO 2011	variazioni %
<b>C. D. Prestazionali</b>	<b>23,08%</b>	<b>17,56%</b>	-23,92
<b>C. D. I Livello</b>	<b>45,38%</b>	<b>49,88%</b>	9,92
<b>C. D. II Livello</b>	<b>7,93%</b>	<b>6,56%</b>	-17,28
<b>C.D. III Livello - Palliative</b>	<b>9,43%</b>	<b>25,99%</b>	175,61

Tab.28

<b>ANNO 2011</b>		
prestazionali (solo ausili)	272	13,74
prestazionali	300	15,15
I livello	852	43,03
II livello	112	5,66
III livello	74	3,74
cure palliative	370	18,69
<b>totale</b>	<b>1980</b>	<b>100,00</b>
prestazionali	300	17,56
I livello	852	49,88
II livello	112	6,56
III livello	74	4,33
cure palliative	370	21,66
<b>totale</b>	<b>1708</b>	<b>100,00</b>
I livello	852	60,51
II livello	112	7,95
III livello	74	5,26
cure palliative	370	26,28
<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>100,00</b>

Tab.29

## ***ANALISI DEI DATI CENTRO DI COORDINAMENTO***

Nel 2011 si stanno ulteriormente perfezionando le norme di raccolta ed elaborazione dei dati da parte del Centro di Coordinamento che sta orientando i massimi sforzi verso una sistematizzazione autonoma. La relazione annuale 2011, per tale ragione non è facilmente confrontabile con quella del 2010 perché condizionata da dati non sempre raffrontabili, a volte estrapolati da fonti diverse e con diversità nella loro origine. La raccolta e la trasmissione dei dati, sia in ambito regionale sia ministeriale, rappresentano criticità consistenti in ragione di una riorganizzazione in atto a livello distrettuale e di tutta l'ASP. Al momento è ancora in uso il sistema VAOR, così come richiesto dalla Regione Basilicata, e si stanno incamerando e trasmettendo i dati nonostante tutta una serie di problemi tecnici relativi al Programma che, per quanto certificato e completo, provoca un'indagine e lenta immissione e, si resta in attesa di un suo sostituto, come auspicato e promesso dagli Uffici Regionali preposti.

A tal fine 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.

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 e/o con ventilazione assistita.

Il numero dei pazienti assistiti nel 2011 è in aumento progressivo (+11,05%) e le risorse strutturali e umane messe a loro disposizione rappresentano una criticità giacché cominciano a modificare significativamente sia il costo/paziente medio sia il costo/giornata di degenza media.

A un lieve incremento del numero degli accessi dei MMG (+12,23%), è implementata significativamente l'attività consulenziale polispecialistica (+61,65%) suffragata da tecnologia portata a domicilio con migliorata calibrazione della risposta ad una domanda di cura, più articolata sia nei bisogni noti che in quelli nuovi.

Altra criticità, quasi completamente risolta, 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 programmati 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; a tal proposito è in corso di attivazione la PEC (Posta Elettronica Certificata) che attraverso la già presente mailing list di tutti i MMG e i Pediatri di Libera Scelta, ha contribuito allo sviluppo di una forte collaborazione interattiva.

L'analisi delle tabelle pone in rilievo aumenti rilevanti del numero degli assistiti (+11,05%) non proporzionato al numero delle ore di assistenza e delle prestazioni generali, in particolar modo infermieristiche, in sintonia con una saturazione di risorse determinata dal tetto del budget della esternalizzazione. A tale criticità si è fatto fronte concentrando le risorse sui malati a maggiore complessità assistenziale (III livello e cure palliative: dal 09,43% al 25,99%) e, a compensazione, sui malati in cure prestazionali (23,08% al 17,56%).

La media dei giorni di assistenza per paziente è diminuita del 5,79%; la media degli accessi per paziente è diminuita del 4,23%; la media delle prestazioni per paziente è aumentata del 1,87% circa rispetto all'anno 2010, alla luce delle considerazioni già rimarcate: l'esiguità delle risorse induce a selezionare pazienti e prestazioni. La nostra scelta è stata quella di assecondare i bisogni delle patologie più gravi, ridistribuendo le residue risorse utilizzando in maniera maggiore le cosiddette cure prestazionali a minor tasso di complessità.

Per quanto attiene ai dati economici, si assiste a un sostanziale non incremento della spesa: incremento del 3% del fatturato relativo all'esternalizzazione del Servizio; riduzione del 2,29% della Spesa Farmaceutica e dei Presidi; incremento complessivo della Spesa del **1,84%**.

**Il costo medio giornata di degenza è aumentato del 1,14% se non si tiene conto dei farmaci e dei presidi, con i quali rimane invariata; il costo medio paziente è diminuito del 7,25% senza farmaci e presidi, con i quali diminuisce del 8,30%.**



## ***CURE DOMICILIARI COMPLESSE***

***(tabelle e grafici su 9 anni di attività)***

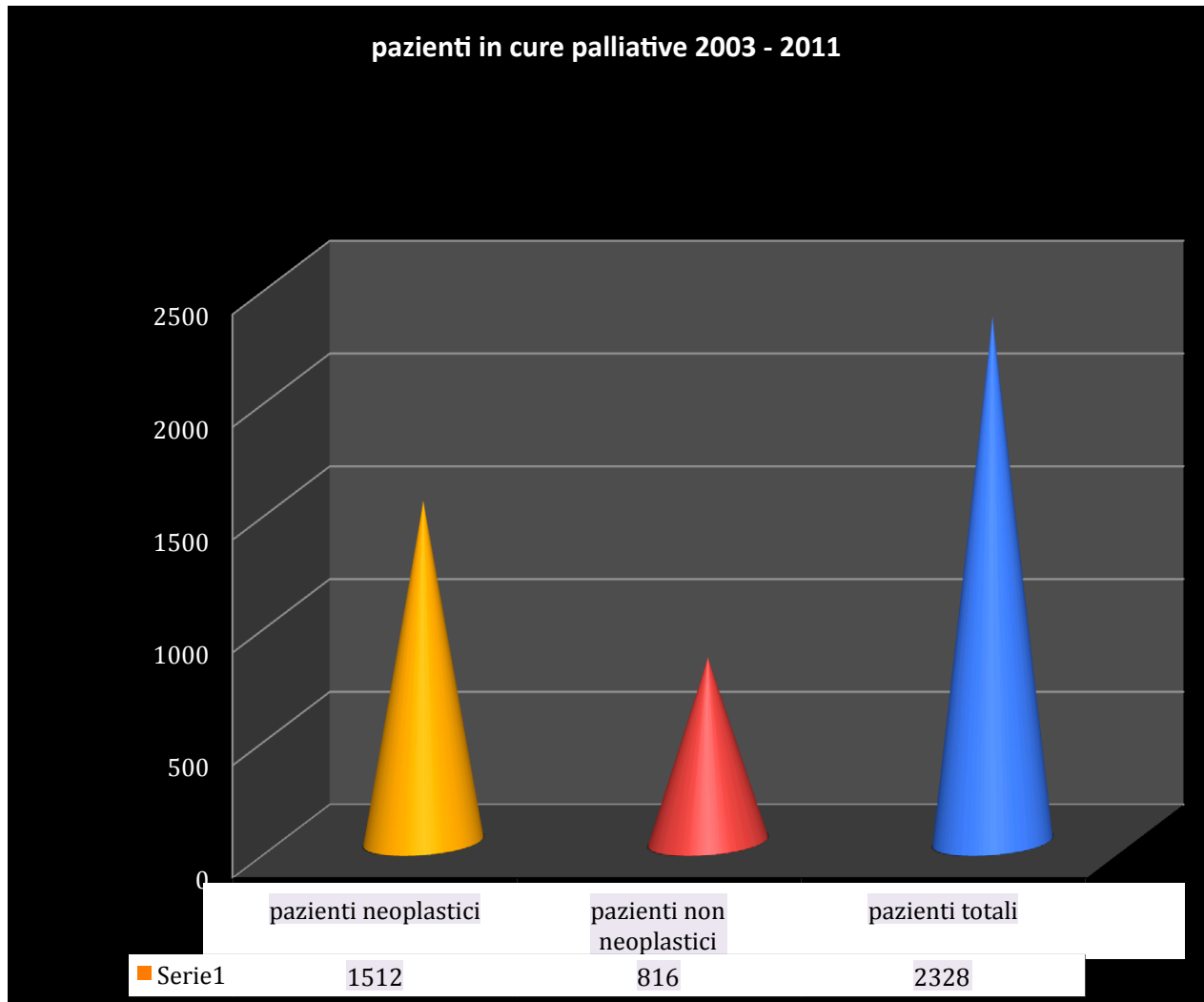


grafico 29

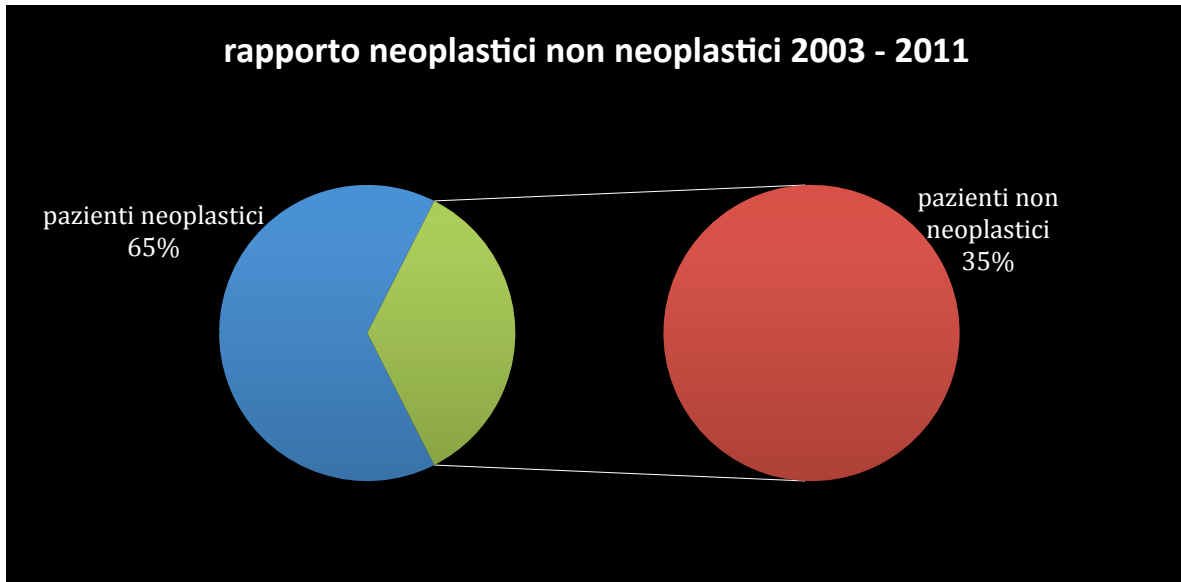


grafico 30

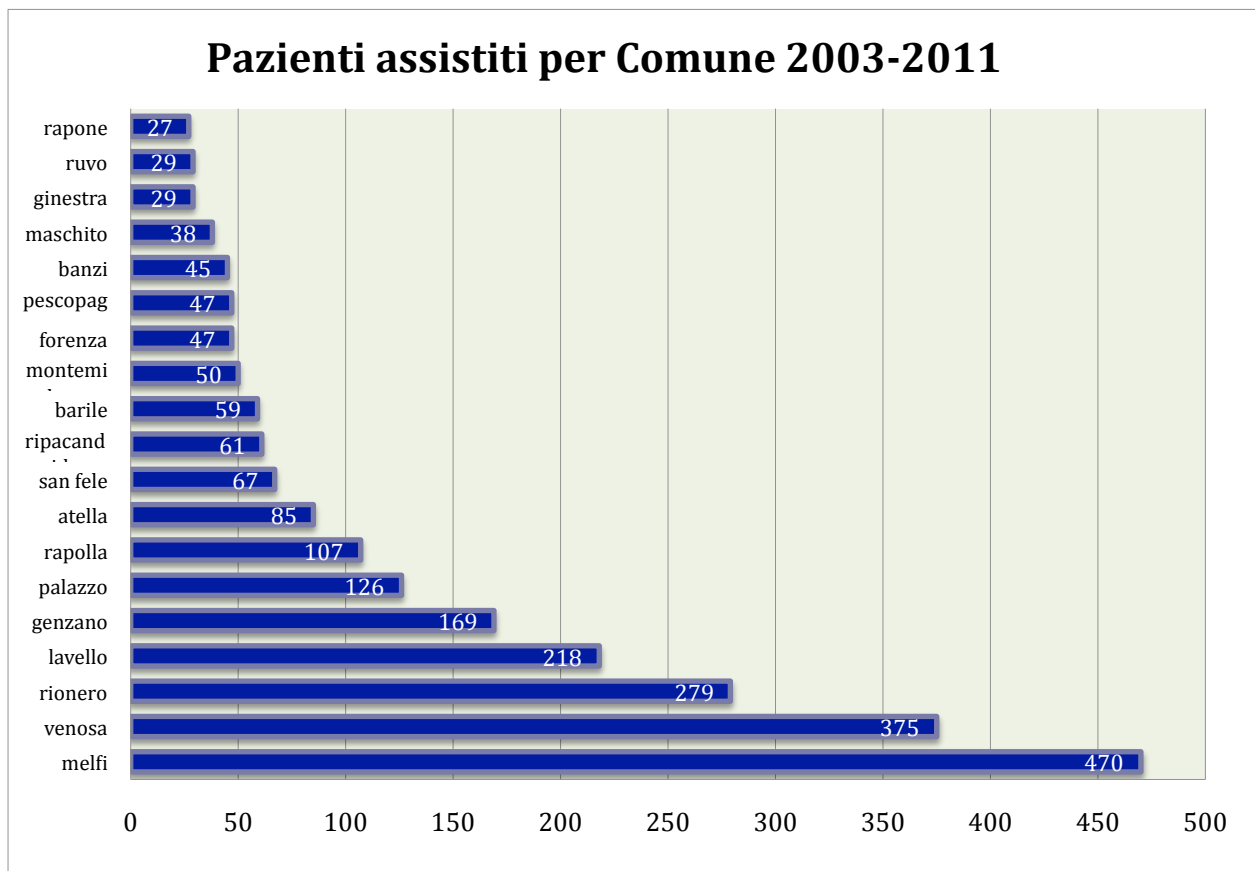


grafico 31

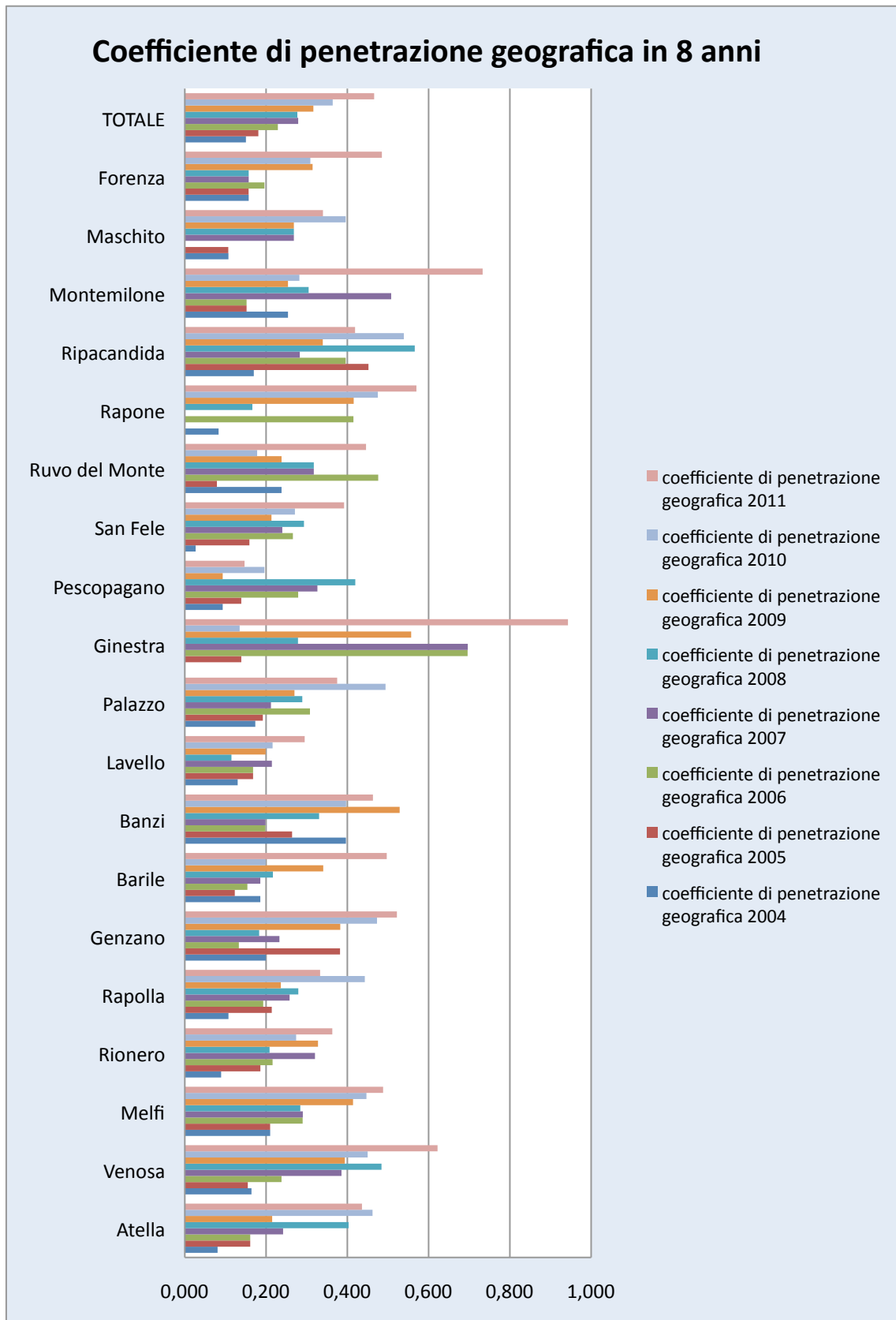


grafico 32

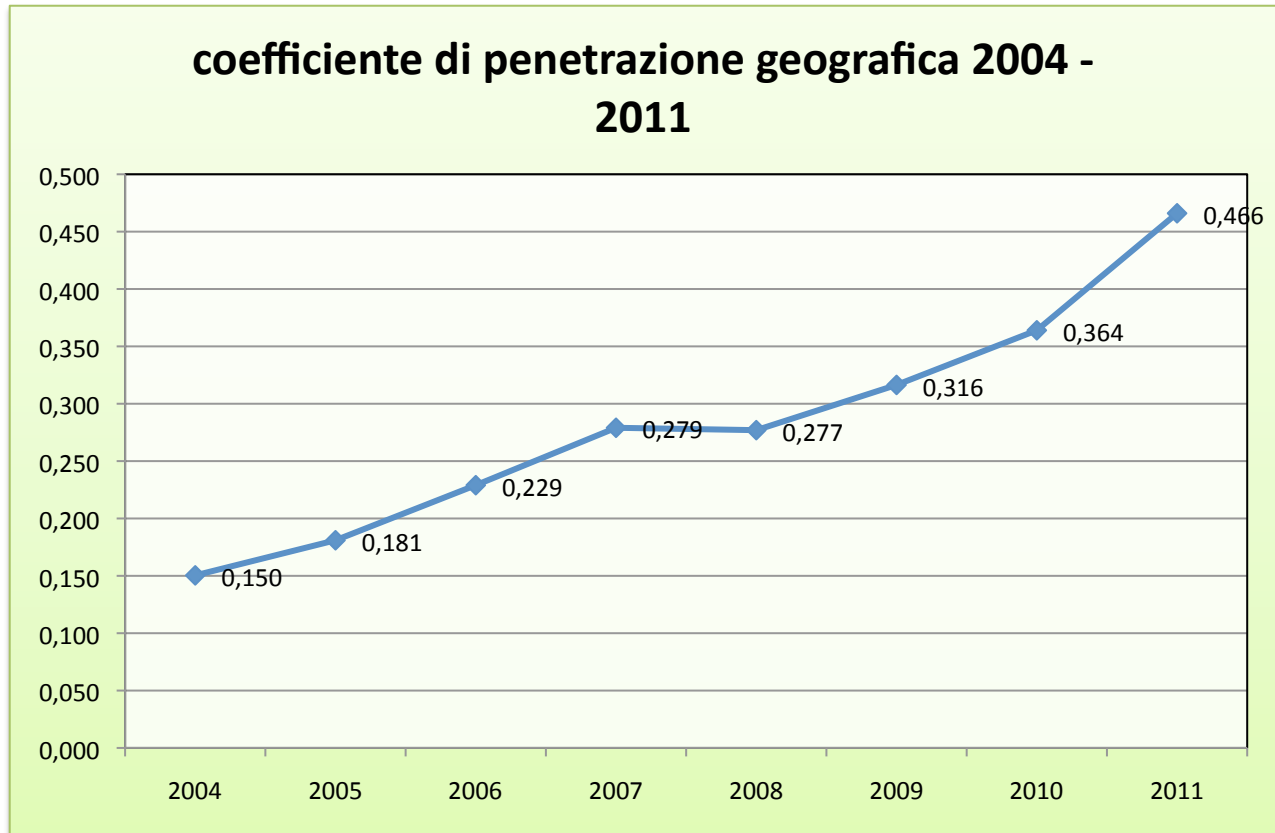


grafico 33

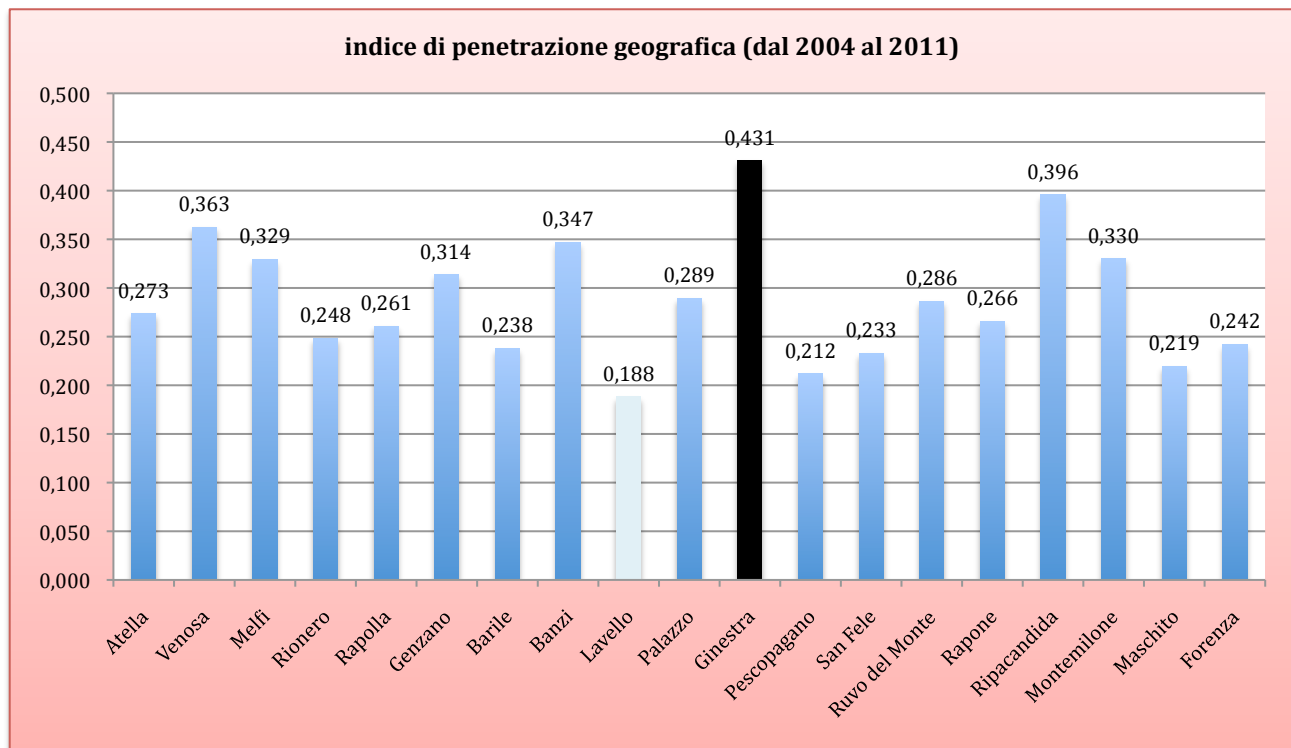


grafico 34

### UCP % assistiti nei 19 Comuni 2003 - 2011

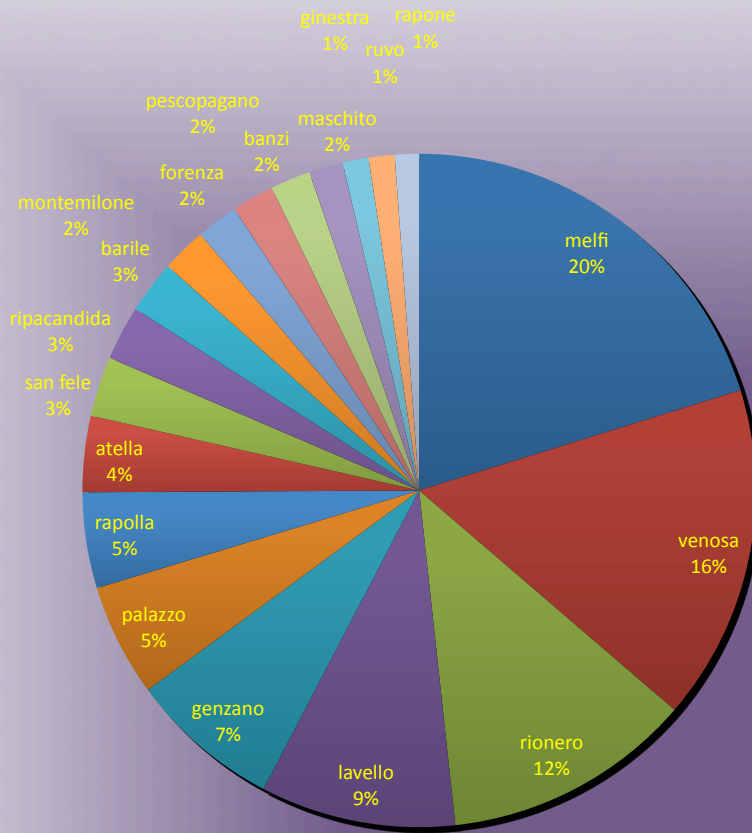


grafico 35

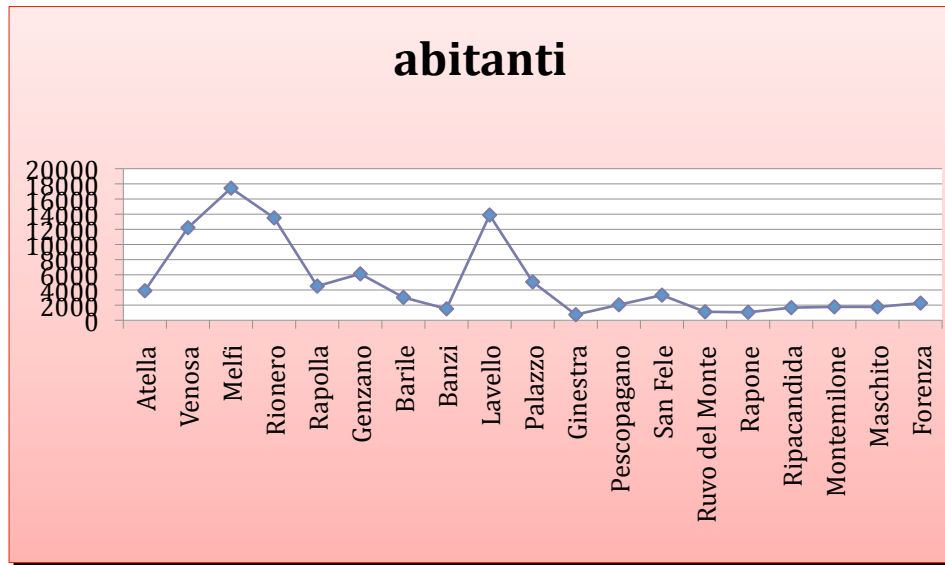


grafico 36

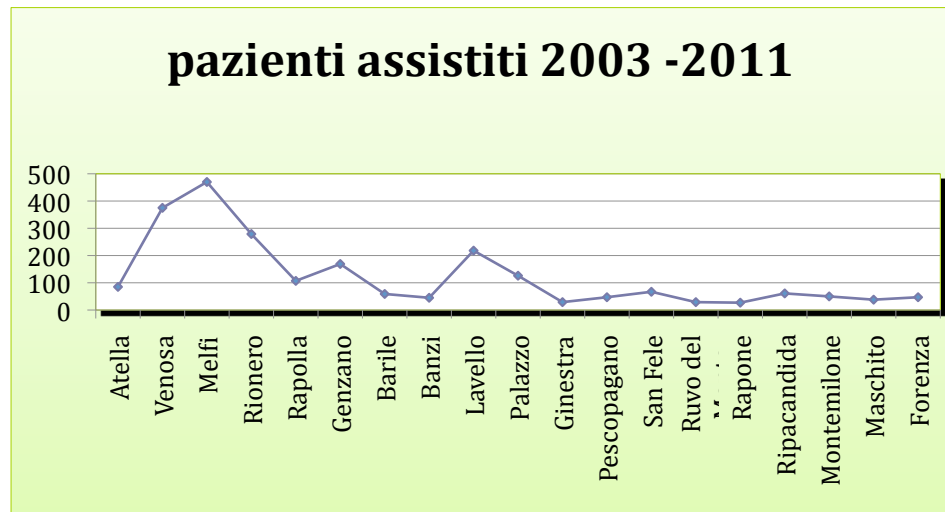


grafico 37



grafico 38

<i>Patologie</i>	<i>dal 2003 al 2011</i>
fegato, vie biliari, pancreas	232
polmone	235
colon-retto	208
ovaio-utero-vagina	75
genito-urinari	183
esofago-stomaco	145
linfoma-leucemia-mieloma	108
mammella	93
encefalo	70
Orl cavo orale	52
altro	84
<b>TOTALE ONCOLOGICI</b>	<b>1485</b>
demenza -ictus nove mesi	477
epatopatia	53
parkinson	32
polmone	34
cuore	35
arteriopatia	20
rene	17
altro	128
<b>TOTALE NON ONCOLOGICI</b>	<b>796</b>

Tab. 30

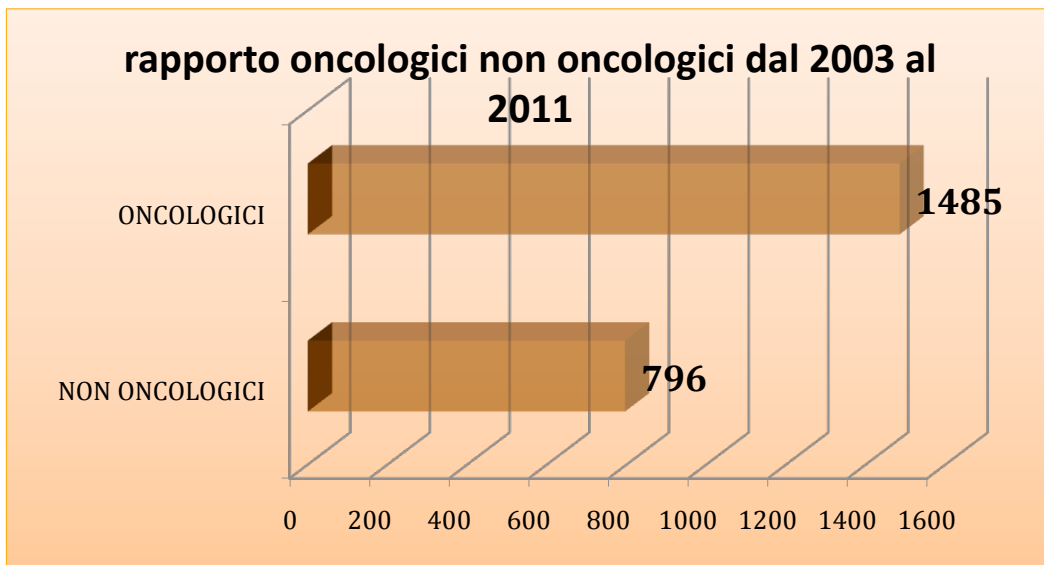


grafico 39

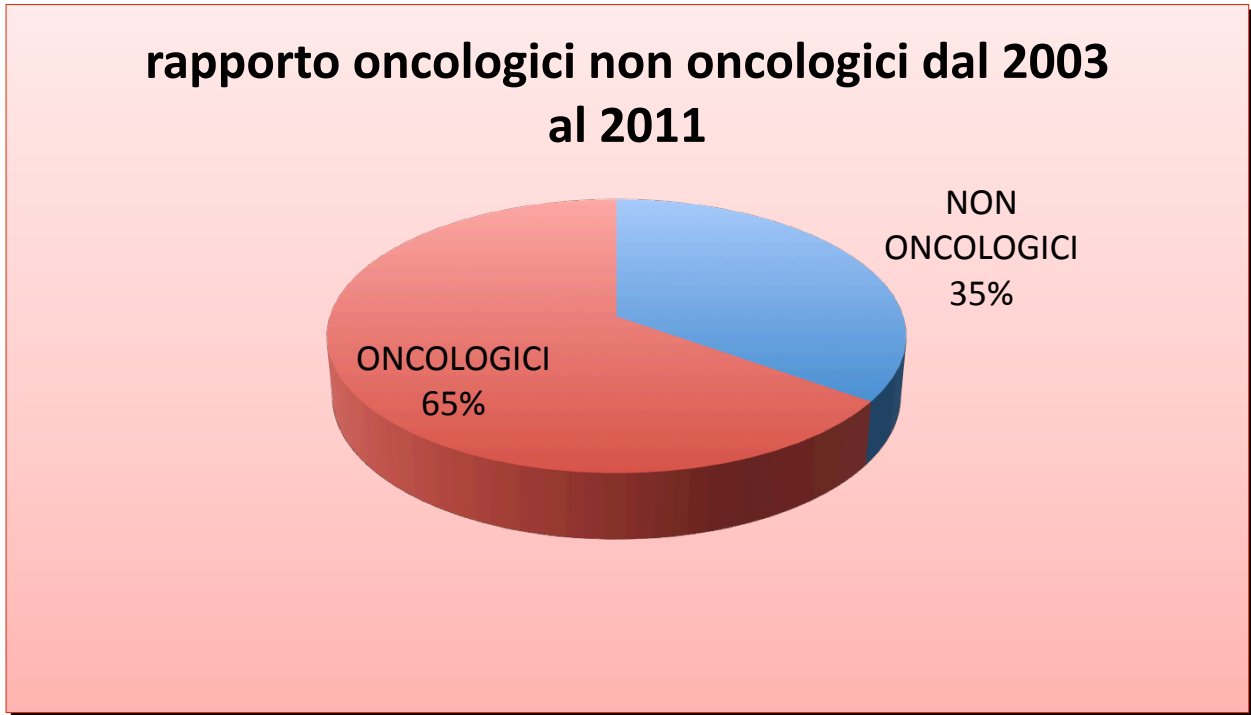


grafico 40

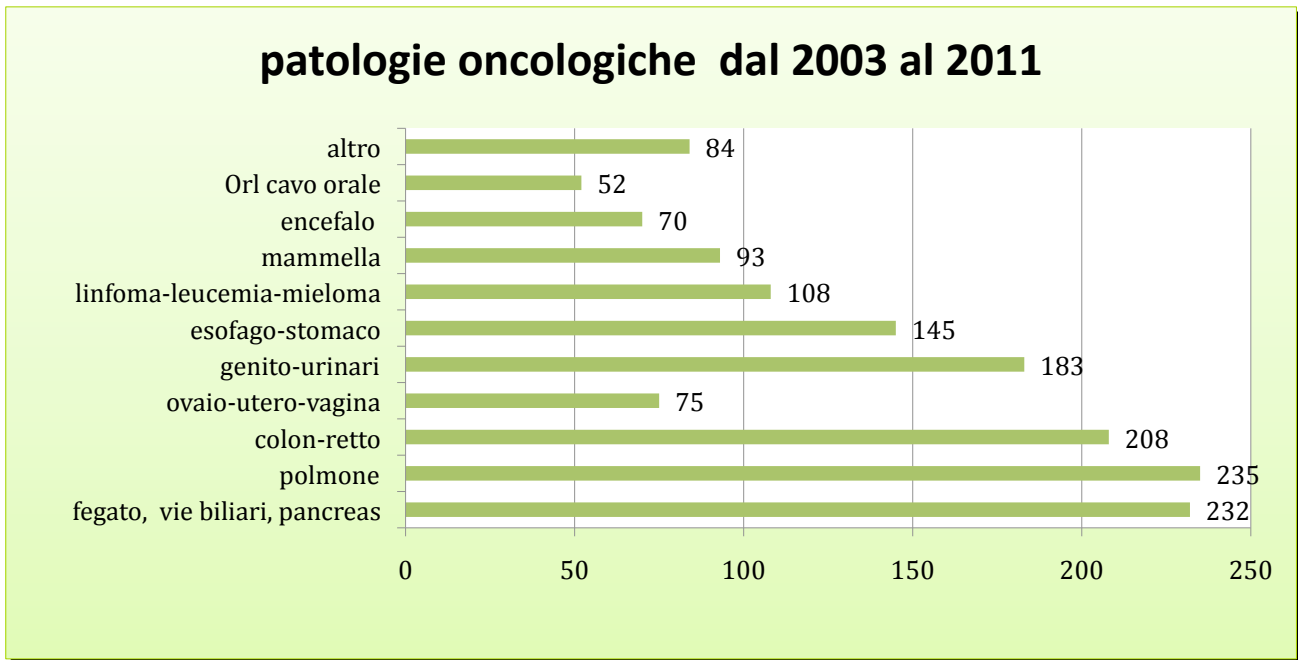


grafico 41



## patologie oncologiche dal 2003 al 2011

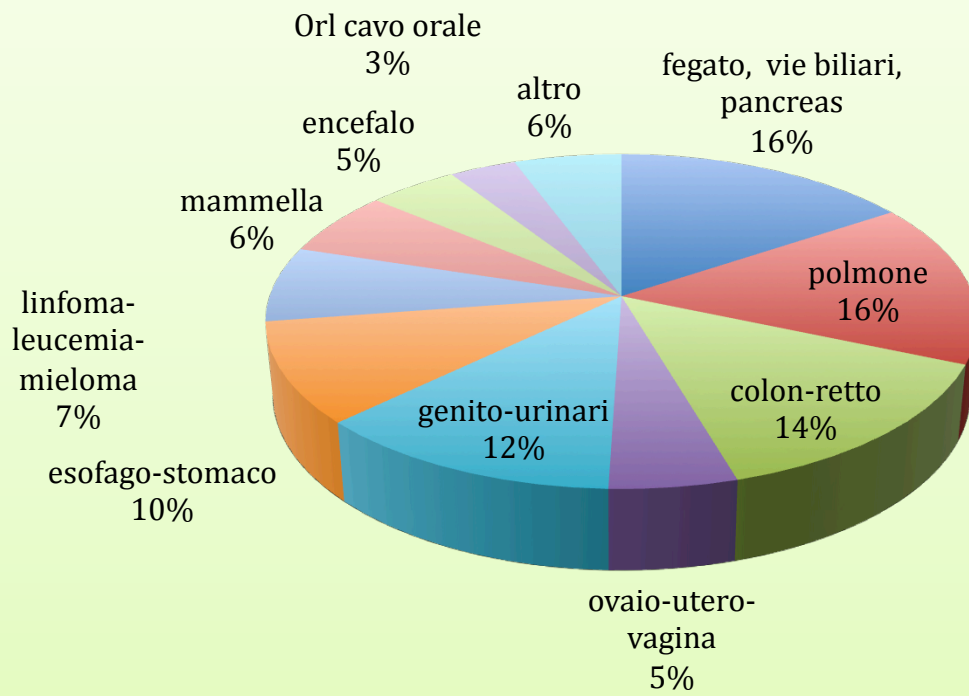


grafico 42

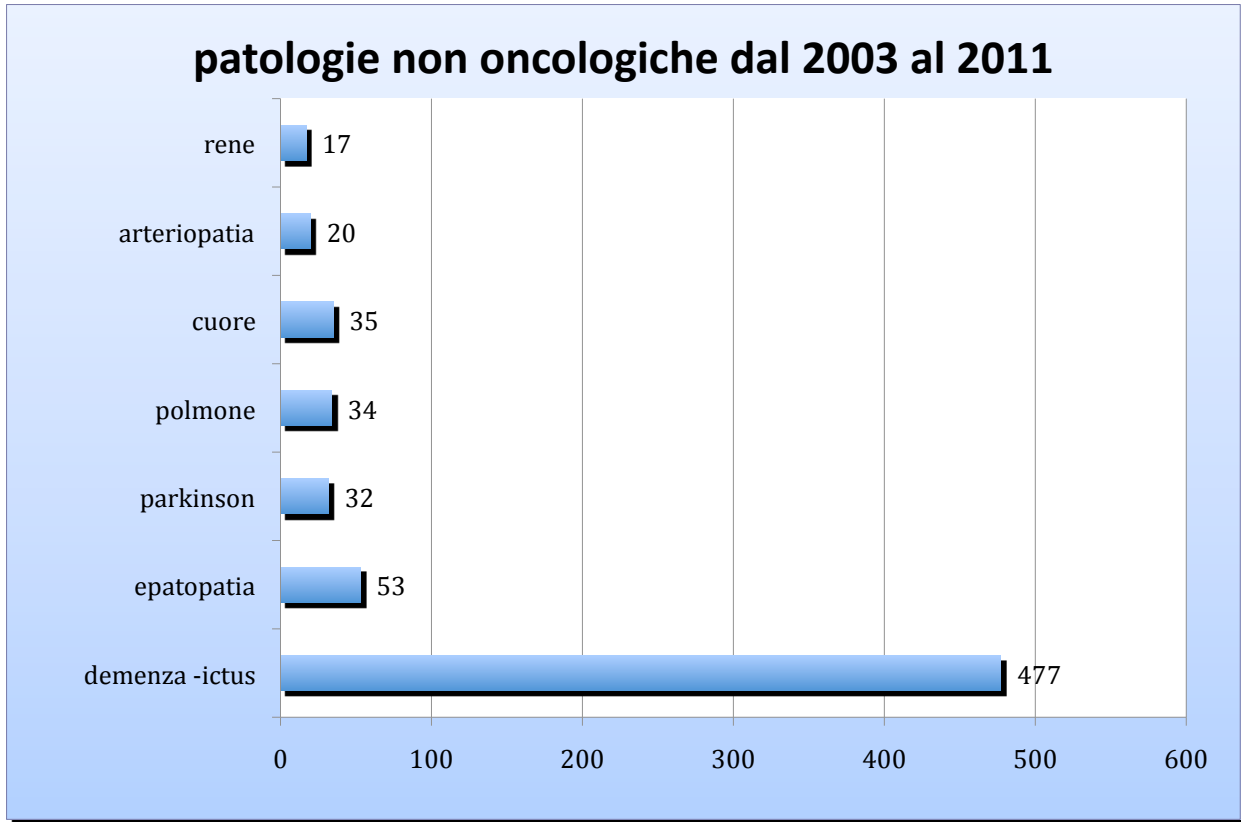


grafico 43

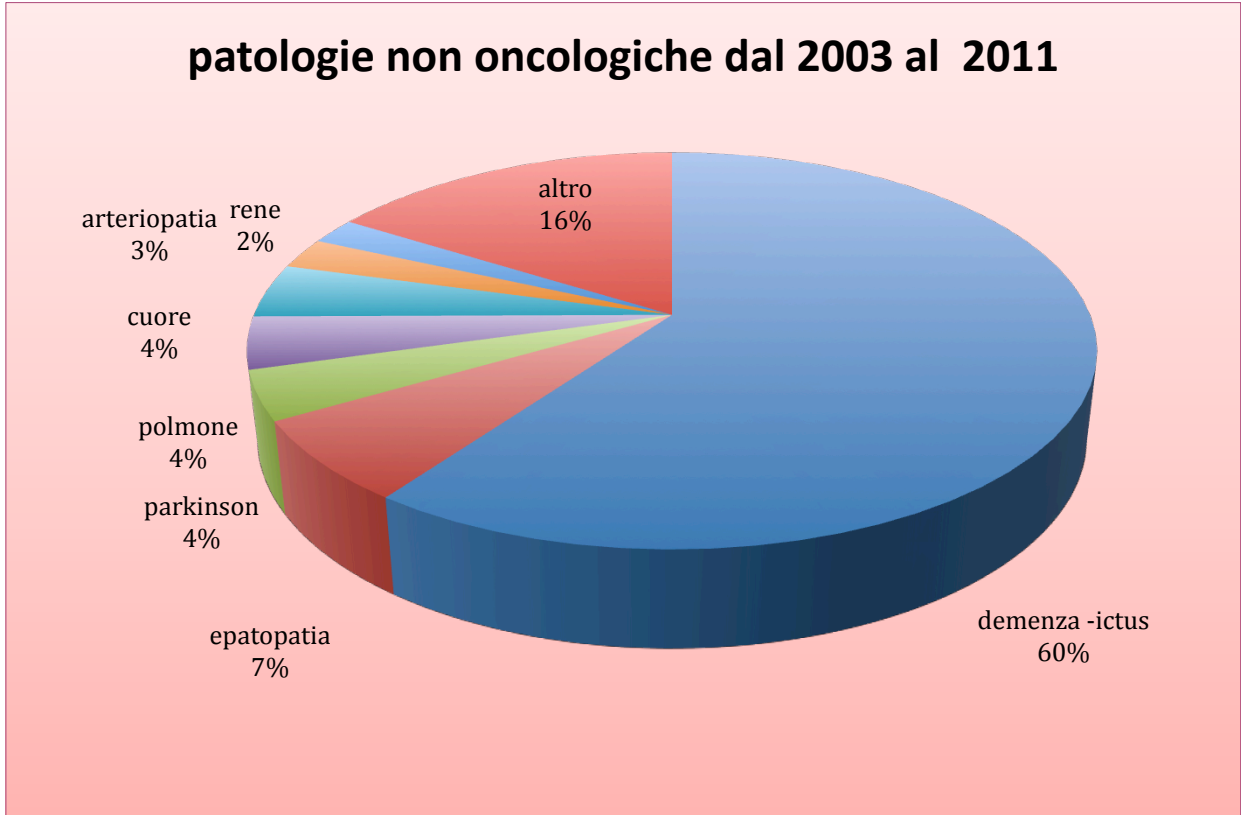


grafico 44

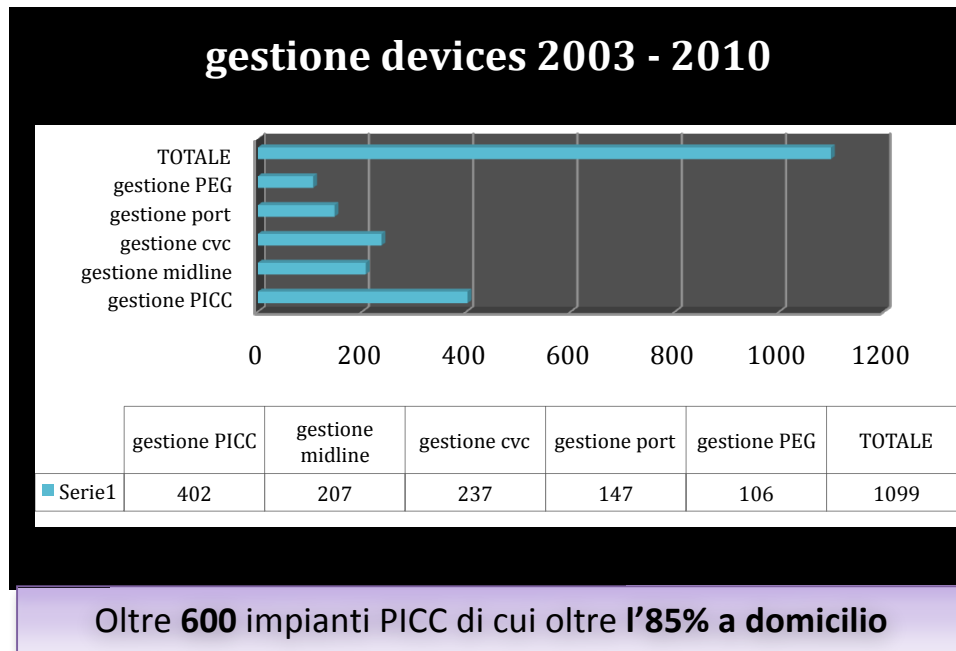


Grafico 45

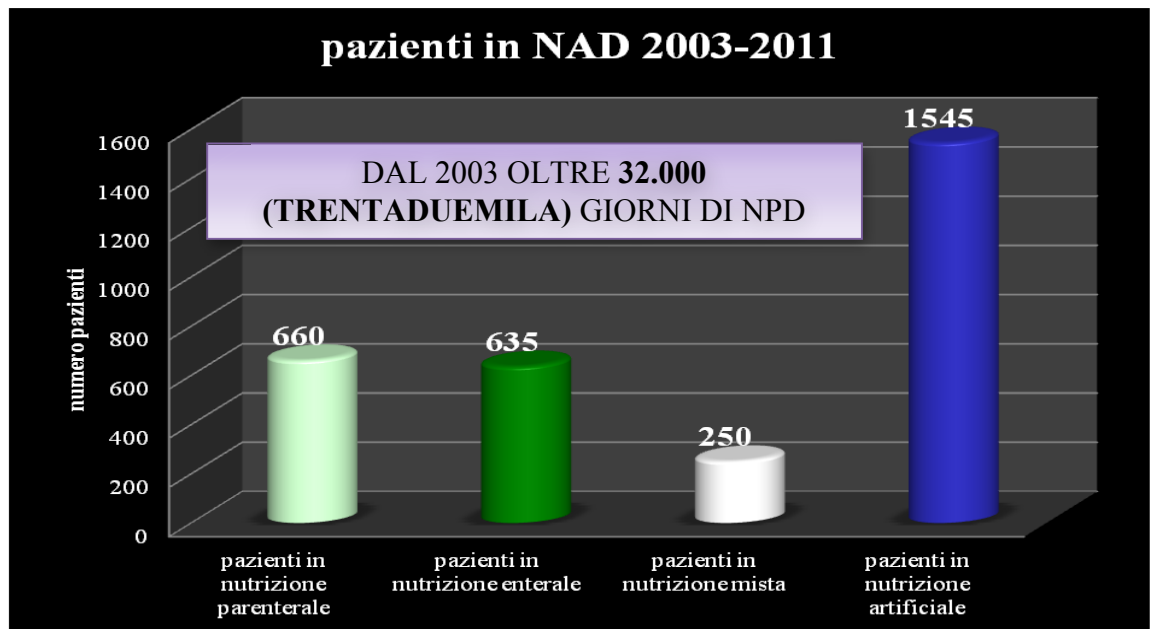


grafico 46

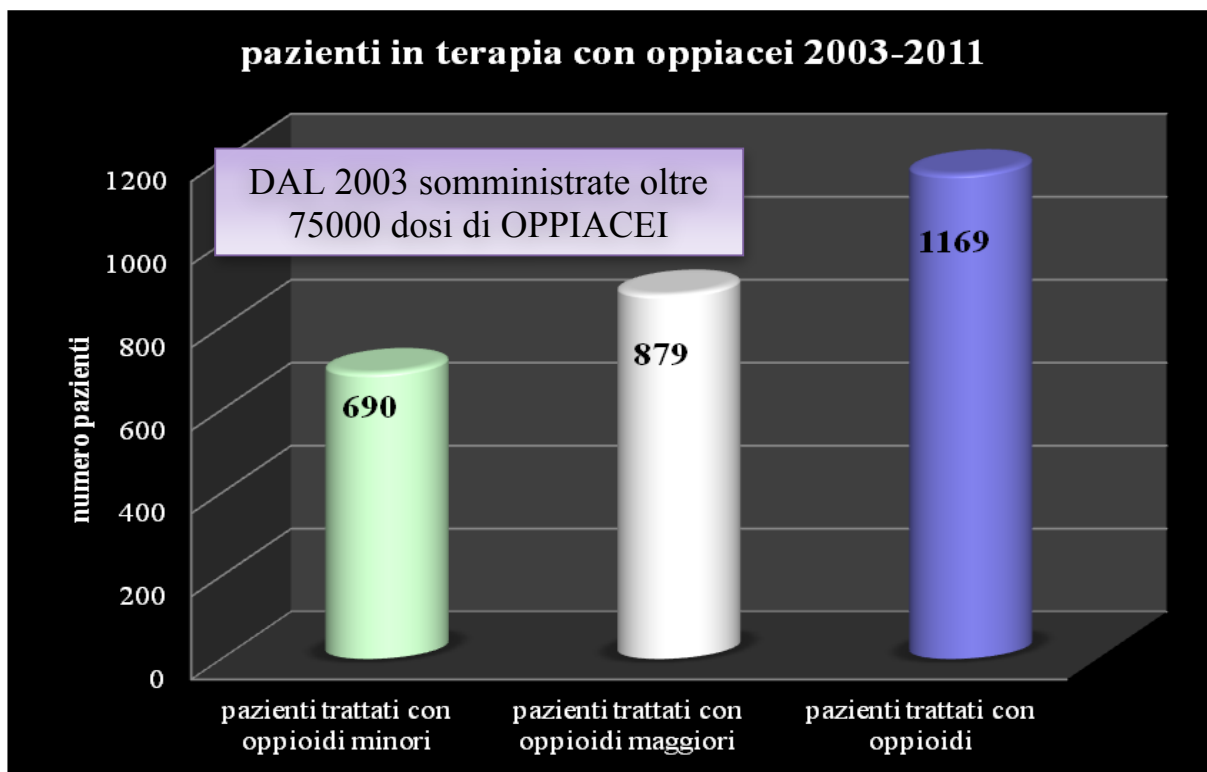


grafico 47

- Oltre **9.000** accessi medici

- Circa **7.500** accessi di psicologi

- Circa **100.000** accessi infermieristici

- Oltre **117.000** giornate di presa in carico

**DAL 2003 1400 EMOTRASFUSIONI  
ESEGUITE A DOMICILIO**

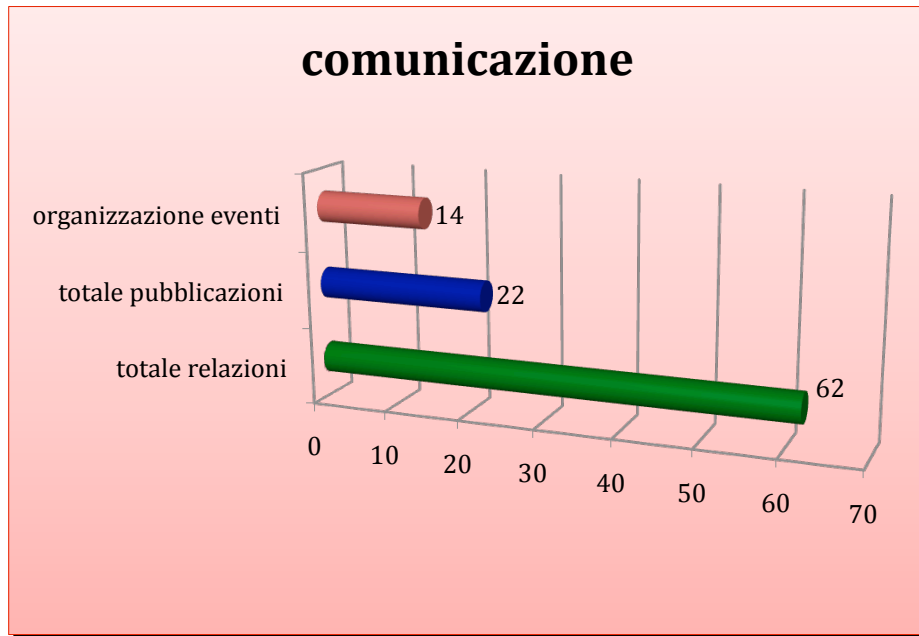


grafico 48

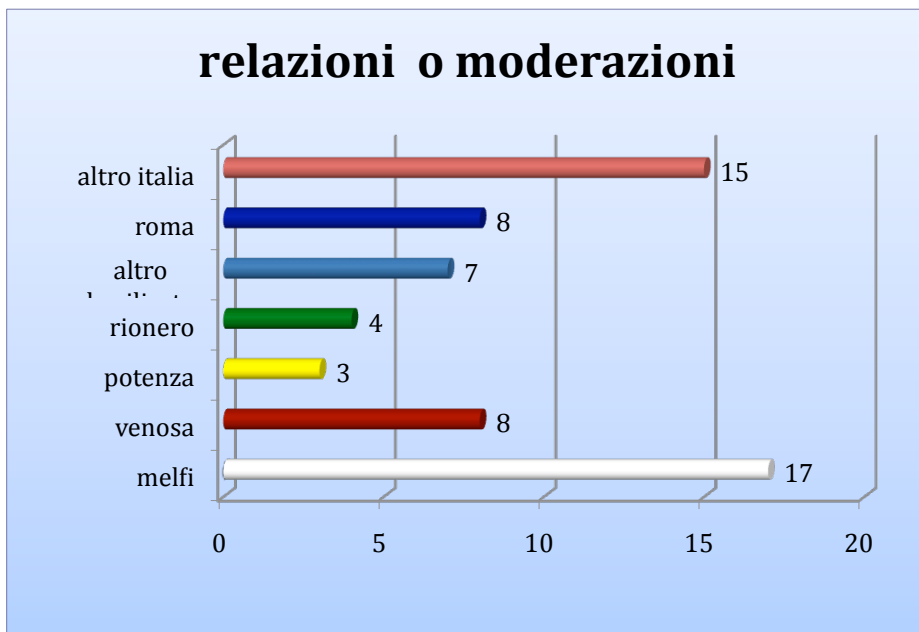


grafico 49



grafico 50

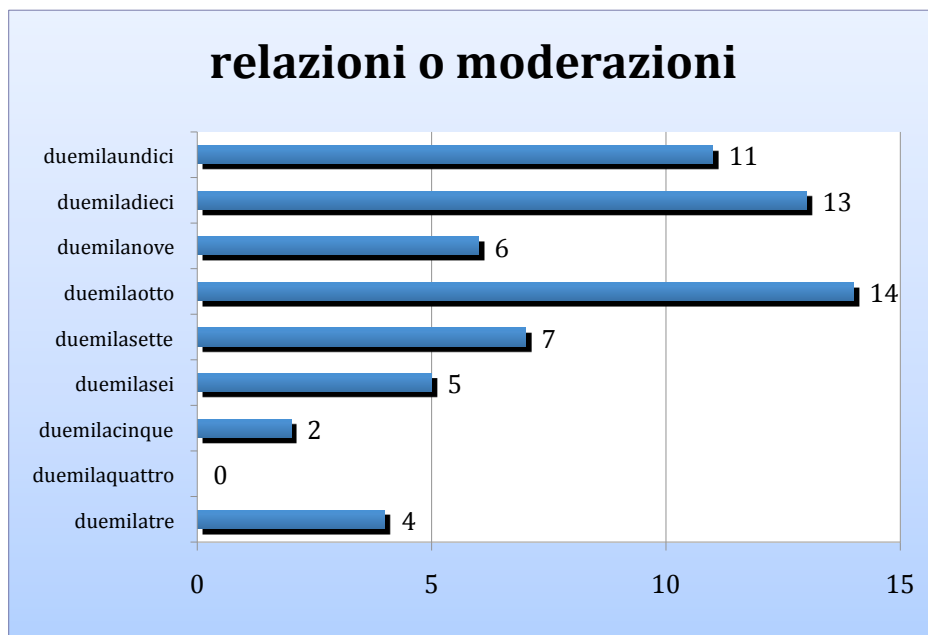
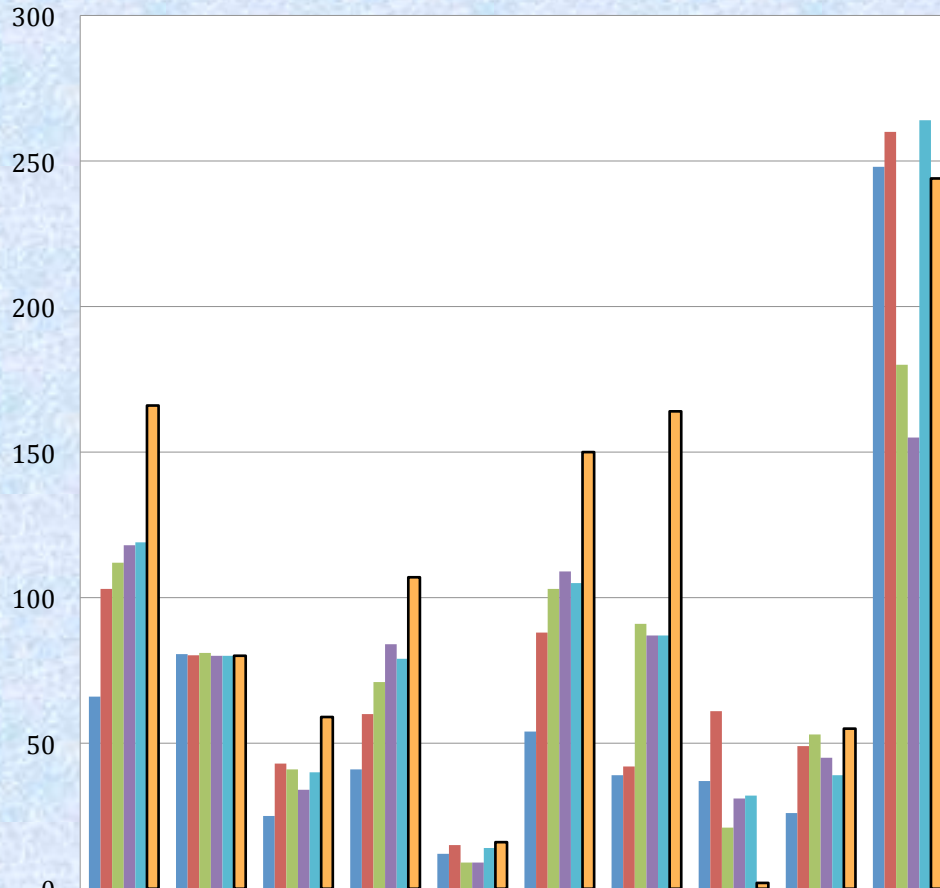


grafico 51

### LCC - Attività dal 2006 al 2011



	numero pazienti	età media	maschi	femmine	oncologici	non oncologici	avanzate	tradizionali	recensioni	accessi medici
■ duemilasei	66	80,6	25	41	12	54	39	37	26	248
■ duemilasette	103	80,2	43	60	15	88	42	61	49	260
■ duemilaotto	112	81,01	41	71	9	103	91	21	53	180
■ duemilanove	118	80,02	34	84	9	109	87	31	45	155
■ duemiladieci	119	80,02	40	79	14	105	87	32	39	264
■ duemilaundici	166	80,04	59	107	16	150	164	2	55	244

grafico 52

## ***CURE DOMICILIARI COMPLESSE***

### ***(commenti)***

Le cure domiciliari complesse, rappresentando l'unico vero argine alle ospedalizzazioni improprie, sono divenute negli ultimi anni una necessità per chi, in cure domiciliari, cerca soluzioni vere a tale criticità.

Già dal triennio 2006 – 2007 – 2008, la gestione domiciliare della terapia del dolore, della nutrizione artificiale, delle emotrasfusioni e di particolari terapie accessorie, è messa in atto con protocolli standardizzati a garanzia di processi di qualità sovrapponibili a quelli ospedalieri. I pazienti arruolati sono classificati dal Centro di Coordinamento secondo le Linee Guida Nazionali, recepite in pieno dalla Regione Basilicata. La necessità di rispondere a una domanda sempre più articolata che non trova risposte nel ricovero ospedaliero sta mettendo in luce la vocazione di tale Unità Operativa che ricerca ogni giorno nuovi atti domiciliari complessi, fino a ieri di competenza nosocomiale, tuttavia compatibili con la sicurezza dell'ammalato.

Dal 2003 al 2011 si è assistito a una progressiva *“implementazione della complessità assistenziale domiciliare”* che si è avvalsa dell'utilizzo di tecnologia e strumentazione esportate dall'ospedale a domicilio.

In nove anni:

- Sono stati assistiti 2328 pazienti;
- di questi, il 65% oncologici e il 35% non oncologici (ma in vertiginosa crescita);
- tali pazienti hanno ricevuto: oltre 9000 accessi domiciliari medici, oltre 7500 accessi domiciliari degli psicologi, oltre 100.000 accessi domiciliari infermieristici, con quasi 120.000 giornate di presa in carico;



- il coefficiente di penetrazione geografica (rapporto fra casi trattati e popolazione) si è quasi triplicato. E', infatti, passato dallo 0,150 nel 2004 allo 0,443 nel 2011, segno che le cure palliative domiciliari "esistono" in tutti i Comuni del territorio comprese le campagne;
- la linea grafica che rappresenta tale coefficiente di penetrazione geografica è sorprendentemente identica a quella che rappresenta i Comuni per numero di residenti, altro segno inequivocabile che le cure palliative domiciliari "esistono" in tutti i Comuni del territorio comprese le campagne
- sono stati gestiti oltre 1.000 devices fra PORT, PICC, PEG, CVC, ecc;
- sono stati impiantati oltre 600 fra PICC e midline (l'85% dei quali a domicilio);
- sono stati gestiti oltre 1.500 pazienti in nutrizione artificiale con oltre 32.000 giornate di NPD;
- sono stati gestiti oltre 1.100 pazienti con oppiacei per dolore, con oltre 75.000 dosi distribuite direttamente ed erogate a domicilio;
- sono eseguite oltre 1.400 emotrasfusioni a domicilio;
- vengono gestiti oltre 100 pazienti l'anno con lesioni croniche cutanee;
- sono stati organizzati 14 fra Congressi, Corsi e Convegni; ci sono state 22 pubblicazioni scientifiche; sono state tenute in tutta Italia oltre 60 relazioni.

Tutta questa attività si è consolidata attraverso:

- ✚ Un progressivo ma ponderato incremento di accessi domiciliari di medici, pianificati e codificati anche alla luce di un'ottimizzazione dell'uso delle limitate risorse disponibili;
- ✚ l'elaborazione e la esecuzione di piani di nutrizione artificiale, personalizzati ma soprattutto monitorizzati; tali piani tengono conto di una accurata valutazione dello stato nutrizionale e delle ottimali vie di somministrazione sempre più omogenee alle linee guida nazionali e internazionali;

- ✚ 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;
- ✚ l'ulteriore penetrazione in aree geograficamente "scomode";
- ✚ la 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.

La nostra Unità Operativa ha iniziato, da qualche anno, per conto dell'ASP, una battaglia culturale che ha come scopo **“la tutela del patrimonio venoso nel paziente cronico”**. A suffragare tale impegno, c'è la testimonianza di un'attività consistente nell'impiantistica e nella gestione dei cateteri venosi centrali, in particolar modo dei PICC e dei Midline. Gli impianti domiciliari di questi ultimi, assestati ormai in oltre cento l'anno e con una domanda in forte crescita, certificano un bisogno consolidato che non può essere assolutamente disatteso. E' al varo, nei prossimi mesi, un vero e proprio **“Manifesto”** nel quale saranno specificati tutti gli sforzi e tutte le strategie, finalizzati al conseguimento di un obiettivo ambizioso, quello di non avere: **“mai più malati cronici con braccia massacrate da accessi venosi impropri”**. Attraverso convegni, aggiornamenti pratici, campagne d'informazione, si spera di creare le condizioni per un viraggio di atteggiamento degli operatori e della comunità sul tema, per aggiungere un tassello utile al miglioramento della qualità della vita dei malati cronici.

**Dal 1° agosto 2009 l'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative è divenuta Struttura Complessa alla quale è stato accorpato il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative con annesse attività e risorse umane, e con obiettivi di budget e standard di prodotto specifici, regolarmente raggiunti anche nel 2011.**

L'attuale assetto organizzativo prevede il Centro di Coordinamento e l'Unità di Cure Palliative come elementi centrali di governo clinico e di controllo, con 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 affermato, gestisce i pazienti in carico come una "unità divisionale disseminata su tutto il Territorio". Come già ribadito nella Relazione 2010, **"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. Se a ciò si aggiunge la consapevolezza di tempi ormai maturi per un'estensione del modello a tutta l'ASP, anche alla luce dell'espletamento di una gara di esternalizzazione di tali Servizi, si ritiene opportuna un'attenta ricognizione delle risorse esistenti da convogliare in tale settore anche nelle aree geografiche in questo momento scoperte.**

A rafforzare quanto affermato, si rileva il consolidamento (vedi tabelle) di procedure composite che, per la loro peculiarità, necessitano in fase attuativa, di personale altamente specializzato,

formato e fidelizzato, il quale è auspicabile sia di appartenenza aziendale. **Come si evince dalle linee guida, tra l'altro già asserito nelle precedenti relazioni annuali, si prevedono figure fondamentali, soprattutto mediche e infermieristiche, 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 terapisti del dolore dovranno essere espressione diretta dell'Unità di Cure Palliative proprio per la peculiarità e la delicatezza del ruolo che andranno a rivestire.**

### **La chiusura del cerchio: *“la piccola degenza del sollievo”***

Dalla lettura dei dati e dalle considerazioni da esse generate, emergono problematiche e urgenze nuove, che ci spingono a ripensare le modalità, organizzative e gestionali, con cui fino ad oggi sono state concepite e realizzate l'assistenza e la cura. Il dato più imponente è, come più volte ribadito, la netta e progressiva crescita delle malattie croniche.

Emerge la necessità di definire con maggiore chiarezza i fabbisogni di chi è affetto da queste malattie al fine di delineare dei percorsi terapeutici che impongono al sistema un nuovo assetto, una nuova tipologia di struttura assistenziale. È dimostrato dalla letteratura scientifica e dall'evidenza empirica che il tradizionale modello ospedaliero, fondato sulle degenze classiche di tipo acuto e riabilitativo, non sia più adeguato rispetto a quei pazienti che, terminata la fase acuta della loro patologia, presentano una fase post-acuta e sub-acuta ed esistono situazioni border line nelle quali le Cure Domiciliari per quanto complesse, non possono rispondere in maniera ottimale.

Si rendono, quindi, necessarie degli organismi nuovi, identificati nelle strutture di cure intermedie, dove possano essere ospitati i pazienti affetti da patologie croniche che hanno superato la fase acuta, e che quindi non necessitano più dell'alta intensità di cura offerta dall'ospedale, ma che non sono ancora inseribili, da un punto di vista clinico, in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale. Una struttura intermedia, dunque, che si pone tra l'ospedale e la casa, e in cui la persona si ritrovi ancora al centro di un'assistenza adeguata al suo reale bisogno.

Ai pazienti affetti da questa tipologia di patologie, post-acuzie, completamente stabilizzati, viene offerta la possibilità, una volta dimessi dalle strutture ospedaliere, di proseguire la degenza per un periodo indicativamente fra i sette e i trenta giorni in una struttura sanitaria “intermedia”, ossia una

struttura ad intensità assistenziale inferiore rispetto ad un ricovero ospedaliero ma superiore a quello che può essere offerto da una lungo-degenza o dall'assistenza domiciliare integrata, in altre parole con una maggiore presenza di medici, infermieri, fisioterapisti a monitorare il bisogno e a prestare assistenza.

L'obiettivo di una tale struttura è duplice: per prima cosa garantire una dimissione dalle strutture sanitarie più graduale al paziente che ha già superato una fase di malattia acuta, ma il cui ritorno al domicilio o il trasferimento ad una struttura di riabilitazione o di lungo-degenza potrebbe essere prematuro. In secondo luogo, la struttura intermedia permette di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, in particolare dei letti di degenza, delle strutture ospedaliere per acuti.

L'attività di pre-selezione viene eseguita dal medico dell'unità ove il paziente si trova ricoverato, ed è mirata a valutare se questi risponde ai requisiti generali che possono consentire l'attivazione del ricovero a bassa o media intensità di cure. Il singolo caso è discusso poi con i medici della struttura intermedia e viene accompagnato da una dettagliata documentazione compilata dai medici stessi. Per ogni paziente è definito un piano di assistenza individualizzato, che specifica le prestazioni da erogare in regime di ricovero intermedio, includendo i farmaci e gli eventuali presidi e ausili necessari.

Con la struttura ospedaliera permane un contatto diretto che permette un pronto reingresso in ospedale qualora debbano insorgere complicanze durante il periodo di degenza intermedia, mentre un colloquio con gli assistenti sociali è importante per tracciare il percorso del paziente e per facilitare i familiari nello organizzare il rientro al domicilio illustrando loro le risorse presenti sul territorio.

La Regione Basilicata, nella bozza di Piano Regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2011 - 2014 "Ammalarsi meno, curarsi meglio" approvata in Giunta regionale in data 29.12.2010, con DGR n. 2222, nella parte dedicata ai Condizionali distrettuali, in particolare alle attività di lungodegenza, CD9, fornisce alle Aziende sanitarie e ospedaliere gli strumenti necessari per rispondere alle diverse tipologie di patologie attraverso una diversificazione della risposta assistenziale sia nell'ambito della stessa lungodegenza post-acuzie, sia in generale nell'organizzazione e programmazione aziendale delle attività assistenziali, al fine di graduare le possibili risposte assistenziali in sede ospedaliera ed extraospedaliera. Allo stesso modo, il Piano precisa che sono le Aziende sanitarie e ospedaliere a prevedere, nella formulazione dell'atto aziendale, così come previsto dall'art. 3 comma 1 bis del D. Leg.vo n. 229, la tipologia di struttura

dedicata all'assistenza post-acuzie. Inoltre, precisa che agli appositi accordi contrattuali (come previsto dal D. Leg.vo n. 229 art. 8 sexies) sono demandati la determinazione del finanziamento delle strutture e delle tariffe delle prestazioni, in base alla tipologia ed alla quantità di prestazioni erogate. In tale contesto, e in piena sintonia con il Piano socio-sanitario integrato, si inserirebbe la struttura intermedia, denominata "piccola degenza del sollievo", dotata di 8 posti letto. Il modello prospettato è, altresì, in sintonia con altre iniziative simili che si stanno sviluppando in altre realtà regionali (per citarne qualcuna, Lazio, Policlinico "Gemelli" di Roma per iniziativa del Prof. Numa Cellini, neopresidente della Fondazione "Gigi Ghirotti"; Lombardia, Azienda ospedaliera "San Paolo" di Milano).

In tale struttura intermedia, attraverso una degenza più o meno lunga, si è in grado di garantire tutta quella serie di risposte capaci di potenziare in maniera autentica la qualità dell'intero sistema e, nel contempo, di ridurre significativamente il ricorso a ricoveri inappropriati in reparti per acuti.

"La piccola degenza del sollievo", così concepita, avrebbe un ruolo significativamente diverso dalle altre strutture intermedie esistenti e previste dal nuovo strumento di programmazione sanitario regionale, in quanto "contenitore" fortemente comunicante con le cure domiciliari, avente il ruolo di coprire quei bisogni, anche temporanei, di malati cronici in fase di criticità intercorrenti.

Tale struttura intermedia rappresenterebbe un percorso assistenziale:

- ✓ per le già esistenti Cure Palliative Domiciliari, a cui far afferire quei bisogni non gestibili in maniera ottimale a domicilio;
- ✓ per pazienti cronici e terminali:
- ✓ un ambiente ideale per accogliere pazienti terminali oncologici e non, a cui si potrebbe assegnare lo stesso nome dell'Unità di riferimento domiciliare e cioè "Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative", per la copertura più efficace di una domanda già garantita dalle Cure Domiciliari stesse.

Consentirebbe, inoltre,

- ✓ con la nutrizione clinica, dotata di un ambulatorio dedicato e con un sito certo di impiantistica venosa centrale, propedeutica sia alla nutrizione clinica (NAD) che a tutta una serie di procedure terapeutiche, la realizzazione di un'eccellenza in grado di perfezionare l'offerta parziale garantita già da tempo dalle Cure Domiciliari del Nord Basilicata. A tal riguardo verrebbero generati naturalmente sia un Ambulatorio di Nutrizione Clinica sia un

Ambulatorio preposto all'impiantistica e alla gestione dei cateteri venosi centrali a lungo termine che, visto l'incremento esponenziale delle loro indicazioni, creerebbero un enorme movimento intorno a tutta la struttura.

- ✓ mediante protocollo di intesa con l'IRCCS-CROB, la possibilità di erogare chemioterapia a pazienti dell'Alto Bradano con difficoltà a spostarsi, riducendo disagi e "alleggerendo" il carico di lavoro delle Unità di Oncologia.
- ✓ con l'eventuale terapia chirurgica (in regime ambulatoriale) il completamento della gestione di alcune lesioni croniche cutanee, finora garantita solo parzialmente dall'Unità di Cure Domiciliari.
- ✓ la riduzione dei ricoveri in reparti per acuti di eventuali complicanze prodotte da chemioterapia e/o radioterapia in pazienti non terminali ma oncologici in fase di criticità, non completamente gestibili a domicilio, che troverebbero invece in una struttura intermedia così congegnata, la predisposizione specifica alle relative problematiche.
- ✓ di offrire risposte adeguate e sicure a tutti i casi in cui si verificano problematiche della terapia del dolore, o effetti collaterali della stessa, sia a domicilio che in un reparto per acuti.
- ✓ di eseguire presso l'IRCCS-CROB eventuale radioterapia antalgica, attraverso un sistema di integrazione con Associazioni Onlus (che garantirebbero il trasporto giornaliero degli ammalati).

Tale struttura non modificherebbe l'assetto ospedaliero complessivo in quanto il numero dei posti letto è la somma tra la struttura intermedia di sei posti letto + i due posti letto già previsti di Cure Palliative e rimarrebbero invariati i 90 posti letto complessivi codificati. Tale riassetto si concretizzerebbe quindi a isorisorse, in quanto frutto della già annunciata redistribuzione delle risorse umane già presenti nell'Ospedale di Venosa.

## ***CONCLUSIONI***

**Il 2012 può essere un anno decisivo per le cure domiciliari e in particolare per quelle palliative di tutta l'ASP. Il “modello Venosa”, che in tutti questi anni ha coperto concretamente “il bisogno” di tanti malati terminali e cronici nel Nord Basilicata, sulla scorta dei dati riportati, può essere riproducibile in tutta l'Azienda, a patto che la Direzione Strategica favorisca, con azioni forti e mirate, la nascita e la crescita di avamposti così concepiti, nelle aree scoperte dell'ASP.**

**Infine, la eventuale nascita di una struttura intermedia, così come concepita nella illustrazione suesposta, rappresenterebbe, a mio avviso, una autorevole candidatura a best practice di modello assistenziale per la patologie delle cronicità e delle terminalità.**

Melfi, 20/02/2012

Gianvito Corona



## ORGANICO

<b>UCP</b>	<b>MEDICI 1)(1 +2) PSICOLOGI (0) (0,5)</b>	<b>INFERMIERI (2)(3)</b>	<b>AMMINISTRATIVI(1) (1)</b>	
	<b>Corona Gianvito (dirigente II livello)</b>	<b>Quaranta Pasqualina</b>	<b>Autunno Rita (Contratto a tempo determinato)</b>	
	<b>Renzullo Maria (dirigente I livello)</b>	<b>Domeniconi Valeria</b>		
<b>CENTRO DI COORDINAMENTO</b>	<b>MEDICI (1)(1)</b>	<b>PSICOLOGI (0) (0,5)ASSISTENTI SOCIALI (1)(2)</b>	<b>INFERMIERI (3) (4) e FISIOTERAPISTI (1) (2)</b>	<b>AMMINISTRATIVI(1) (1)</b>
	<b>Dr Corona Gianvito (dirigente II livello)</b>	<b>Di Grisolo Rosa(AS) (coordinatrice)</b>	<b>Solimano Annalisa(IP) (coordinatrice)</b>	<b>Laconca Annarita (Contratto a tempo determinato)</b>
	<b>Drssa Renzullo Maria(dirigente I livello)</b>		<b>Lombardi Silvana (IP)</b>	
			<b>Cavallo Imma (IP)</b>	
			<b>Genovese Angela (FKT)</b>	

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

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