

**ALLEGATOF alla Dgr n. 1086 del 26 luglio 2011**

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 84/CSR del 20 aprile 2011 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, Anno 2011

Generalità	
Regione proponente	Regione del Veneto
Linea progettuale	Linea 4 - Le cure palliative e la terapia del dolore
Titolo del progetto	Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto
Durata del progetto	Annuale
Referente	<p>dr. Marco Bonetti, Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia Tel. 0412793500 marco.bonetti@regione.veneto.it</p> <p>Segreteria regionale Sanità e Sociale Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491 segr.sanita@regione.veneto.it</p>

Aspetti finanziari	
Costo complessivo del progetto	<p>I costi sono così stimati e ripartiti:</p> <p>a) sviluppo del programma formativo di base: 3 edizioni di un corso di 7 giornate (€80.000 totali) dedicato alla clinica palliativa 6 edizioni di un corso di 3 giornate, dedicato agli aspetti di relazione nelle cure palliative (€ 70.000 totali) 3 edizioni di un corso di 3 giornate sul processo decisionale nelle cure palliative (€35.000 totali)</p> <p>b) attività formativa avanzata: u 3 edizioni di un corso di 4 giornate sul funzionamento dell'èquipe di cure palliative (€ 60.000 totali)</p> <p>c) attività di startup e consolidamento: €14.000.000, per l'acquisizione di personale a contratto per i nuclei di cure palliative</p>
Importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2011	€14.245.000 totali

Il progetto	
Contesto	<p>PREMESSE</p> <p>Le persone hanno il diritto di vivere senza sofferenze inutili e di ricevere cure adeguate ai loro problemi di salute e di relazione. Per tali principi, lo sviluppo della lotta al dolore e l'offerta di cure palliative e di fine vita, sono priorità dei servizi sanitari e sociosanitari della Regione del Veneto.</p>

Il dolore, qui inteso come esperienza fisica e come stato globale di fragilità e di disabilità, è spesso accompagnato da riduzione o perdita di una sufficiente qualità di vita. Per farvi fronte, si possono prefigurare impegni progressivi, che prevedono passaggi dai livelli più diffusi di cure, maggiormente accessibili per i cittadini, fino a quelli di complessità elevata e di competenza più specifica. In particolare, il trattamento antalgico va offerto a tutte le persone con dolore, sia a coloro che transitoriamente ne abbiano bisogno, sia a coloro che, per le condizioni di patologia avanzata, soffrono in maniera continuativa; esso va inteso inoltre come soglia minima di offerta sulla quale poggiano prestazioni palliative, destinate a supportare lo stato di benessere dei malati in terapie particolarmente prolungate e impegnative, come quelle oncologiche, sia coloro cui sia stata posta la diagnosi d'inguaribilità, con l'obiettivo di una miglior qualità di vita. Infine, quando è raggiunto lo stato d'inguaribilità avanzata, più comunemente definito di terminalità, caratterizzato da una marcata compromissione dell'autonomia e della capacità di relazione e di partecipazione sociale, il trattamento antalgico e le cure palliative sono integrate dalla maggior attenzione alle dimensioni psicologiche e di tutela familiare, costituendo le cosiddette cure di fine vita. Ugualmente, pur essendo le modalità assistenziali e di cura tra loro in continuità, va comunque ribadito che i possibili beneficiari non sono sempre coincidenti, ma sono rappresentati da tipologie di persone ben caratterizzate e con livelli problematici diversi, tali da richiedere impegni particolari, nonché specificazione e estensione di competenze ben definite. Per altro, è innegabile che tra i contenuti e l'esperienza maturati nella cura del dolore, come nella gestione di cure palliative e di fine vita, esistano elementi di reciproco completamento e integrazione. Si pensi, ad esempio, ai risvolti etici delle pratiche cliniche, alla rilevanza degli aspetti comunicativi e relazionali con le persone che soffrono, alla necessità di supportare l'assistenza continua offerta dai familiari, alla condivisione di alcuni approcci terapeutici.

La popolazione che potrebbe giovare di cure palliative è ampia: il decreto del Ministro della salute n. 43/2007 pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 6 aprile 2007, n. 81, indica che almeno il 65 per cento dei deceduti per patologia neoplastica ogni anno, dovrebbero poter ricevere un programma strutturato di cure palliative, per un numero pari a circa 8.200 persone nella nostra regione; a loro andrebbero aggiunti coloro che, pur affetti da patologia neoplastica non sono ancora in fase d'inguaribilità, potrebbero giovare lungo il trattamento di cure palliative a sostegno della loro autonomia, secondo un numero di assistibili ancora difficilmente quantificabile, ma certamente di alcune decine di migliaia di persone; infine, le cure palliative si stanno rivelando utili per la cura di forme inguaribili in patologie non oncologiche, come quelle neurologiche, polmonari, infettive, metaboliche.

Le cure palliative dovrebbero diventare quindi un approccio diffuso per la tutela delle persone con patologie impegnative, al fine di proteggerne la qualità di vita. Ugualmente, pur diventando necessario investire nella formazione diffusa del personale sanitario e sociosanitario per conseguire quanto atteso, le dimensioni della popolazione potenzialmente assistibile consigliano la costituzione di reti di servizi in grado di esprimere particolare competenza, soprattutto per coloro con maggior gravità e complessità clinica e assistenziale. Per garantire un governo del sistema d'offerta e di seguire l'evoluzione della patologia, è opportuno che nelle aziende ULSS possano essere costituiti dei nuclei di operatori particolarmente preparati che possano gestire i servizi e fungere quindi da referenti per il paziente e i suoi familiari, con il medico di medicina generale. In particolare, ai nuclei è affidato: il funzionamento degli ambulatori, ai quali possono rivolgersi i malati ancora in relativa autonomia motoria e cognitiva; le cure domiciliari specifiche; l'hospice, quale struttura residenziale in grado di offrire elevata protezione per il malato e sollievo per le famiglie maggiormente usurate dall'assistenza continua. Per consentire l'accesso a cure palliative per tutta la popolazione assistibile, lo sviluppo di servizi e l'omogeneità nei livelli dell'assistenza, è necessario che sia definita una dotazione organica minima come soglia di garanzia per i nuclei di cure palliative. Per rendere concreta l'accessibilità alla referenza del nucleo, ogni malato dovrebbe aver diritto all'indicazione di un operatore come facilitatore

informativo e garante dei trattamenti di cui ha bisogno.

Il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore documenta che équipes organizzate come nuclei competenti di cure palliative, sono presenti solo in alcune aziende ULSS e la rete degli hospice, che secondo lo standard ministeriale (DM n. 43/2007), dovrebbe prevedere circa 225 posti letto nel Veneto, non è stata completata, sebbene appaia più strutturata che in altre regioni. Secondo gli stessi dati, aggiornati al 31 dicembre 2007, solo il 35 per cento dei deceduti per cancro ha ricevuto un programma strutturato di cure palliative e l'80 per cento dei malati oncologici muore ancora in ospedale, dimostrando che i servizi disponibili sono insufficienti e spesso fragili, in particolare negli ultimi giorni di vita del malato.

Allo stato attuale il grado di tutela di larghe fasce di popolazione affette da patologia inguaribile e in stato avanzato di malattia, nonché di sofferenti per dolori inutili, è incerto e non pienamente garantito. È opportuno prevedere un governo tecnico del sistema, in grado di tutelare su più piani e con modalità di controllo e impulso, l'uniformità e la qualità dell'offerta. Pertanto, accanto ad un Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, composto da personale competente sia in senso organizzativo che clinico-assistenziale, cui demandare compiti di formazione del personale, sostegno metodologico ai programmi regionali e locali di cure palliative e lotta al dolore, la produzione di raccomandazioni e la ricerca in campo dei servizi, è necessario costituire delle équipe presso le Aziende ULSS, ed in particolare i distretti, in grado di governare il sistema d'offerta assistenziale proponendo percorsi personalizzati, secondo un approccio per problemi, che segue l'evoluzione clinica dei malati.

Attualmente, l'offerta palliativa è insufficiente e sostituita da un inappropriato ricorso all'ospedale, con costi superiori a quelli necessari per coprire tutte le cure palliative per l'85 per cento dei malati oncologici. Pertanto, non si tratta solamente di attribuire nuove risorse, secondo una tradizione che aggiunge servizi, ma di riqualificare quelli esistenti. Quindi, in un contesto di compatibilità economica, parte dei finanziamenti nazionali, dovrebbe essere destinata a sostenere progetti di sviluppo delle reti di cure palliative, soprattutto per riconversione dei ricoveri ospedalieri.

VALUTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI INAPPROPRIATI PER MALATI ONCOLOGICI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI DI VITA

La letteratura scientifica e l'esperienza dei servizi di cure palliative confermano che i malati prediligono condurre le fasi finali della loro vita presso il proprio domicilio, circondati dagli affetti familiari e dalla solidarietà dei conoscenti. Inoltre, il ricovero in regime ordinario in una struttura dedicata prevalentemente alla fase acuta della malattia, può generare attività inutili e, spesso, dolorose per il malato, in un tempo in cui, per favorire un decorso naturale della vita, il criterio decisionale dovrebbe essere maggiormente improntato all'astensione da tutto ciò che non sia in grado di modificare la qualità di vita del malato. Per questo motivo i ricoveri ospedalieri negli ultimi tempi di vita e, in particolare, quelli che si concludono con il decesso, sono ritenuti sostanzialmente inopportuni, quando non francamente inappropriati.

Per valutare le modalità dell'assistenza che viene erogata nella fase terminale della vita ai soggetti ammalati di tumore, sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori del Veneto (RTV), che offre una copertura media del 51.3% della popolazione regionale.

Dal data base del registro sono stati estratti i soggetti con diagnosi di neoplasia maligna (esclusi gli epitelomi cutanei), nel periodo 1.1.2000 – 31.12.2003, e per ognuno è stato definito lo stato in vita al 31.12.2006, utilizzando come fonti informative i certificati di morte, l'anagrafe sanitaria e le anagrafi comunali.

Sono stati esclusi i soggetti la cui diagnosi risultava solo dalla Scheda di morte o dall'autopsia e quelli con sopravvivenza molto breve, inferiore a un mese. Nel caso di neoplasie multiple, è stata considerata solo la diagnosi più recente.

Per ognuno dei deceduti è stato individuato nell'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) regionali ed extraregionali del periodo 2000 – 2006 (in tutto 6.695.675 record-sdo per i sette anni 2000 – 2006) l'ultimo ricovero in regime ordinario che riportasse alla dimissione una diagnosi principale o secondaria di tumore; non sono stati considerati i ricoveri in regime di DH per l'esiguità del numero.

Sono stati quindi individuati i soggetti il cui ultimo ricovero con diagnosi di dimissione di tumore era stato effettuato nei tre mesi prima della morte, complessivamente 17613 malati. Sono stati considerati presumibilmente non evitabili i ricoveri con DRG chirurgico, pari a 1379.

Abbiamo analizzato la modalità di dimissione dell'ultimo ricovero, la distribuzione della distanza in giorni tra l'ultima dimissione e il decesso, nonché la distribuzione della durata dell'ultimo ricovero. Sono stati inoltre calcolati i costi derivanti da questi ricoveri, utilizzando il valore associato al DRG riportato nella singola scheda SDO (metodo e tariffe del DM 30.06.1997, espressi in Euro).

Da questa analisi abbiamo ricavato i seguenti indici :

- percentuale di soggetti, rispetto al totale dei casi incidenti, che hanno avuto un ricovero "inappropriato" a fine vita;
- durata media del ricovero a fine vita;
- costo medio di un ricovero a fine vita.

A partire da questi indici abbiamo stimato il numero di ricoveri entro 3 mesi dalla morte e il loro costo per i soggetti con diagnosi di neoplasia nel 2003, sia per tutta la Regione, sia per le Aziende ULSS in cui non è attivo il registro Tumori.

Per le Aziende ULSS coperte da registrazione è stata invece riprodotta l'intera procedura, utilizzando i dati osservati (numero di soggetti incidenti 2000-2003 nell'ULSS stessa, numero di questi deceduti con ricovero inappropriato e % sul totale) per calcolare durata e costo effettivo dei ricoveri

Dei 52.142 soggetti con diagnosi di tumore maligno nel quadriennio 2000-2003 estratti dal data base del Registro Tumori del Veneto, 22.917 sono risultati deceduti al 31.12.2006.

I soggetti in analisi, cioè i deceduti con ricovero ospedaliero in reparti medici in regime ordinario negli ultimi tre mesi di vita, sono quindi 16.234, pari al 31 % dei malati considerati.

Nella Tab 1 è riportata la distribuzione per modalità di dimissione.

Tab. 1

Modalità di dimissione	Numero	%
Deceduto in ospedale	12754	78,6
Dimesso al domicilio	3332	20,5
Trasferito ad altra struttura	148	0,9
Totale	16234	100,0

Com'è possibile notare, la grande parte dei malati è morta all'ospedale e solo un quinto di loro (3480 persone) è deceduto a casa o in altra struttura non ospedaliera.

Per questi 3480 soggetti è stato valutato l'intervallo di tempo tra dimissione e decesso (tab. 2).

Tab. 2

INTERVALLO DI TEMPO(GG)

INTERCORRENTE TRA ULTIMA DIMISSIONE E DECESSO

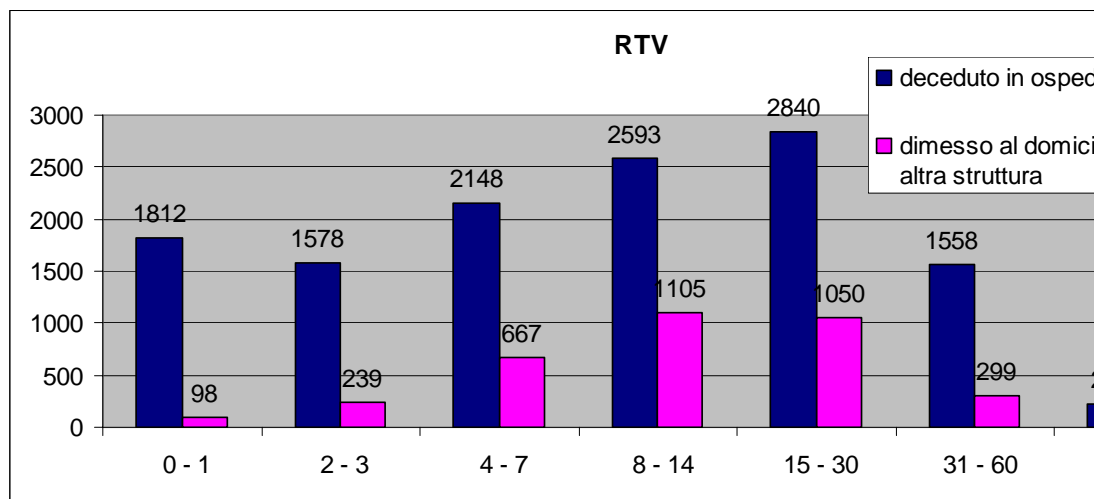
Modalità di dimissione	0 - 1	2 - 3	4 - 7	8 - 14	15 - 30	31 - 60	61 -
Soggetti dimessi al domicilio o trasferiti in altra struttura	346	157	306	533	921	930	
%	9,9	4,5	8,8	15,3	26,5	26,7	
% cumulata	9,9	14,5	23,2	38,6	65,0	91,8	100,0

Il 10% dei malati muore il giorno stesso o il giorno dopo la dimissione; complessivamente quasi un quarto muore entro una settimana (23.2%) e due terzi entro un mese.

In tab.3 è analizzata la durata dei ricoveri dei 16234 soggetti .

Tab. 3
DISTRIBUZIONE DELLA DURATA DELL'ULTIMO RICOVERO
NEGLI ULTIMI TRE MESI DI VITA

Modalità di dimissione	Durata in giorni dell'ultimo ricovero ordinario					
	0 - 1	2 - 3	4 - 7	8 - 14	15 - 30	31 - 60
deceduto in ospedale	1812	1578	2148	2593	2840	1558
%riga	14,2	12,4	16,8	20,3	22,3	12,2
Dimesso al domicilio o trasferito in altra struttura	98	239	667	1105	1050	299
%riga	2,9	7,2	20,0	33,2	31,5	9,0
Totale	1910	1817	2815	3698	3890	1857
%riga	11,8	11,2	17,3	22,8	24,0	11,4
% cumulata	11,8	23,0	40,3	63,1	87,0	98,5



Modalità di dimissione	giorni di ricovero	
	media	mediana
Deceduto in ospedale	14,5	9
Dimesso al domicilio o trasferito in altra struttura	14,8	12
Totale	14,6	10

Il 40.3 % dei malati è ricoverato nell'ultima settimana di vita e tra i malati che muoiono in ospedale ben due terzi (63.7 %) ha un ricovero di durata tra 1 e 14 giorni, quindi in fase di assoluta terminalità .

I 16234 ricoveri hanno prodotto in totale 236.606 giornate di degenza, con una durata media di 14.6 giorni e una mediana di 10 giorni.

Sono stati poi stimati i costi derivanti da questi ricoveri, ricorrendo al valore del DRG specifico. La stima finale è di 61.662.511 euro, con un costo medio per ricovero di 3798 euro.

Dall'analisi dei dati del RTV abbiamo potuto calcolare che il 31 % dei soggetti malati di tumore ha avuto un ricovero di fine vita inappropriato; applicando questa percentuale ai circa 29.125 soggetti che si ammalano ogni anno nell'intera regione (stima al 2003), si calcola che 9070 andranno incontro a un ricovero inopportuno di fine vita, con un costo annuo di 34.444.321 euro, relativo a 132.143 giornate di ricovero.

Gli indici calcolati su tutta la popolazione coperta dal registro sono stati ricalcolati per singola ULSS, sempre a partire dai casi incidenti nel periodo 2000-2003; percentuale di soggetti con ricovero inappropriato a fine vita rispetto ai casi diagnosticati ogni anno; numero dei ricoveri inappropriati, durata e costo (TAB 4).

Tab. 4

Anno 2003	AZIENDE ULSS INCLUSE NEL RTV						
Azienda ULSS	CASI INCIDENTI 2003	SOGGETTI CON ULTIMO RICOVERO ENTRO TRE MESI DALLA MORTE		GG DEGENZA TOTALI	DURATA MEDIA DI RICOVERO	MEDIANA DELLA DURATA	SPESA ANNUA (EURO)
1	880	255	(28,9 %)	3937	15,4	11	95
2	678	187	(27,5 %)	2556	13,7	9	69
3	976	291	(29,8 %)	3918	13,5	9	106
6	1684	520	(30,9 %)	7463	14,4	10	194
8	1293	393	(30,4 %)	5241	13,3	9	148
9	2290	676	(29,5 %)	10562	15,6	11	257
12	2361	830	(35,2 %)	13793	16,6	11	333
13	1377	443	(32,2 %)	5532	12,5	8	161
18	1155	391	(33,9 %)	6216	15,9	11	154
19	511	168	(32,9 %)	2287	13,6	9	60
20	2896	862	(29,8 %)	11842	13,7	10	326

Le attuali Aziende Ulss 6,8,9 e 20 sono coperte da registrazione per una quota che va dal 62 al 93%; pertanto il numero di casi/anno complessivo è stato calcolato a partire dai dati osservati.

Per calcolare la spesa nelle Aziende Ulss non coperte dal RTV si è dovuto stimare il numero dei casi annui con nuova diagnosi (stima al 2003) e applicare gli indici ricavati dall'esame di tutta la popolazione del RTV; cioè la percentuale di soggetti del 31% con ricovero inappropriato, il costo medio di 3798 euro per ricovero e la durata media di 14.6 giorni (TAB 5).

Tab. 5

Anno 2003	AZIENDE ULSS NON INCLUSE NEL RTV			
Azienda ULSS	CASI INCIDENTI 2003 STIMATI	STIMA DEL NUMERO DI ULTIMI RICOVERI ENTRO TRE MESI DALLA MORTE	STIMA DEL NUMERO DI GG DEGENZA TOTALI	STIMA SPE ANNUA EU
4	1019	317	4623	120
5	926	288	4201	109
7	1347	419	6111	159
10	1324	412	6007	156
14	819	255	3716	96
15	1317	410	5975	155
16	2632	820	11942	311
17	1201	374	5449	142
21	936	291	4247	110
22	1503	468	6819	177
REGIONE VENETO	29125	9070	132143	3444

Nella Regione del Veneto, quindi, assistiamo ad alcuni fenomeni ragionevolmente riconducibili ad un'insufficiente capacità delle reti di cure palliative nel far fronte a tutti i malati suscettibili di cure, soprattutto negli ultimi giorni di vita. Per altro, la ricognizione sul personale destinato alle cure palliative, secondo quanto indicato dalle stesse aziende sociosanitarie regionali, dimostra che non è possibile espandere ulteriormente l'offerta con le attuali risorse.

In particolare, va registrata un'elevata mortalità intraospedaliera e un consistente ricorso al ricovero negli ultimi 90 giorni di vita, quindi in condizione di inappropriata o, quantomeno, di inopportunità secondo quanto desiderato dai malati. Per recuperare risorse da destinare all'espansione dei servizi domiciliari è quindi necessario ridurre questi ricoveri.

Per valutare la capacità d'espansione dell'assistenza domiciliare per riconversione dei ricoveri ospedalieri, è necessario utilizzare quanto indicato nel:

- decreto n. 43 del 22 febbraio 2007 che prevede, entro un triennio dalla sua approvazione, debba essere raggiunta una percentuale di assistiti dalla rete di cure palliative pari al 65% dei deceduti per cancro per anno;
- documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Ministero della Salute). Vi vengono indicati in 4 euro procapite per conseguire una copertura completa per il 45% di coloro che muoiono di cancro per anno (senza i costi di startup) assistiti a domicilio. Applicando questo valore alla popolazione regionale veneta (circa 4,5 milioni di abitanti), otteniamo un costo di circa 18 milioni di euro, pari a circa 2 milioni di euro per ogni 5% d'incremento degli assistiti.

Nel 2007 è stato curato il 35% circa dei deceduti per cancro: volendo raggiungere lo standard nazionale dobbiamo incrementare del 30% la quota d'assistiti in cure palliative, con un fabbisogno finanziario di 12 milioni di euro. Se volessimo raggiungere lo standard dell'85%, il fabbisogno finanziario dovrebbe essere di 20 milioni di euro (per un incremento percentuale del 50% d'assistiti). Alla fine del 2007 i posti hospice disponibili e attivati erano 135: pertanto ne mancano 90 per raggiungere lo standard nazionale che, per

	<p>la nostra regione, è di 225.</p> <p>Tenuto conto di una media nazionale di costo giornaliero di un posto in hospice, pari a circa 225–230 euro, per finanziare i posti rimanenti, sarebbero necessari altri 7,4 milioni di euro circa per anno.</p> <p>Complessivamente, sarebbero necessari 19,4 milioni di euro per conseguire lo standard nazionale minimo e 27,4 milioni di euro per una copertura assistenziale pressoché totale di tutti i malati oncologici che potrebbero giovare di cure palliative. Accettando che la stima economica debba essere rivalutata, per effetto dell’inflazione e della variazione dei costi derivanti dai contratti, del 20%, il costo finale salirebbe a meno di 24 e 33 milioni di euro.</p> <p>Gli interventi di riconversione degli ultimi ricoveri consentirebbe un risparmio sui costi per la loro gestione, rendendo conveniente anche l’investimento di startup perché recuperabile entro breve tempo.</p> <p>Va sottolineato che la valutazione economica è riferita al solo ultimo ricovero in regime ordinario, non escludendo anche altri ricoveri negli stessi ultimi 90 giorni di vita, rendendo ulteriormente più conveniente un investimento verso la costituzione di reti di cure palliative.</p>
Descrizione	<p>Il programma intende produrre un’espansione delle cure palliative per l’adulto, sostenuto da un processo di riconversione del sistema d’offerta da ospedaliero a domiciliare in grado di fornire le risorse per conseguire l’obiettivo generale.</p> <p>Il programma ha però bisogno di una fase di startup, nella quale è necessario investire risorse per predisporre l’avvio virtuoso della riconversione del sistema d’offerta.</p>
Obiettivi	<p>Generale: innalzare complessivamente la quota di malati assistiti a fine vita secondo un programma strutturato di cure palliative, con un incremento al termine del biennio di programma rispetto al 2007</p> <p>Specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sostenere la domiciliarità come modalità di assistenza prevalente nel fine vita, con decremento, rispetto al 2007, dei decessi in ospedale tra gli assistiti con cure palliative e un aumento dei decessi a domicilio e in hospice 2) sostenere la riconversione di ultimi ricoveri ospedalieri non chirurgici in assistenze domiciliari, con una riduzione dei ricoveri per malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita al termine del programma, rispetto ai dati SDO del 2006.

Tempi di attuazione

Il progetto si sviluppa su più fasi, alcune delle quali in serie, altre in parallelo:

Fasi	Descrizione	Descrizione	Tempistica
Documentale e formativa	Ricerca sui ricoveri inappropriati per azienda in collaborazione con il Registro Tumori del Veneto	Formazione di base alle cure palliative e all’organizzazione dei NCP	Primo bimestre
Pianificazione locale	Sviluppo di progetti aziendali di cure palliative e istituzione dei NCP	Supervisione progettuale da parte del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore	Secondo bimestre
Avvio attività dei NCP	Tenuto conto che le A.ULSS già dispongono di attività di CP, secondo gradi differenti di sviluppo, in questa fase si intende conseguire una maggior uniformità d’offerta nel territorio regionale, predisponendo NCP distrettuali. La disponibilità d’offerta consente di avviare dei processi di riconversione delle assistenze da ospedaliere e domiciliari.		Terzo bimestre

	Alla progressiva riduzione dei ricoveri inappropriati, deve corrispondere una parallela riconversione delle risorse risparmiate in ambito ospedaliero verso l'ambito territoriale.		
Valutazione di processo	Rinforzo formativo dopo fase iniziale di sperimentazione dell'attività e di riconversione assistenziale	Revisione progettuale da parte del Coordinamento regionale	Quarto bimestre
Sostegno dell'attività	Ulteriore incremento dell'attività dei NCP, favorendone la capacità di riconversione dell'assistenza da ospedaliera a domiciliare.		Secondo e terzo bimestre
Valutazione di processo ed esito	Rivalutazione degli aspetti di maggior criticità nello sviluppo del programma; analisi delle dimensioni dell'assistenza erogata e dei livelli di riduzione dei ricoveri inappropriati (in collaborazione con il Registro Tumori del Veneto)		Quarto bimestre

Indicatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di malati assistiti secondo un programma di cure palliative 2. Numero di malati assistiti che decedono in ospedale, in hospice e al domicilio 3. Numero di malati oncologici che negli ultimi 90 giorni di vita subiscono un ricovero ospedaliero non chirurgico 4. Numero di malati oncologici che negli ultimi 90 giorni di vita subiscono un ricovero ospedaliero non chirurgico che si conclude con un decesso
Risultati attesi	Stabilizzazione di una rete regionale di cure palliative, caratterizzata dalla istituzione di Nuclei di Cure Palliative che possano aumentare il numero di malati inguaribili in fase avanzata assistiti a domicilio