HOSPICE IN ITALIA

PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE

2006

a cura di Furio Zucco

Ministero della Salute

HOSPICE IN ITALIA
PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE

2006

Progetto grafico e impaginazione:
McCann Healthcare RGB
Viale Piave, 17 - 20129 Milano
Tel. +39.02.76013317 - Fax +39.02.783325

Medica
EDITORIA E DIFFUSIONE SCIENTIFICA

© 2007 - Medica Editoria e Diffusione Scientifica

E-mail: medica@healthsite.it
http://www.healthsite.it

Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, tradurre in altra lingua, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.

La pubblicazione **"HOSPICE IN ITALIA 2006. Prima rilevazione ufficiale"**

è stata realizzata nell'ambito del progetto
RETE DEGLI HOSPICE ITALIANI© (ITALIAN HOSPICE NETWORK)

in partnership tra Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani e con il patrocinio del Ministero della Salute.

GRUPPO DI LAVORO

Direttore scientifico e curatore dell'opera
Furio Zucco
Società Italiana di Cure Palliative - Via Privata Nino Bonnet, 2 - 20154 Milano (Italia)
e-mail: sicpmail@tin.it; website: www.sicp.it

Coordinamento del gruppo di lavoro e co-autore dei testi
Antonio Danieli
Sviluppo degli strumenti di indagine, autore dell'analisi dei dati e co-autore dei testi
Daniele Crivellaro
Raccolta dei dati
Eugenia Ferrara

Fondazione Nomisma Terzo settore
Strada Maggiore, 44 - 40125 Bologna (Italia)
email: danielia@fnts.it; website: www.fnts.it

Completato a Ottobre 2007.

RINGRAZIAMENTI

Questa pubblicazione è stata resa possibile da:

1. Ministero della Salute; in particolare il Ministro della Salute: on. Livia Turco, Stefano Inglese, Filippo Palumbo, Marco Spizzichino, Luca Sacripanti.
2. Maurizio Petta, Presidente della Fondazione Isabella Seràgnoli e Isabella Seràgnoli, sostenitori e partner dell'opera e Paola Lanzarini, loro collaboratrice.
3. Danila Valenti, Direttore Sanitario dell'Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli, che sin dall'inizio ha perorato la realizzazione dell'opera.
4. Loredana Floriani, Presidente della Fondazione Floriani di Milano, partner dell'opera, e Francesca Crippa Floriani, Presidente della Federazione Cure Palliative, organismo non profit di secondo livello che riunisce e coordina 60 organizzazioni attive nel settore delle cure palliative.
5. Il Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana per le Cure Palliative: Mario Bentivegna, Augusto Caraceni, Giuseppe Casale, Ugo Colonna, Oscar Corli, Francesca Crippa Floriani, Marco Maltoni, Biagio Plumeri, Giorgio Trizzino, Annette Welshman.
6. I Coordinatori regionali della SICP: Cristina Rebuzzi, Abruzzo; Lidia Pecoriello, Calabria; Gianluigi Zeppetella, Campania; Luigi Montanari, Emilia Romagna; Roberto Bortolussi, Friuli Venezia Giulia; Vittorio Donato, Lazio; Maria Teresa Roy, Liguria; Guia Castagnini, Lombardia; Luigi Filippo Nardi, Marche; Carmine Travaglini, Molise; Valentino Menardo, Piemonte; Emanuele Gargano, Puglia; Maria Grazia Mandras, Sardegna; Liborio Di Cristina, Sicilia; Carlo Tempestini, Toscana; Adiberto Favilli, Umbria; Gianvito Romanelli, Veneto; Silvana Selmi, Trentino Alto Adige e il Corrispondente regionale Marco Musi, Valle D'Aosta; senza i loro suggerimenti, gli approfondimenti e le interpretazioni sui dati pervenuti la pubblicazione non avrebbe potuto vedere la luce. Importante è stato anche il loro contributo nella raccolta delle numerosissime normative regionali.
7. I Presidenti, gli Assessori, i Dirigenti e i Funzionari di tutte le regioni italiane che hanno offerto la loro collaborazione e il loro contributo informativo.
8. I Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e i Responsabili legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che hanno certificato i dati sugli hospice.
9. Tutti i responsabili e gli operatori degli hospice, che hanno materialmente compilato le schede.
10. I ricercatori di Fondazione Nomisma Terzo settore, in particolare Antonio Danieli, Daniele Crivellaro, Eugenia Ferrara.
11. Daisy Gay della Federazione Cure Palliative e Angelica Burgio della SICP, per il loro sostegno quotidiano e per il supporto nella fase ideativa e realizzativa dell'opera.
12. Medica Editoria e Diffusione Scientifica per la fase di editing e la stampa e per i suggerimenti costanti nelle fasi della pubblicazione.

PREFAZIONE

Sono molto lieta di presentare questa pubblicazione, per una serie di ragioni che elencherò, molto sinteticamente, di seguito. La prima è che questa indagine colma un vuoto di conoscenza sullo stato dell'arte delle strutture di tipo hospice esistenti. Non è poco, considerata l'importanza di queste stesse strutture e dei temi, tanti e tutti rilevanti, che ad esse sono riconducibili. Parlare di hospice vuol dire, di fatto, misurarsi con il bilancio di ciò che siamo riusciti a mettere in cantiere negli ultimi anni, a partire dalla capacità di utilizzare al meglio le risorse stanziate. Sappiamo che anche per queste strutture siamo costretti a fare i conti con forti differenze territoriali, ancora più pesanti nel loro impatto se consideriamo che le Regioni più svantaggiate, quelle del Centro-Sud del Paese, non sono in grado di assicurare, a tutt'oggi, una offerta di assistenza a domicilio commisurata alla copertura dei bisogni. Per questa ragione appena insediata nel mio incarico di Ministro della salute ho condotto una ricognizione sulla utilizzazione dei fondi destinati alla realizzazione di questo genere di strutture (L. n. 39 26 febbraio 1999), rimettendo in circolo le risorse ancora non spese e provvedendo, con la legge finanziaria dello scorso anno, a rifinanziare con ulteriori 100 milioni di euro gli investimenti relativi. Quest'anno ci apprestiamo a confermare quel provvedimento, con il varo della nuova legge di bilancio, raddoppiandone l'entità dei finanziamenti ed estendendone la utilizzazione alle tecnologie per la rete delle cure palliative domiciliari. Nel frattempo le risorse residue del precedente stanziamento sono state tutte impegnate. E questa è un'ottima notizia, non solo perché significa che sono in via di realizzazione nuove strutture ma anche, e soprattutto, perché queste stesse strutture sono concentrate nelle regioni che più ne hanno bisogno, nel Sud del Paese.

Sappiamo bene quanto gli hospice siano fondamentali per malati e familiari. Ma al di là del loro valore concreto in termini di garanzie assistenziali, queste strutture sono particolarmente importanti anche sul piano simbolico. Nella nostra cultura la sofferenza ha assunto un peso rilevante, forse persino maggiore della morte. E se la morte appartiene alla natura, la sofferenza appartiene alla vita, ed è sempre più governabile dall'uomo. La dignità del morire rimanda a dinamiche sociali sempre più intricate, e rivela una radice tecnologica ormai ineliminabile. Le rivoluzioni scientifiche hanno dilatato la portata di questa discussione. L'invecchiamento della popolazione e una aspettativa di vita crescente ci hanno messo di fronte ad un incremento significativo della incidenza di patologie croniche. La medicina contemporanea, d'altro canto, ha consentito, di fatto, la cronicizzazione di malattie prima rapidamente mortali. Le cronicità possono essere considerate emblematiche del cambiamento di paradigma che interessa in maniera sempre più evidente anche il nostro sistema sanitario. È parte di questo cambiamento lo spostamento dalla attenzione pressoché esclusiva verso la malattia e la guarigione alla considerazione per la qualità della vita come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali, tanto quando si sarà costretti a convivere a lungo con una patologia cronica che quando restano pochi mesi di vita. Tutto ciò ci pone di fronte ad una situazione nuova, e cioè, appunto, la necessità di convivere, anche a lungo, con la sofferenza e la malattia. E di valutare i nostri successi, come è giusto che sia, non solo in termini di vittoria sulla malattia e sulla morte e di aumento della sopravvivenza, ma anche per la attenzione per la qualità della vita che siamo in grado di promuovere e garantire. Terapia del dolore, cure palliative, strutture di tipo hospice, servizi e presenze che evitino l'isolamento del morente e il suo abbandono, rappresentano momenti e pezzi di risposte che il sistema ha via via assicurato, dimostrando però scarsa sistematicità di intervento e di non avere messo, sinora, definitivamente a tema la questione. L'impegno per una diversa sensibilità, e concretezza, nei confronti del dolore e della qualità della vita in tutte le fasi della malattia necessita, quindi, di attenzione costante e di impegno fattivo da parte di tutti i diversi livelli di governo. Ma ha bisogno, al tempo stesso, di poter contare, parallelamente, sul sostegno sociale necessario perché l'attenzione per la dignità del vivere e del morire e la umanizzazione dei percorsi assistenziali siano salvaguardati da una consapevolezza e un consenso diffusi. Mi sembra che questa opera possa essere inscritta in questo filone di sensibilità e di impegno concreto. E di questo vi sono particolarmente grata.

Livia Turco

Ministro della Salute

Quando ho cominciato ad occuparmi di hospice, e di cure palliative, e di terapia del dolore, molti anni fa, il panorama di fronte a chi si occupava di questi temi era piuttosto desolante. Le strutture di tipo hospice erano al di fuori della tradizione assistenziale italiana e ci sembravano appannaggio esclusivo di terre lontane, l'assistenza a domicilio in ambito oncologico faceva registrare qualche interessante sperimentazione, assai limitata quanto a diffusione, e le norme per la prescrizione dei farmaci oppiacei erano talmente restrittive da far rischiare la denuncia ad un medico con qualche dose di morfina in borsa. Nel corso degli ultimi dieci anni sono cambiate un bel po' di cose. Sono state varate le linee guida di ospedale senza dolore, semplificate le norme per la prescrizione dei farmaci oppiacei, stanziate un po' di risorse per la realizzazione degli hospice. Siamo riusciti nell'intento che ci proponevamo, e cioè combattere la sofferenza e il dolore inutili? Certamente non nella misura richiesta e necessaria. Siamo ancora agli ultimi posti per prescrizione di farmaci oppiacei tra i paesi occidentali, e non solo, abbiamo bisogno di semplificare ulteriormente la loro prescrizione, facciamo ancora poca assistenza a domicilio, disponiamo di un primo abbozzo di rete di strutture di tipo hospice ma prevalentemente concentrate, come ci conferma questo studio, nel Nord del Paese. In questo sintetico elenco c'è già una parte del nostro lavoro, e dei nostri obiettivi, per i prossimi mesi e anni. Intanto per l'approvazione definitiva delle misure che consentono la prescrizione dei farmaci oppiacei utilizzando il ricettario normale, per l'attuazione effettiva delle linee guida di Ospedale senza dolore prevedendone l'estensione al territorio, per garantire l'impiego delle risorse stanziate per la realizzazione di nuovi hospice, con particolare attenzione a che ciò avvenga nelle regioni meridionali.

Una parte di questo lavoro, insieme a molto altro, stiamo provando a sostenerlo attraverso le attività della Commissione Terapia del dolore, cure palliative e dignità del fine vita, voluta dal Ministro della salute Livia Turco. E di recente, ed è una buona notizia,in Conferenza Stato-Regioni sono stati ratificati due documenti, uno riguardante gli standard per la rete delle cure palliative e uno riguardante le cure palliative in età pediatrica, che rappresentano un ulteriore passo in avanti del sistema nella direzione di una maggiore adeguatezza delle risposte messe a disposizione dei cittadini su un terreno così delicato.

Se pensiamo al poco o niente a nostra disposizione solo qualche anno fa ci rendiamo conto della strada percorsa. Ma se guardiamo ai bisogni di pazienti e familiari e alla necessità che dignità, autonomia delle scelte, eguaglianza di fronte al dolore, attenzione per la qualità della vita in tutte le fasi della malattia smettano di rappresentare petizioni di principio, buoni propositi, mete ideali, e si trasformino in prassi corrente, tocchiamo con mano il tanto che ci resta da fare. Di sicuro ciò che si è riusciti a realizzare sinora è frutto dell'impegno e del duro lavoro di alcuni decisori attenti, ai diversi livelli, di alcuni operatori sensibili e motivati, di alcune organizzazioni di tutela impegnate in questa battaglia. Ma abbiamo innegabilmente bisogno di estendere la consapevolezza della urgenza e priorità di questi temi ad una platea assai più vasta, unica modalità, questa, per ottenere risultati che possono venire solo dall'esercizio di una responsabilità diffusa e collettiva. Questo testo, con la scelta sapiente dell'oggetto della indagine, che colma una lacuna, e la ricchezza di informazioni e risultati che mette a nostra disposizione, mi sembra vada nella direzione giusta.

Stefano A. Inglese

Consigliere del Ministro della Salute

Lo sviluppo esponenziale del numero dei Centri residenziali di cure palliative, comunemente definiti hospice, dimostra la capacità del Sistema Sanitario italiano di adeguarsi alle esigenze assistenziali di una medicina sempre più attenta al miglioramento della qualità di vita dei malati, in particolar modo di quelli affetti da una malattia inguaribile. Lo sforzo programmatorio del Ministero della Salute, strettamente collegato a quello delle regioni e delle ASL, è stato indirizzato a garantire in questi anni uno sviluppo omogeneo su tutto il territorio nazionale di quello che dal 2001 è un Livello Essenziale di Assistenza: l'intervento di cura e assistenza residenziale e domiciliare per i malati che, con un termine crudo ma purtroppo estremamente realistico, vengono definiti "terminali". Si tratta, secondo le stime epidemiologiche, di oltre 250 mila persone che, nel nostro Paese, ogni anno giungono alla fase finale del proprio percorso esistenziale, a causa di malattie oncologiche e non oncologiche non più suscettibili di terapie volte alla guarigione. La complessità degli interventi volti a garantire la miglior qualità di vita a queste persone e un sostegno alle loro famiglie rende necessaria la creazione di un sistema integrato fra tutti i soggetti, non solo quelli della rete sanitaria, a vario titolo coinvolti nel percorso di cura, assistenza e supporto a partire dal proprio ruolo professionale, dalle proprie competenze e dalle motivazioni: si tratta di creare anche nel nostro Paese quella che viene definita in molti atti normativi nazionali e regionali "la rete delle cure palliative". Gli hospice rappresentano uno dei 2 nodi fondamentali di questa rete imprescindibilmente connesso al sottosistema domiciliare. Come avviene per tutti i processi in rapida espansione, vi è però la necessità di osservare quanto sta avvenendo attraverso un sistema di monitoraggio dinamico ma nello stesso tempo preciso: è necessario verificare che il processo di implementazione non rallenti, sia omogeneo e raggiunga nei tempi previsti gli obiettivi della programmazione. Ciò è particolarmente importante nel settore degli hospice italiani: infatti, partendo dalle esperienze di avanguardia dei primi anni '90 sviluppatesi grazie alla lungimiranza del Terzo settore, dal 1999 lo Stato ha messo a disposizione delle regioni 206 milioni di Euro per la realizzazione di 188 progetti di hospice regionali. Questa prima monografia, per la prima volta ricca di dati certificati, rappresenta il coronamento di uno sforzo di ricerca protrattosi per quasi 2 anni. Essa è stata resa possibile da una unità d'intenti tra il Ministero della Salute, le Regioni, le ASL, le Strutture Sanitarie e socio-sanitarie accreditate con i 3 Soggetti che l'hanno proposta, sostenuta economicamente e materialmente realizzata, grazie alla loro esperienza pluriennale nel settore delle cure palliative: Società Italiana di Cure Palliative, Fondazione Isabella Seragnòli di Bologna e Fondazione Floriani di Milano.

La lettura dell'opera offre elementi fondamentali per un'analisi aggiornata di quanto è stato fatto sino ad oggi e di quanto verrà realizzato nei prossimi anni nel settore della cura e assistenza delle persone inguaribili nella fase finale della propria esistenza. Offre la base per lo sviluppo di settori sino ad oggi negletti quale quello delle cure palliative per i minori.

Filippo Palumbo
Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza
e dei Principi Etici di Sistema, del Dipartimento della Qualità
Ministero della Salute

FONDAZIONE ISABELLA SERÀGNOLI E FONDAZIONE FLORIANI

La Fondazione Floriani e la Fondazione Isabella Seràgnoli, fedeli ai loro scopi statutari, per promuovere, stimolare e finanziare le cure palliative in risposta ai bisogni delle 250.000 persone che ogni anno muoiono attraversando la fase terminale, presentano insieme alla SICP la monografia: "Hospice in Italia 2006. Prima rilevazione ufficiale".

Perché un libro sugli hospice?

Gli hospice sono un punto cardine della rete delle cure palliative, insieme alle cure palliative domiciliari, a quelle ambulatoriali e al day-hospital.

La Fondazione Floriani e la Fondazione Isabella Seràgnoli sono in Italia tra i principali attori del "movimento hospice", nell'accezione più ampia di cultura delle cure palliative nelle sue varie espressioni.

La Fondazione Isabella Seràgnoli supporta le attività dell'hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli (2001); la Fondazione Floriani è stata vicina alla nascita del primo hospice italiano Domus Salutis (1987), ha finanziato il primo hospice milanese, il Pio Albergo Trivulzio (1991), e sostenuto quello all'interno dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, l'hospice Virgilio Floriani (2006).

Gli hospice nel nostro Paese fino a pochi anni fa erano solo una decina, ma grazie alla lungimirante Legge n. 39/1999 hanno avuto un incremento numerico notevole: questa crescita culturale e organizzativa non può più prescindere dall'acquisizione precisa dei dati strutturali e funzionali.

Il lavoro di censimento e di analisi che ha portato alla realizzazione di questa monografia e la diffusione che ne seguirà forniranno uno strumento prezioso non solo per gli operatori e le organizzazioni non profit del settore, ma anche per le Istituzioni.

Il Ministero della Salute ha con entusiasmo sposato il progetto e si è fatto patrocinatore.

Il libro è anche un indispensabile mezzo di comunicazione per i cittadini, in risposta alle numerose richieste di aiuto e di informazione che arrivano alle organizzazioni non profit e alla Federazione Cure Palliative (Onlus di 2° livello che coordina 60 organizzazioni non profit impegnate nelle cure palliative).

"Hospice in Italia 2006. Prima rilevazione ufficiale" fornisce indirizzi, numeri di telefono, referenti medici, indicazioni sulle strutture e nel contempo dà la garanzia che le strutture stesse rispondano ai requisiti minimi assistenziali e strutturali richiesti dalla legge.

È per tutto questo che la Fondazione Floriani e la Fondazione Isabella Seràgnoli hanno deciso di finanziare e promuovere il primo lavoro italiano sugli hospice.

Lo sviluppo dell'intera collana, che prevede altre due pubblicazioni sugli aspetti qualitativi ed economici, sarà un valore aggiunto per la realizzazione organica e strutturata della rete delle cure palliative.

INTRODUZIONE ALLA MONOGRAFIA

Furio Zucco – Curatore dell'Opera
Società Italiana di Cure Palliative

Hospice, una definizione importata, che nella nostra lingua ricorda ancora, a chi non li conosce, luoghi di sofferenza abbandonata e di triste solitudine, gli "ospizi" per anziani. Aver deciso di utilizzare questo termine nel titolo della monografia, nel suo testo e per le successive edizioni della collana nella quale si inserisce questa prima opera, è stata una scelta precisa di ritorno alle origini, a quando gli "ospizi" erano luoghi di protezione e ristoro dei pellegrini. Non siamo forse noi tutti pellegrini deboli e insicuri quando la vita si avvicina alla fine a causa di una malattia ormai inguaribile?

L'utilizzo del termine hospice invece che quello ufficiale di "*Centri Residenziali per le cure palliative*" non è stato una semplificazione e neppure un "atto dovuto" alla globalizzazione e alla lingua inglese, ormai dominante anche in ambito scientifico e assistenziale.

Hospice è da intendersi innanzitutto quale luogo di solidarietà, di aiuto e, se possibile, di amore, ma anche area di lavoro nella quale devono incontrarsi precise conoscenze scientifiche e professionalità esperte inserite nel reale processo di continuità nell'assistenza ai malati e nel supporto al loro nucleo famigliare e affettivo. Luogo in cui la "qualità della vita" diventa l'obiettivo principale dell'assistere, dove tutto deve aiutare a garantire la dignità e il rispetto dell'essere umano come entità vivente e soggetto sociale. Luogo che rappresenta un'estensione del domicilio quando, per differenti motivi primo fra tutti la volontà del malato, l'assistenza a casa non è possibile in modo definitivo o temporaneo. Luogo dove non "*si va a morire*" ma a vivere al meglio una fase naturale della propria esistenza, nel quale è possibile trascorrere anche periodi "*di sollievo*" e dal quale è sempre possibile tornare a casa, quando lo si desideri.

L'hospice, indissolubilmente legato alle cure domiciliari, è uno dei due poli essenziali della rete delle cure palliative che, nel nostro Paese, dovrebbe assistere le 250.000 persone che ogni anno attraversano le fasi avanzate e finali di una malattia inguaribile. Cure palliative, un altro termine che suona negativo nella nostra lingua, ma che, ormai da tempo, è stato ricollegato nel suo significato originario, derivato dal termine latino *pallium*, il mantello che protegge, non certo quello che nasconde. Cure palliative, la rete assistenziale che si prende cura della persona anche quando la guarigione è un obiettivo impossibile!

Hospice e cure domiciliari non possono esistere indipendentemente gli uni dalle altre: questa è la scelta programmatoria in atto nel nostro Paese, basata sia sulle esperienze più avanzate sia sull'analisi della situazione socio-culturale ed economica.

La rete di assistenza domiciliare di cure palliative si è notevolmente sviluppata a partire dalla fine degli anni '70, grazie all'indispensabile sostegno delle oltre 190 organizzazioni non profit italiane oggi attive nel settore, pur essendo ancora lontana da una diffusione omogenea su tutto il territorio italiano. Ciò è stato il risultato della messa in pratica degli insegnamenti di Cicely Saunders, ripresi a Milano da Vittorio Ventafridda con il sostegno della Fondazione Floriani, voluta da Virgilio e Loredana Floriani, diffusi poi in tutta Italia. A oggi i centri che erogano cure palliative a livello domiciliare sono circa 300.

Sino al 2000 gli hospice erano invece la Cenerentola della rete, contandosi sulle dita di una mano quelli attivi. Gli esempi del primo hospice in Italia, la Domus Salutis di Brescia inaugurata esattamente 20 anni fa, dell'Hospice del Pio Albergo Trivulzio di Milano (1991) e quello della Via di Natale di Aviano (1996), rimasero isolati per lunghi anni, esperienze notevoli, ma apparente impossibili da replicare.

Con grande intuizione nel 1999, su espressa volontà dell'allora Ministro della Salute Rosy Bindi, fu approvata una legge, la Legge n. 39, che mise a disposizione delle regioni ingenti finanziamenti, 206,6 milioni di

euro, per realizzare circa 200 nuovi hospice. I Ministri della Sanità e poi della Salute successivi, Umberto Veronesi, Girolamo Sirchia e Francesco Storace, hanno contribuito a rinnovare lo stimolo alle regioni, soprattutto a quelle che non ritenevano una priorità lo sviluppo delle cure palliative e degli hospice, nonostante la "assistenza ai malati terminali", sin dal 2001, fosse stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza.
I finanziamenti sono stati incrementati nel 2006, dalla Legge n. 296/96, la "Finanziaria 2007" che ha previsto "*... 100 milioni di euro a interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative*".
L'attuale Ministro della Salute, Livia Turco, ha ripreso con forza questa tematica. Una commissione definita è stata nominata l'11 dicembre del 2006 e a breve consegnerà un documento tecnico che porrà le basi per l'approvazione di un "*Piano Nazionale per le Cure Palliative*".

Al momento della conclusione dell'indagine oggetto della monografia, il 31 dicembre 2006, risultavano attivi 105 hospice, una gran parte dei quali finanziati grazie alla Legge n. 39/99, mentre altri resi possibili dai finanziamenti del Terzo settore. Mentre scrivo, le strutture attive al 2007 sono 113, ne sono infatti state rese operative altre otto. In base a quanto comunicato dalle Regioni, a fine del 2008 gli hospice attivi dovrebbero essere 206 e, negli anni successivi, dovrebbero arrivare a 243, con un tasso di 0,43 posti letto ogni 10.000 residenti.
Va ricordato che la Società Italiana di Cure Palliative ritiene che il numero ottimale per poter assistere anche i malati non oncologici in fase avanzata e terminale sia di almeno 0,6 ogni 10.000 residenti.
Bastano questi numeri per comprendere come lo sviluppo degli hospice abbia ricevuto un'accelerazione tale da rendere complessa l'analisi qualitativa e quantitativa del processo in atto.
Era giunto perciò il momento di avviare un monitoraggio quantitativo e qualitativo che potesse rendere possibile lo scambio di informazioni, la realizzazione di analisi e confronti a differente livello, per esempio tra gli operatori del settore, ma anche tra i programmatori della sanità e dell'assistenza, a livello nazionale e regionale. Questa prima monografia offre inoltre informazioni essenziali alla popolazione, in quanto i dati e le schede di ogni hospice verranno pubblicati sui siti del Ministero della Salute, della Società Italiana di Cure Palliative, della Federazione Cure Palliative, della European Association of Palliative Care, della Fondazione Isabella Seràgnoli e della Fondazione Floriani.
Il lettore potrà trovare nel testo un quadro generale di ciò che è l'hospice in Italia (Capitolo 2), una breve analisi storica (Capitolo 2) e i risultati della ricerca a livello nazionale con l'approfondimento dei dati strutturali e del livello di integrazione nella rete (Capitolo 3). In particolare è stato considerato l'impatto della Legge n. 39/99 sullo sviluppo degli hospice e lo stato di utilizzo dei finanziamenti. Nel Capitolo 4 sono analizzati i dati scorporati per ogni singola regione. Per consentirne la contestualizzazione e la valutazione, nel paragrafo relativo a ogni regione è stato inserito un quadro sintetico delle normative sugli hospice e, più in generale, sulle cure palliative e l'assistenza ai malati terminali.
Sempre nel Capitolo 4, per i 96 hospice (sui 105 risultati attivi al 31 dicembre 2006) che hanno rinviato il questionario, è stata pubblicata regione per regione una scheda sintetica nella quale, oltre ai dati essenziali, è riportato il loro grado di certificazione (da parte del Ministero della Salute, delle regioni, dei responsabili legali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere o delle Strutture Sanitarie private sede di hospice). Per ciascuna

delle strutture inserite nel testo è infatti presente una certificazione ufficiale da parte di uno o più tra i soggetti precedentemente indicati.
Negli Allegati al Capitolo 5 sono riportati rispettivamente: • Allegato 5.1, l'elenco degli hospice non ancora operativi al 31 dicembre 2006, attivati nei primi mesi del 2007; • Allegato 5.2, l'elenco degli hospice non ancora operativi al 31 dicembre 2006 in fase di realizzazione o progettazione suddivisi per regione e Azienda Sanitaria Locale e l'elenco di altre strutture segnalate senza i requisiti per essere classificate come hospice, secondo le caratteristiche scelte nella monografia; • Allegato 5.3, sintesi della normativa nazionale e regionale e stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 tra il 2006 e il 2008.

È già in fase di realizzazione una seconda monografia, che verrà pubblicata nel 2008: oltre all'aggiornamento dei dati generali relativi agli hospice, essa conterrà un'indagine "in profondità", maggiormente orientata verso la valutazione degli aspetti qualitativi. Una terza pubblicazione, programmata per il 2009, approfondirà invece gli aspetti economici della gestione degli hospice rapportandoli a quelli qualitativi.
Questa opera di divulgazione vuole contribuire a mantenere vivo un percorso innanzitutto culturale e scientifico. Essa è volta a offrire agli operatori della rete, ai programmatori regionali e nazionali, al mondo politico-sociale e al Terzo settore, ma anche alla popolazione, gli strumenti conoscitivi per comprendere quanto sta avvenendo in Italia nel settore dell'assistenza ai malati terminali, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo degli hospice.
Senza conoscenza modificare la realtà può essere oltre che difficile, rischioso.

NOTA DEL CURATORE

Quanto riportato rappresenta la fotografia dell'esistente al 31 dicembre 2006.
Sicuramente, come spesso avviene nella realizzazione di opere così complesse, relative a un settore in continua evoluzione, vi possono essere imprecisioni e alcuni dati dovranno essere aggiornati o modificati.
Grazie all'apporto di tutti i lettori, gli errori potranno essere corretti in tempo reale nelle pubblicazioni su web e nelle successive edizioni.
Nel caso di modifiche dei dati vi chiediamo di comunicarle a:

Fondazione Nomisma Terzo settore
Strada Maggiore, 44 - 40125 Bologna (Italia)
email: danielia@fnts.it; website: www.fnts.it

COMMENTO GENERALE ALLA MONOGRAFIA

Di seguito vengono sintetizzati e commentati i risultati principali della ricerca

1. In questo decennio è evidente una crescita esponenziale delle strutture hospice in Italia. I dati della ricerca, continuata nel 2007, indicano che gli hospice attivi al 31 ottobre 2007 sono 114. Il dato ufficiale riportato nella presente monografia, elaborata sui dati raccolti entro il 31 dicembre 2006 è di 105 attivi, con 1.229 posti letto operativi. Gli hospice che dovrebbero essere realizzati entro il 2008 sono 206. Secondo i dati di programmazione forniti dalle regioni, gli hospice operativi entro i prossimi anni, indicativamente entro il 2011, dovrebbero essere 243, con 2.736 posti letto totali e un indice globale nazionale di 0,47 posti letto ogni 10.000 residenti.
   Si sta però delineando una notevole diversità interregionale nello stato di realizzazione della rete degli hospice e, più in generale, della rete per le cure palliative. In generale, vi è un andamento decrescente da Nord a Sud sia nel numero degli hospice attivi e da attivare, sia nel numero dei posti letto: fatto preoccupante, questa tendenza si manterrà nel tempo, sulla base dei dati di programmazione regionale forniti.
   Al 31 dicembre 2006 la Lombardia aveva un tasso di posti letto in hospice di 0,46/10.000 residenti, mentre ben quattro regioni non ne avevano nessuno in funzione (Abruzzo, Campania, Umbria e Valle D'Aosta) e in altre cinque l'indice era sotto lo 0,1/10.000 (Calabria, Puglia, Sardegna, Sicilia, e Toscana): l'indice medio nazionale era di 0,21/10.000 residenti. Secondo quanto programmato a livello regionale, questa diversità sarà solo in parte colmata alla fine del 2008, se si pensa che la regione ad allora maggiormente dotata di hospice, l'Emilia Romagna, arriverà a 0,72 posti letto ogni 10.000 residenti, con un indice medio nazionale di 0,40. Solo altre quattro regioni dovrebbero superare il tasso di 0,50 (Basilicata, Lazio, Lombardia e Valle d'Aosta), nove si dovrebbero situare tra lo 0,30 e lo 0,45 (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto), quattro tra lo 0,10 e lo 0,23 (Abruzzo, Calabria, Sardegna,Trentino Alto Adige) e una, la Campania, dovrebbe rimanere sotto lo 0,10, con 0,08/10.000 residenti.
   I dati fanno meditare, soprattutto se si considera che le variazioni del tasso di prevalenza dei malati che necessitano di un programma di cure palliative, quindi non solo dei malati oncologici, non è tale da giustificare differenze interregionali quali quelle segnalate. Inoltre, non sembrerebbero esservi diversità tra le programmazioni regionali nel tasso di potenziamento dell'assistenza domiciliare di cure palliative in rapporto all'assistenza residenziale in hospice.
   Il divario esistente sembra già sin d'ora rendere impossibile il rispetto del Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007 n. 43, relativo allo "*Schema di regolamento recante la definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativ*o" in base al quale, entro il 2008, tutte le regioni dovrebbero aver realizzato e resi operativi almeno uno o più posti letto ogni 56 deceduti a causa di tumore (standard e indicatore n. 2 degli otto indicatori contenuti nel DM).

2. I finanziamenti erogati con la Legge n. 39/99 sono stati fondamentali per avviare e mantenere il processo di realizzazione delle strutture hospice: delle 188 strutture per le quali, dal 1999, è stato approvato il finanziamento da parte del Ministero della Salute in base alle richieste e programmazioni regionali, al 31 dicembre 2006 ne risultavano operative 62, il 33% rispetto al totale. In base ai dati pervenuti in questi mesi, altre 32 dovrebbero essere attivate entro il 31 dicembre 2007, per un totale di 94 strutture su 188 approvate, pari al 50% del totale.

L'analisi del processo consente di evidenziare che sui 105 hospice attivi al 31 dicembre 2006 ben 62, il 59% del totale, sono stati realizzati con i finanziamenti della Legge n. 39. La percentuale si incrementerà nei prossimi due anni, se si osserva che, sempre al 31 dicembre 2006, 29 hospice finanziati dalla Legge n. 39 erano già stati realizzati da un punto di vista strutturale, ma non erano ancora operativi e che 62 erano ancora in fase di realizzazione, per un totale di 91 strutture.

Alcune importanti considerazioni sono suggerite dall'analisi dei dati:

- senza lo stimolo delle organizzazioni non profit e/o degli Enti religiosi, le strutture hospice non sarebbero esistite nel nostro Paese sino ai primi anni di questo secolo;
- i finanziamenti della Legge n. 39/99 e i meccanismi di tutela della finalizzazione dell'utilizzo dei fondi hanno consentito di avviare un processo irreversibile;
- si è trattato però di un processo lento, nonostante l'impegno del Ministero della Salute. Occorreranno infatti più di 11 anni per realizzare 153 strutture ed è motivo di riflessione il fatto che ben 35 hospice per i quali era stato approvato il finanziamento fossero ancora in fase di progettazione/programmazione al 31 dicembre 2006: il 18,6% dei 188 approvati dal Ministero della Salute. Ciò deve far ripensare a strategie che garantiscano un più rapido utilizzo da parte delle regioni degli ulteriori 100 milioni di euro messi a disposizione dalla Legge Finanziaria 2007 per la realizzazione di altri hospice;
- le modalità e la tempistica di utilizzo dei finanziamenti sono state molto diverse tra una regione e l'altra. È evidente il fatto che in alcune regioni vi sia stato per lungo tempo un'apparente inerzia nell'avviare il processo di realizzazione degli hospice;
- il finanziamento pubblico ha notevolmente rallentato il processo di realizzazione di strutture hospice autofinanziate *ex novo* con fondi non previsti dalla Legge n. 39/99 (per esempio, realizzate da enti non profit con attività di f*und raising* così come era avvenuto nei primi anni 2000).

3. Vi sono differenze regionali evidenti anche nel rapporto fra hospice gestiti dal pubblico, dal privato, dal Terzo settore o a gestione mista. La maggior parte delle regioni ha sviluppato gli hospice prevalentemente all'interno della rete a gestione diretta pubblica. Fanno eccezione il Lazio, la Lombardia, la Puglia, la Liguria e il Friuli Venezia Giulia, seppur con differenze numeriche relative al numero delle strutture realizzate o da realizzare:

a. in Lombardia sono la maggioranza gli hospice gestiti dal Terzo settore (nel suo significato più ampio, non limitato alle sole organizzazioni di volontariato) e a gestione mista; tale dato verrà solo in parte bilanciato nel 2008. Nel Lazio sono e rimarranno la maggioranza gli hospice gestiti dal privato;
b. in Puglia nel 2008 saranno la maggioranza gli hospice gestiti dalla somma del privato e del settore "misto";
c. in Liguria e in Friuli Venezia Giulia si arriverà alla parità nel 2008.

4. In alcune regioni sono state create differenti tipologie di hospice. Caratteristica è la situazione della Lombardia nella quale, secondo la normativa e la tassonomia vigente, l'hospice è una struttura per l'ospitalità ai malati terminali afferente alla rete socio-sanitaria e non a quella sanitaria. Gli "hospice" lombardi hanno requisiti di accreditamento e una tariffa giornaliera differente da quella delle "*Strutture di degenza facenti parti delle Unità di Cure Palliative (UCP)*". Queste ultime sono "Strutture Complesse", prevalentemente a direzione medica apicale (ex "Primari"), inserite nella rete sanitaria ospedaliera ed extraospedaliera. Le aree di degenza delle UCP sono definite "*Hospice Ospedalieri*" nel linguaggio comune, ma non in quello istituzionale/normativo regionale, pur essendo state finanziate in molti casi con i fondi della Legge

n. 39/99. Sono strutture nelle quali attualmente vengono ricoverati malati con le stesse caratteristiche di quelli ospitati presso gli hospice della rete socio-sanitaria.

5. Anche per ciò che attiene all'assetto organizzativo sono emerse differenze sostanziali, anch'esse derivanti dalle diverse ideologie alla base delle programmazioni regionali. Solo poche realtà hanno completa autonomia gestionale tecnica e un budget dedicato. Pur essendo nella maggior parte dei casi identificabile un responsabile sanitario medico, solo in un numero limitato sono dirette da figure che possiedono le caratteristiche dell'apicalità dirigenziale medica del SSN, tipicamente il Direttore di Struttura Complessa, l'ex "Primario". Come è noto, a questa indeterminatezza e variabilità contribuisce l'assenza di una disciplina universitaria e dei conseguenti ruoli professionali sanitari in Medicina palliativa o in Cure palliative. Alcuni hospice fanno parte di Strutture Complesse Ospedaliere, in genere di Anestesia e Rianimazione o di Oncologia, anche se è attualmente difficile definire un quadro preciso della situazione in conseguenza della estrema frammentazione organizzativa e dei molteplici modelli locali.

6. Da un punto di vista logistico, la maggior parte degli hospice è collocata all'interno di una Struttura ospedaliera "*per acuti*" (44,8%). In minor misura essi risultano situati in strutture autonome e dedicate (27,1%) inserite nella rete regionale sanitaria oppure in quella socio-sanitaria. Nel 17,7% operano all'interno di una struttura socio-sanitaria e socio-assistenziale e nel 10% in un centro polifunzionale non ospedaliero, sanitario e/o socio-sanitario. Queste differenze non sarebbero preoccupanti se non fossero caratterizzate da una molteplicità di standard assistenziali; in particolare, ciò che riguarda le dotazioni organiche e il differente rapporto nell'équipe fra le figure professionali (*in primis* medici, psicologi, infermieri, operatori di supporto, quali operatori socio sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali), gli indici di tempistica assistenziale per malato ricoverato e la presenza del volontariato. Le differenze rilevate nella collocazione logistica, segno anche di diversa impostazione teorica sul significato dell'hospice all'interno della rete assistenziale, rappresentano una criticità. Dai dati ancora in fase di elaborazione è evidente, per esempio, l'assenza di criteri omogenei per l'ammissione dei malati tra un hospice e l'altro. L'esempio più eclatante è quello relativo alle limitazioni all'ingresso basate sulla patologia di base: in molti hospice vengono accettati solo malati in fase avanzata di malattia tumorale.

7. Su tutto il territorio nazionale è difforme il processo di certificazione del possesso di requisiti minimi quali-quantitativi per poter operare quali soggetti erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò è innanzitutto la conseguenza del differente percorso sin qui compiuto dalle regioni nel processo generale dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Non tutte le regioni, infatti, hanno concluso questo percorso e molte l'hanno affrontato in modo diversificato. Nel settore delle cure palliative e per gli hospice in particolare ciò è stato complicato dal fatto che il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 20 gennaio 2000, "*Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*", non definiva in modo specifico gli standard minimi per il personale. Il testo si limitava a una indicazione generica "*…Il personale dovrà essere adeguato per numero e tipologia in relazione alla dimensione della struttura, e ne va favorita la formazione specifica*".
Ogni regione ha perciò normato in modo differente e, come già detto, alcune hanno creato una doppia standardizzazione per gli hospice sanitari e socio-sanitari.

Anche per ciò che riguarda i "requisiti strutturali" del DPCM sopra citato, apparentemente inequivocabili, l'interpretazione regionale ha portato a standard applicativi differenti: un esempio fra tutti è relativo al requisito sulla dotazione di stanze con posto letto unico per il malato. Il fatto che tutte le stanze dell'hospice dovessero essere caratterizzate da un posto letto unico per il malato, con posto letto aggiuntivo per un accompagnatore, sembrava costituire la specificità di una struttura assistenziale, l'hospice, nella quale si pensava dovesse essere riprodotto l'ambito domiciliare, a garanzia della privacy relazionale e del comfort in una fase critica della vita.

Il passaggio dell'allegato tecnico 1 del DPCM "*Ogni modulo* (dell'hospice) *deve essere dotato di: a) camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, un tavolo per consumare i pasti, una poltrona, i servizi igienici. …*" è stato valutato in modo estensivo da alcune regioni. Secondo l'interpretazione più ampia non tutte le stanze dell'hospice devono essere dotate di letto singolo, ma solo alcune. Infatti, nel passaggio del DPCM sopra citato, non è contenuta una indicazione imperativa quale "*Tutte le camere dell'hospice devono essere dotate di letto singolo per il malato*"! In Emilia Romagna, questa interpretazione ha reso necessaria l'approvazione di una specifica normativa indicante la percentuale minima di stanze dotate di letto singolo sul totale: questa percentuale, il 60%, è considerata requisito minimo strutturale per ottenere l'accreditamento della struttura hospice.

Da un punto di vista dell'analisi generale, particolarmente significative sono poi risultate le differenze nel rapporto tra il numero medio di posti letto per struttura in rapporto alla tipologia del gestore: il numero medio di posti letto dei 10 hospice privati (pari a 20,0) è risultato più del doppio rispetto a quello dei 54 hospice pubblici (pari a 9,4), mentre i 31 hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore e i 10 hospice a gestione mista si collocano in una posizione intermedia (pari a 13,2 e 11,6 rispettivamente).

Questa differenza "dimensionale" è presumibilmente legata anche a considerazioni relative al mantenimento dell'equilibrio economico delle strutture private, le quali tendono a gestire hospice con un numero superiore di posti letto anche per godere dei benefici derivanti da economie di scala.

La variabilità è stata resa possibile dal fatto che nel DPCM del 20 gennaio 2000, al paragrafo 1.2 dell'allegato tecnico 1, relativo alle *Dimensioni generali* dell'hospice, si fissavano i limiti massimi del numero di stanze di ciascuna struttura senza indicare il limite minimo: "*Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento* (in hospice) *rendono necessaria una capacità recettiva limitata e non superiore a 30 posti, articolata in moduli*".

È significativo però che soprattutto i privati si siano orientati alla realizzazione di strutture dotate in media di 20 posti letto, mentre i gestori pubblici, del non profit o a gestione mista non abbiano superato la soglia dei 14 posti letto (per il pubblico la media è risultata inferiore ai 10 posti letto/struttura).

8. Dall'analisi delle normative regionali e dei questionari analizzati emerge inoltre una notevole difformità nei sistemi di remunerazione tra una regione e l'altra e anche all'interno di una stessa regione, con prevalenza comunque della modalità di "*tariffa a giornata di assistenza*" (da 410 euro paziente/die al giorno a 180,8 euro/paziente/die). Se si considerano le variabilità organizzativo/gestionali degli hospice italiani ricordate al punto 3, è palese l'esistenza di una diversità nei costi di gestione: è probabile perciò che gli hospice attuali forniscano assistenza diversa a costi ed equilibri economici differenti (si pensi per esempio a un hospice collocato all'interno di un'altra struttura sanitaria o socio-sanitaria rispetto a un hospice collocato in una struttura autonoma e separata). È ipotizzabile perciò che le differenze interregionali derivanti dall'assenza di una tariffa nazionale di riferimento determinino una variabilità nei livelli assistenziali erogati.

9. L'hospice italiano è integrato in misura differente nelle rete regionale delle cure palliative, ove essa è presente e funzionante. È assolutamente minoritario l'hospice che fa parte di una Unità di Cure Palliative che fornisce contemporaneamente cure domiciliari, ambulatoriali e in ospedalizzazione diurna (15,6%). Il 59,4% degli hospice attualmente operanti non prevede l'erogazione di una qualche forma di assistenza domiciliare da parte dell'équipe che opera in hospice. Questo aspetto dovrà essere meglio approfondito, ma già sin d'ora è evidente che, se si vuole ottenere che gli hospice e le équipe in essi attive operino in modo integrato nella rete, è necessario che l'accreditamento delle strutture preveda, quale standard fondamentale, il possesso e la condivisione di piani operativi e di procedure definite con gli altri poli della rete, in particolare con quelli relativi all'assistenza domiciliare.

Si tratta, a mio giudizio, dell'aspetto più critico dello sviluppo della rete delle cure palliative nel nostro Paese: è ormai evidente l'impossibilità di creare un unico modello di riferimento nazionale della rete, in considerazione dell'autonomia regionale in campo sanitario definita dal Titolo V della Costituzione e delle difficoltà di un accordo in Conferenza Stato-Regioni su come la rete debba essere strutturata e organizzata. Particolarmente cruciale è infatti la discussione sulla necessità o meno della creazione delle Unità di Cure Palliative, quali organismi di "*regia organizzativo/gestionale locale*" della rete.

In assenza di indicazioni regionali tra loro omogenee, il rischio, già evidente, è quello che si crei una dissinergia operativa tra il sottosistema territoriale domiciliare e quello degli hospice. Questi ultimi, in quanto "strutture" ben identificabili, stanno avendo sempre maggior visibilità nella rete delle cure palliative, a fronte di indici programmatori che, invece, dovrebbero consentire alla maggior parte dei malati, almeno il 70-75%, di essere assistiti a casa.

La dissinergia, se non contenuta, potrà evolvere in competizione "non virtuosa", soprattutto se si considera che i soggetti erogatori di cure al domicilio e quelli in hospice sono in molti casi caratterizzati da responsabilità legali, *mission*, modalità gestionali e di finanziamento tra loro differenti.

Se non si vogliono evitare errori già commessi nelle "fragilità", l'inserimento di forti elementi di "competizione" tra soggetti erogatori non sembra essere a mio avviso il sistema ideale per un corretto sviluppo del settore delle cure palliative e degli hospice, che deve sempre essere caratterizzato da un alto standard qualitativo omogeneamente diffuso su tutto il territorio nazionale.

Riproporre un modello caratterizzato dal dualismo tra territorio e struttura di ricovero/ospitalità rappresenterebbe una sconfitta per lo sviluppo di un sistema, quello dell'assistenza al malato in fase avanzata di malattia, che considera la continuità del percorso assistenziale il presupposto fondamentale per l'approccio olistico alla persona inguaribile.

10. Un ultimo, ma importante aspetto, è quello relativo alla formazione del personale operante negli hospice. Come è noto manca oggi in Italia un iter formativo istituzionale e professionalizzante in Medicina palliativa. A fronte dell'accelerazione quantitativa evidente nei dati contenuti nella monografia è evidente che oltre 300 medici, 600 infermieri, 100 psicologi, 100 fisioterapisti, 800 operatori di supporto, 1.000 volontari, per un totale di circa 3.000 operatori, avrebbero dovuto essere formati prima di operare nelle strutture hospice, via via attivate. Se si pensa che entro il 2008 gli hospice saranno 206 (243 negli anni successivi) e che questi dati devono essere più che raddoppiati, se si considera anche il sottosistema di erogazione di cure palliative domiciliari, ci si può rendere conto delle dimensioni delle necessità di formazione. In attesa della definizione istituzionale del percorso di formazione universitaria, più volte sollecitata e probabilmente vicina, vi è l'obbligo comunque di offrire già sin d'ora agli operatori una formazione preventiva prima della loro immissione in questa difficile area di attività e lavoro.

Indipendentemente dalla formazione istituzionale prescelta, andrà però resa indispensabile l'attuazione di percorsi di formazione continua per tutti gli operatori attivi nella rete delle cure palliative. Ciò è essenziale se si vorranno evitare fenomeni di *burn-out* e di conflitto relazionale in un settore nel quale la sofferenza è una compagna abituale per tutti.
Preoccupante in tal senso è il fatto che questa sezione del questionario sia stata compilata solo dal 51% dei 96 hospice che hanno fornito una risposta. Nel 37,5% dei casi la formazione annua per operatore è stata inferiore a 30 ore.
Questi dati rendono necessaria una precoce azione congiunta a livello nazionale, regionale e locale per evitare pericolose derive proprio in una fase storica nella quale è necessario un grande sviluppo qualitativo della rete.

I dati emersi dalla ricerca vanno tutti nella direzione della necessità che lo sviluppo di questo settore trovi un equilibrio di sistema nella ripresa della programmazione nazionale e regionale. Gli hospice e, più in generale, la rete delle cure palliative che li contiene hanno sinora avuto le caratteristiche e la dinamicità di un "*movimento*", caratterizzato per definizione da logiche e meccanismi "*dal basso verso l'alto*".
Penso però che sia ora urgente avviare un processo di condivisione di alcune regole generali in campo normativo, gestionale, organizzativo, formativo ed economico.
Ciò è necessario se si vuole che il termine "hospice", in un tempo più o meno lungo, non ritorni ad avere la pessima reputazione che la popolazione è abituata ad assegnare agli ospizi, corpi assistenziali separati e di alienazione dalla vita civile e, più in generale, dalla vita."

INDICE

1. Introduzione 21
Sintesi dei risultati 21
2. Contesto di riferimento 39
Cos'è un hospice italiano 39
La diffusione degli hospice: cenni storici 43
Metodi della ricerca 44
3. Analisi dei risultati a livello nazionale 47
Situazione al 31 dicembre 2006 e previsione futura 47
Approfondimenti sugli hospice già operativi 60
4. Analisi dei risultati per regione, sintesi normativa e schede degli hospice operativi per Azienda Sanitaria 71
Abruzzo 76
Basilicata 78
Calabria 83
Campania 88
Emilia Romagna 90
Friuli Venezia Giulia 107
Lazio 112
Liguria 126
Lombardia 132
Marche 177
Molise 183
Piemonte 186
Puglia 195
Sardegna 200

Sicilia 204
Toscana 211
Trentino Alto Adige 217
Umbria. 222
Valle d'Aosta. 224
Veneto 226

5. Allegati 245
5.1 Hospice non ancora operativi al 31 dicembre 2006, attivati nei primi mesi del 2007 245
5.2 Hospice non ancora operativi al 31 dicembre 2006, in fase di realizzazione o progettazione, per Regione e Azienda Sanitaria 246
5.3 Normativa. 253
5.3.1 Riferimenti nazionali 253
5.3.2 Riferimenti regionali 256
5.3.3 Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99, per regione 260
5.3.4 Abbreviazioni utilizzate per i provvedimenti normativi 260
5.4 Approfondimenti metodologici: le fasi di realizzazione del progetto 261
Glossario essenziale. 266
Enti coinvolti nella ricerca 272
SICP – Società Italiana di Cure Palliative 272
Fondazione Floriani 272
Fondazione Isabella Seràgnoli 273
Fondazione Nomisma Terzo settore 274

INTRODUZIONE

SINTESI DEI RISULTATI

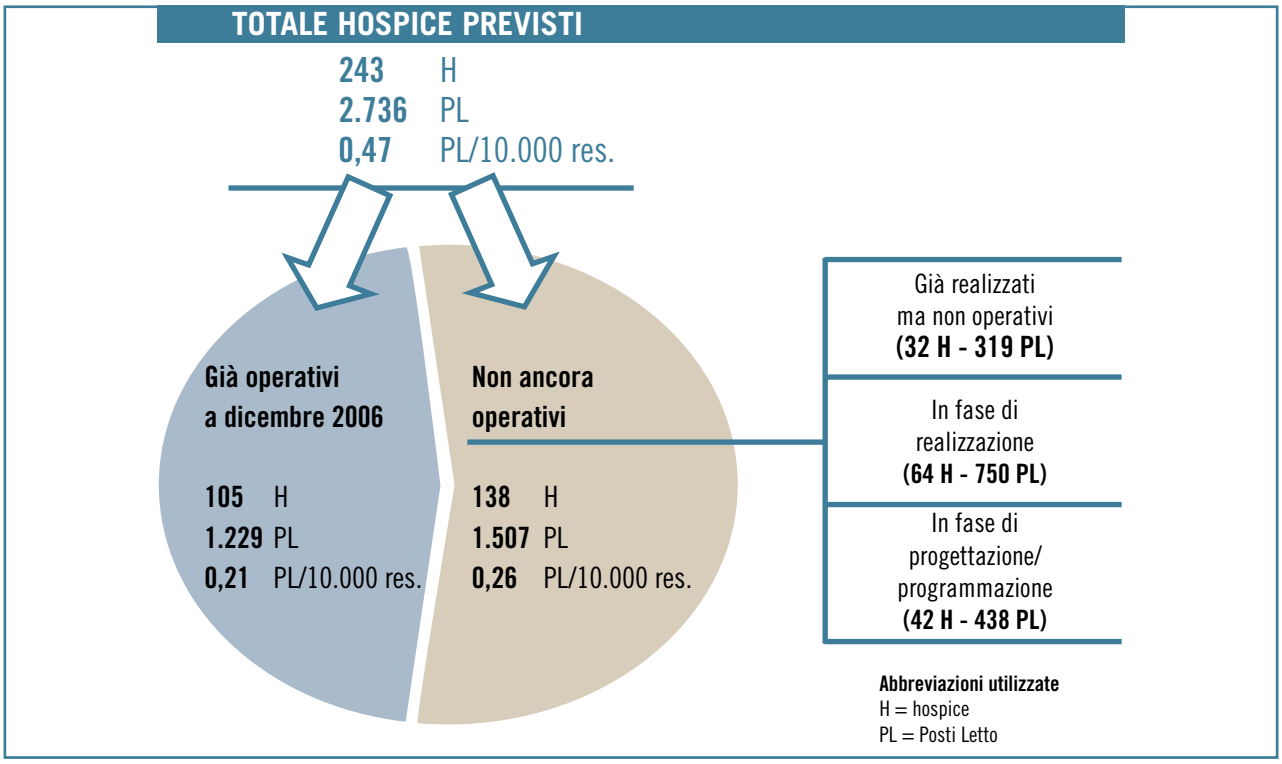
Gli hospice in Italia: situazione al 2006 e previsioni future

Al 31 dicembre 2006 gli hospice operativi risultavano 105, per un totale di 1.229 posti letto (pari a 0,21 posti letto ogni 10.000 residenti).[1]

I 105 hospice operativi costituiscono una parte dei 243 hospice totali, previsti in base alla programmazione di tutte le regioni italiane. La dotazione totale dei posti letto hospice, a regime, sarà di 2.736 posti letti (pari a 0,47 posti letto ogni 10.000 residenti).[2] Dei rimanenti 138 hospice non ancora operativi, a dicembre 2006, 32 risultavano già arrivati alla conclusione dei lavori, 64 ancora in fase di realizzazione e 42 in fase di progettazione (o di programmazione).

1. Nella presente pubblicazione sono stati considerati come "hospice" solo le strutture residenziali per le cure palliative che rispettano i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DPCM del 20 gennaio 2000, comprese le strutture per le quali è in corso, oppure è previsto, l'adeguamento dei requisiti. In particolare, non sono state considerate le strutture che, pur operando nell'ambito delle cure palliative, non hanno tutte le caratteristiche previste per un hospice, quali, per esempio, le organizzazioni che operano solo a livello di assistenza domiciliare oppure le unità operative di degenza che hanno attivato solo alcuni posti letto per pazienti inguaribili all'interno. Sono invece state considerate "hospice" tutte le strutture finanziate dal Ministero della Salute, ex Legge n. 39/99. Si evidenzia infine che, nei primi mesi del 2007, si è avuta notizia dell'attivazione di alcuni altri hospice che non erano operativi al 31 dicembre 2006.
2. Lo standard di riferimento indicato dalla SICP prevede almeno 0,6 posto letto in hospice ogni 10.000 residenti.

Figura 1 – Stato di attuazione degli hospice (31 dicembre 2006)



Per quanto riguarda le previsioni future, seppur con un certo livello di incertezza derivante dall'esperienza pregressa, a partire dai dati forniti si può prevedere che entro la fine del 2008, in Italia, potrebbero diventare operativi 206 hospice dei 243 previsti in base alla programmazione regionale – 101 hospice in più rispetto ai 105 già operativi nel 2006 – per un totale di 2.346 posti letto (pari a 0,40 posti letto ogni 10.000 residenti).[3] In base alle informazioni disponibili, i rimanenti 37 hospice previsti diventeranno operativi solo dopo il 2008.

Di seguito sono riportati i dati di sintesi, a livello nazionale, relativi all'attuazione della programmazione di hospice e posti letto, confrontando la situazione a dicembre 2006 e le previsioni per il 2008.

Tabella 1 - Stato di attuazione degli hospice (dal 2006 al 2008)

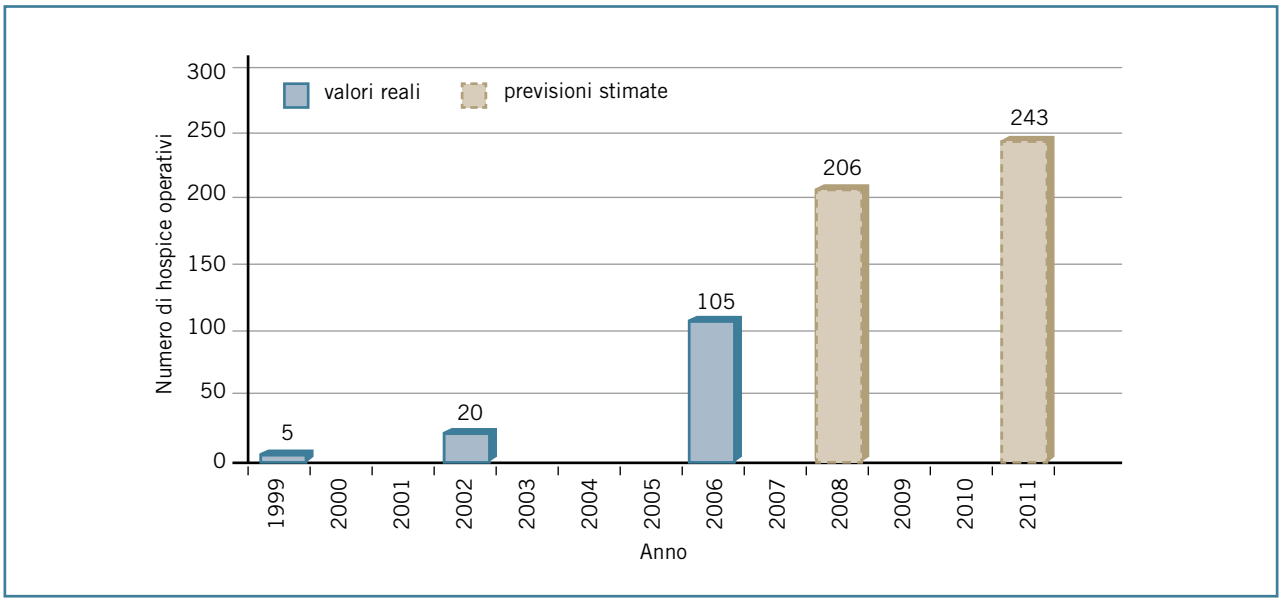
Stato di attuazione degli hospice previsti, dal 2006 al 2008	Strutture		Posti letto		Posti letto/ 10.000 res.
Già operativi a dicembre 2006	**105**	43,2%	1.229	44,9%	0,21
Saranno presumibilmente operativi entro la fine 2008 (*)	206 (+101)	84,8% (+41,6%)	2.346 (+1.117)	85,7% (+40,8%)	0,40 (+0,19)
Nuove attivazioni dopo il 2008	**37**	15,2%	390	14,3%	0,07
TOTALE HOSPICE PREVISTI	**243**	**100%**	**2.736**	**100%**	**0,47**

(*) Tra parentesi sono evidenziati gli incrementi attesi dal 2006 al 2008

3. Molte risposte pervenute asseriscono che gli hospice non ancora operativi alla data di rilevazione lo diventeranno entro il 2008. In altri casi, invece, si dichiara che la struttura è già stata realizzata da tempo e che era dunque pronta per essere avviata, seppur al momento della rilevazione non fosse ancora operativa. Si ritiene, pertanto, che i dati riportati in merito alla data di presunta attivazione, caratterizzati da un intrinseco grado di incertezza e soggettività, potrebbero risultare non sempre confermati per tutte le strutture.

Si evidenzia in particolare che l'impulso fornito dai finanziamenti erogati dal Ministero della Salute, ex Legge n. 39/99, ha indotto negli ultimi anni un notevole incremento degli hospice attivati, il cui numero è aumentato dai cinque hospice operativi nel 1999 sino ai 105 hospice operativi a dicembre 2006. Inoltre, come già riferito, si prevede che entro la fine del 2008 saranno operativi 206 hospice. Infine, si ipotizza prudenzialmente che tutti i 243 hospice previsti possano diventare operativi entro la fine del 2011 (Figura 2 e Figura 3).

Figura 2 - Incremento del numero di hospice operativi negli ultimi anni (dati reali dal 1999 al 2006 e previsioni fino al 2011)



Focus sugli hospice finanziati ex Legge n. 39/99

La maggior parte delle strutture hospice previste dai programmi regionali risultano finanziate dal Ministero della Salute (DM del 28 settembre 1999 e del 5 settembre 2001), il quale negli anni dal 1998 al 2002 ha assegnato alle Regioni italiane circa 206,6 milioni di euro, ammettendo al finanziamento 188 progetti per un totale di 2.054 posti letto (in media 10,9 posti letto per ogni hospice).

In sintesi, in media lo Stato ha messo a disposizione delle Regioni oltre 1 milione di euro per realizzare ciascun hospice e, più precisamente, 100.584 euro per ogni posto letto. Come ulteriore risultato, la ricerca ha permesso di verificare lo stato di attuazione dei 188 hospice finanziati dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99 (che fanno parte dei 243 hospice programmati), dettagliando la situazione a dicembre 2006 e le previsioni per il 2008 (rif. dati del Ministero della Salute, Tabella 2):

- a dicembre 2006 risultano operativi solo 62 hospice su 188 finanziati (33,0%) per un totale di 680 posti letto (*33,1% del totale posti letto finanziati*);
- entro la fine del 2008 potrebbero diventare operative altre 94 strutture finanziate, per ulteriori 1.040 posti letto. Si può perciò stimare, seppur con un indubbio grado di cautela, che entro tale data saranno operativi 156 hospice dei 188 finanziati (83,0%) e 1.720 posti letto su 2.054 (*83,7% del totale posti letto finanziati*). Durante le fasi di realizzazione del presente rapporto si è avuta notizia che, tra i 94 hospice finanziati che a dicembre 2006 non risultavano ancora operativi ma che lo sarebbero diventati entro la fine del 2008, 16 sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, andandosi quindi a sommare ai 62 hospice finanziati già operativi a dicembre 2006, per un totale di 78 hospice finanziati dal Ministero della Salute.

Tabella 2 - Stato di attività degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (dal 2006 al 2008)

Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n.39/99, dal 2006 al 2008	Strutture finanziate		Posti letto finanziati		Posti letto/ 10.000 res.
Già operativi a dicembre 2006	**62**	33,0%	680	33,1%	0,12
Saranno presumibilmente operativi entro la fine 2008 (*)	**156** (+94)	83,0% (+50,0%)	1.720 (+1.040)	83,7% (+50,6%)	0,29 (+0,18)
Nuove attivazioni dopo il 2008	**32**	17,0%	334	16,3%	0,06
TOTALE HOSPICE FINANZIATI	**188**	**100,0%**	**2.054**	**100,0%**	**0,35**

(*) Tra parentesi sono evidenziati gli incrementi osservati dal 2006 al 2008. Si sottolinea che, tra i 94 hospice finanziati che a dicembre 2006 sono risultati non ancora operativi ma che lo diventeranno entro la fine del 2008, sette hospice sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, andandosi quindi a sommare ai 62 hospice finanziati già operativi a dicembre 2006. In base alle dichiarazioni pervenute attraverso i questionari, altri 32 hospice finanziati dovrebbero inoltre diventare operativi entro il 2007.

Più in particolare, la tabella seguente illustra lo stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99, aggiornata a dicembre 2006.

Tabella 2bis - Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (dicembre 2006)

Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99	Strutture finanziate ex Legge n. 39/99	Posti letto finanziati ex Legge n. 39/99	Posti letto risultanti dalla ricerca
Già operativi a dicembre 2006	62 (33,0%)	680	649
Già realizzati ma non operativi (*)	29 (15,4%)	301	283
In fase di realizzazione (*)	62 (33,0%)	715	722
In fase di progettazione/programmazione	35 (18,6%)	358	363
TOTALE HOSPICE FINANZIATI EX LEGGE 39/99	**188 (100%)**	**2.054**	**2.017**

(*) Si è avuta notizia che sei dei 29 hospice "già realizzati ma non operativi" e uno dei 62 hospice "in fase di realizzazione a dicembre 2006" sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, per un totale di ulteriori 7 hospice finanziati da aggiungersi ai 62 hospice già operativi a dicembre 2006. In base alle dichiarazioni pervenute attraverso i questionari, altri 14 dei 29 hospice "già realizzati ma non operativi" e 18 dei 62 hospice finanziati "in fase di realizzazione a dicembre 2006" dovrebbero diventare operativi entro il 2007, per un totale di ulteriori 32 hospice finanziati da aggiungersi ai 62 hospice già operativi al 31 dicembre 2006 (totale 94 hospice su 188 finanziati dal Ministero della Salute).

A livello regionale esistono differenze significative per quanto riguarda la programmazione e lo stato di attuazione degli hospice, che tendenzialmente si confermeranno anche per il biennio 2007-08. Tali differenze risentono certamente della diversità tra i vari programmi sanitari e della peculiarità degli specifici programmi regionali per realizzare la rete di cure palliative e di assistenza ai malati non guaribili. Notevoli differenze sono evidenti anche rispetto al grado di integrazione tra assistenza residenziale e domiciliare, tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali, tra copertura pubblica e supporto sussidiario fornito dalle organizzazioni del Terzo settore.

Figura 3 - Mappa degli hospice operativi in Italia (dal 2006 a dopo il 2008)

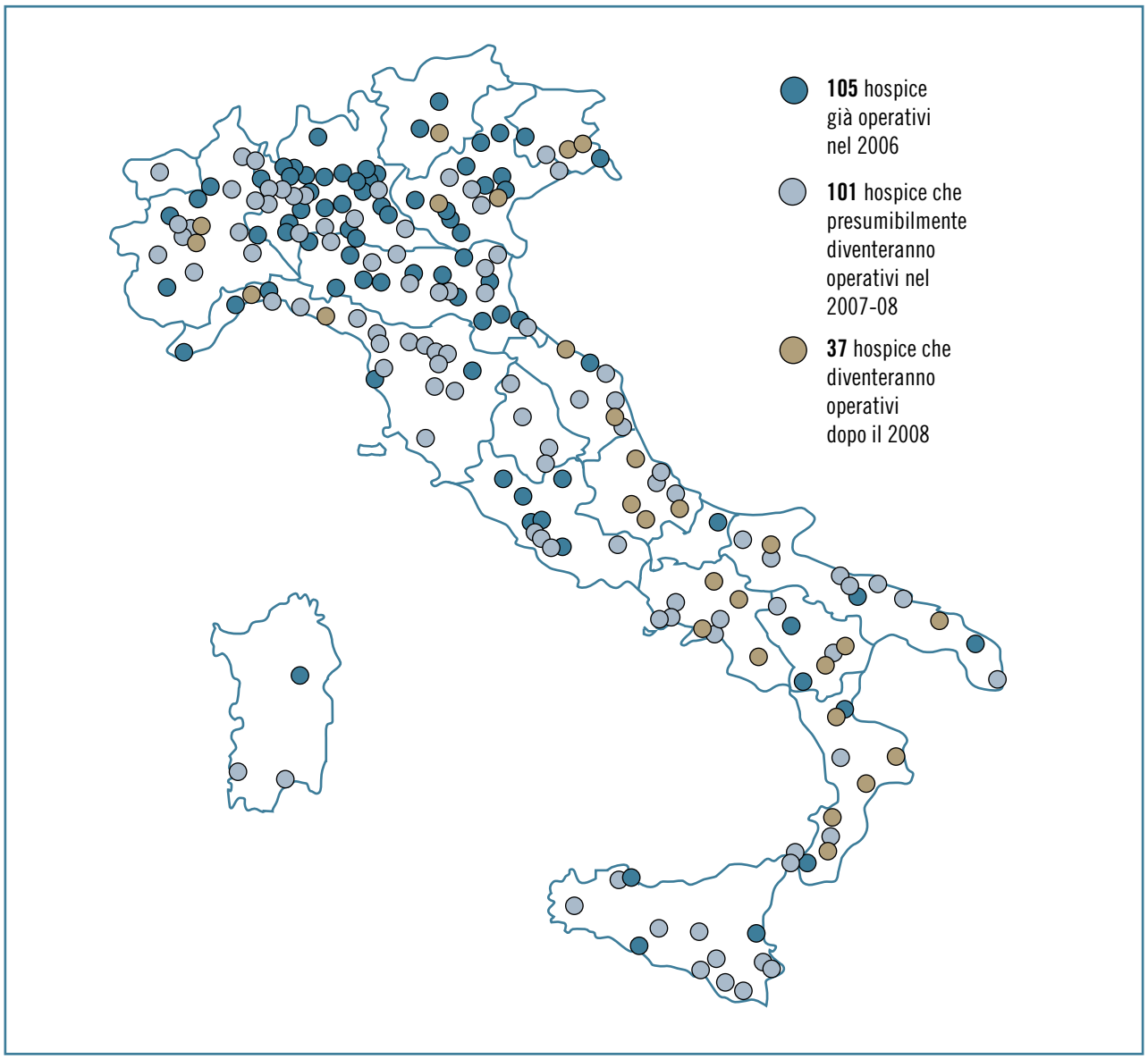


Tabella 3 - Hospice e posti letto operativi per Regione (dal 2006 al 2008)

	Hospice già operativi nel 2006			Hospice che saranno presumibilmente operativi a fine 2008			
Regione	**Posti letto/ 10.000 res.**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto/ 10.000 res.**	**Posti letto**	**Strutture**	**Residenti (ISTAT 2006)**
LOMBARDIA	0,46	440	38	0,64	610	53	9.475.202
EMILIA ROMAGNA	0,41	172	14	0,72	300	25	4.187.557
LAZIO	0,41	215	11	0,50	266	14	5.304.778
MOLISE	0,34	11	1	0,34	11	1	320.907
VENETO	0,27	126	14	0,31	149	17	4.738.313
BASILICATA	0,27	16	2	0,54	32	4	594.086
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,26	32	2	0,43	52	4	1.208.278
LIGURIA	0,20	32	3	0,31	50	5	1.610.134
MARCHE	0,16	25	3	0,42	64	7	1.528.809
TRENTINO ALTO ADIGE	0,12	12	2	0,12	12	2	985.128
PIEMONTE	0,12	51	5	0,38	167	15	4.341.733
CALABRIA	0,09	18	2	0,20	40	4	2.004.415
SICILIA	0,07	36	3	0,32	162	15	5.017.212
SARDEGNA	0,06	10	1	0,23	38	3	1.655.677
PUGLIA	0,05	20	2	0,33	136	9	4.071.518
TOSCANA	0,04	13	2	0,38	139	15	3.619.872
VALLE D'AOSTA	-	-	-	0,56	7	1	123.978
UMBRIA	-	-	-	0,39	34	4	867.878
ABRUZZO	-	-	-	0,23	30	3	1.305.307
CAMPANIA	-	-	-	0,08	47	5	5.790.929
TOTALE ITALIA	**0,21**	**1.229**	**105**	**0,40**	**2.346**	**206**	**58.751.711**

NOTA: Le Regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di posti letto attivi per ogni 10.000 residenti alla PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE.

Di seguito sono riportate alcune considerazioni in merito allo stato di attuazione dei "programmi per la realizzazione degli hospice regionali" a dicembre 2006 e alla situazione prevista per la fine del 2008 (Tabella 3).

2006 Le due regioni che nel 2006 presentavano il maggior numero di hospice già operativi, sia in termini di numero di strutture attivate sia di posti letto per residente, sono **Lombardia** ed **Emilia Romagna**. Ad esse seguono, nella graduatoria dei posti letto già disponibili nel 2006 rispetto alla popolazione residente, **Lazio**, **Molise**, **Veneto**, **Basilicata** e **Friuli Venezia Giulia**.

Nel 2006 le sette regioni appena indicate presentavano tutte una disponibilità di posti letto per residente superiore alla media nazionale (0,21 posti letto per residente).

Seguono infine **Liguria**, **Marche**, **Trentino Alto Adige**, **Piemonte**, **Calabria**, **Sicilia**, **Sardegna**, **Puglia** e **Toscana**, le quali avevano invece tutte una media di posti letto per residente inferiore alla media italiana.

In quattro regioni non sono invece risultati hospice operativi a dicembre 2006 e, in particolare, per **Valle d'Aosta**, **Umbria**, **Abruzzo** e **Campania**.

2008 Se i dati forniti dalle strutture intervistate troveranno un riscontro positivo, anche nel 2008 **Emilia Romagna** e **Lombardia** si confermeranno le regioni con la maggiore disponibilità di posti letto. Ad esse si affiancheranno **Valle d'Aosta** (dove la prevista attivazione di un hospice con sette posti letto sarà sufficiente a posizionarla ai primi posti nella graduatoria delle regioni italiane per il numero di posti letto per residente), **Basilicata**, **Lazio**, **Friuli Venezia Giulia** e **Marche**.

Le sette regioni appena menzionate potrebbero avere, nel 2008, una disponibilità di posti letto per residente superiore alla media nazionale che, come detto, crescerà a 0,40 posti letto ogni 10.000 residenti.

Per **tutte le restanti 13 regioni**, la media di posti letto per residente crescerà presumibilmente rispetto al 2006, rimanendo però inferiore alla media nazionale.

Si sottolinea, infine, che nel 2008 tutte le regioni italiane potrebbero avere almeno un hospice operativo.

La gestione degli hospice

Un importante aspetto oggetto di analisi è stato il tipo di gestione che, in questo contesto, indica la natura – pubblica, privata, del Terzo settore oppure mista – delle organizzazioni coinvolte nelle attività necessarie all'operatività dell'hospice, ovvero tutti i processi decisionali, economici e organizzativi riguardanti gli approvvigionamenti, la logistica, l'amministrazione e il personale (Tabella 4).

Si evidenzia che è stata adottata la seguente classificazione:

- gli hospice a gestione pubblica sono quelli gestiti da Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB (*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza*), ASP (*Aziende di Servizi alla Persona*) di diritto pubblico, ospedali pubblici, IRCCS pubblici (*Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*), RSA (*Residenze Sanitarie Assistenziali*) pubbliche, policlinici universitari, enti locali (per esempio, Comuni) e altre istituzioni di diritto pubblico (per esempio, fondazioni pubbliche).[4]
- gli hospice privati sono gestiti da società di capitali con forma giuridica di S.p.a. oppure S.r.l.
- gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore fanno riferimento prevalentemente a fondazioni, associazioni, cooperative sociali ed enti ecclesiastici.[5]
- gli hospice a gestione mista "pubblico-privato" sono quelli in cui le **decisioni organizzative/gestionali relative agli approvvigionamenti, alla logistica, all'amministrazione e al personale** dipendono, totalmente o in parte, da uno o più soggetti di natura giuridica "opposta" (pubblica/privata) rispetto a chi detiene la responsabilità legale dell'hospice.[6]

4. Per semplicità classificatoria sono state inserite in questo ambito sia le IPAB che le ASP, a causa del diverso grado di attuazione nei vari contesti regionali del processo di trasformazione delle IPAB in ASP, previsto dal D. Lgs. n. 207 del 4 maggio 2001.
5. Si segnala inoltre che anche due hospice gestiti da un IRCCS privato sono stati inseriti, sempre per semplicità classificatoria, tra le organizzazioni del Terzo settore, visto l'importante ruolo di utilità sociale connesso alle loro attività di ricerca scientifica.
6. Si sono presentate tre casistiche di gestione mista: • responsabilità legale pubblica, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore (otto casi); • responsabilità legale pubblica, gestione totalmente privata e/o del Terzo settore (un caso); • responsabilità legale privata e/o del Terzo settore, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore (un caso).

Tabella 4 - Hospice e posti letto operativi suddivisi per tipo di gestione (dal 2006 al 2008)

		Totale	Tipo di gestione			
			Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista
HOSPICE GIÀ OPERATIVI NEL 2006	**Strutture**	105	54	10	31	10
		(100%)	(51,4%)	(9,5%)	(29,5%)	(9,5%)
	Posti letto	1.229	505	200	408	116
		(100%)	(41,1%)	(16,3%)	(33,2%)	(9,4%)
	Media PL/H	11,7	9,4	20,0	13,2	11,6
	Min PL/H	3	3	8	6	8
	Max PL/H	30	15	30	30	19
HOSPICE CHE SARANNO OPERATIVI NEL 2008	**Strutture**	206 (+101)	136 (+82)	10 (+0)	43 (+12)	17 (+7)
		(100%)	(66,0%)	(4,9%)	(20,9%)	(8,2%)
	Posti letto	2.346	1.348	200	596	202
		(100%)	(57,5%)	(8,5%)	(25,4%)	(8,6%)
	Media PL/H	11,4	9,9	20,0	13,9	11,9
	Min PL/H	3	3	8	6	8
	Max PL/H	30	25	30	30	19

NOTA: in rosso sono evidenziati gli incrementi occorsi dal 2006 al 2008. Abbreviazioni utilizzate: PL/H = posti letto/hospice

Considerando i 105 hospice già operativi nel 2006, si rileva una preponderanza di hospice a gestione **pubblica** (54 strutture, pari al 51,4%), seguiti dagli hospice gestiti da organizzazioni del **Terzo settore** (31 strutture, pari al 29,5%), mentre risultano meno numerosi gli hospice **privati** (10 strutture, pari al 9,5%) e quelli a gestione **mista** (10 strutture, pari al 9,5%).

Alla fine del 2008 potrebbero essere operativi 206 hospice, quasi il doppio rispetto al 2006, e in particolare gli hospice pubblici raggiungerebbero le 136 unità (+82 rispetto al 2006),[7] mentre gli hospice del Terzo settore aumenterebbero a 43 (+12 rispetto al 2006) e quelli misti diventerebbero 17 (+7 rispetto al 2006).

Inoltre, si evidenzia che il numero medio di posti letto dei 10 hospice privati (pari a 20,0) è più del doppio rispetto a quello dei 54 hospice pubblici (pari a 9,4), mentre i 31 hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore e i 10 hospice misti si collocano in una posizione intermedia (pari a 13,2 e 11,6 rispettivamente).

Questa differenza "dimensionale" è presumibilmente legata anche al mantenimento dell'equilibrio economico delle strutture private, le quali tendono a gestire hospice con un numero superiore di posti letto anche per godere dei benefici derivanti da economie di scala.

7. Si sottolinea tuttavia che, per gli 82 nuovi hospice pubblici, la scelta del tipo di gestione non può essere considerata definitiva in tutti i casi: nel momento in cui tali hospice diventeranno effettivamente operativi, per alcuni di essi la governance pubblica potrebbe infatti decidere di adottare un tipo di gestione mista pubblico/privato.

Anche il tipo di gestione degli hospice tende a differenziarsi a livello regionale:

- La Lombardia presenta attualmente una prevalenza di hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore: si tratta di ben 17 strutture con 228 posti letto in rapporto alle 15 strutture e ai 148 posti letto a gestione pubblica. L'equilibrio e l'integrazione tra assistenza pubblica e privata sono confermati anche dalla presenza di quattro hospice a gestione mista. Per il 2008 si prevede che gli hospice a gestione pubblica divengano più numerosi (25) rispetto a quelli gestiti da organizzazioni del Terzo settore (20), anche se i secondi dovrebbero continuare a prevalere in termini di posti letto in ragione delle maggiori dimensioni (265 posti letto del Terzo settore, contro 252 posti letto pubblici).[8]
- Il Lazio è attualmente l'unica regione italiana dove prevalgono nettamente gli hospice privati, che contano sette strutture con 162 posti letto, mentre gli hospice pubblici risultano due con 18 posti letto complessivi, oltre ad altre due strutture gestite da organizzazioni del Terzo settore per 35 posti letto. La prevalenza di hospice privati dovrebbe confermarsi anche per il 2008: nel corso del biennio 2007-08 si prevede infatti l'attivazione di due nuovi hospice pubblici e un hospice gestito da un IRCCS privato.
- Emilia Romagna, Veneto e Piemonte sono regioni che, pur avendo una prevalenza di hospice pubblici (10 in Emilia Romagna, otto in Veneto e due in Piemonte), presentavano nel 2006 una quota rilevante di hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore (tre in Emilia Romagna e Veneto, due in Piemonte). Si segnala anche la presenza di hospice a gestione mista (uno in Emilia Romagna, tre in Veneto e uno in Piemonte). Per queste tre regioni la prevalenza di hospice pubblici dovrebbe essere confermata anche per il 2008, soprattutto in Piemonte dove gli hospice pubblici dovrebbero aumentare da due a 12, mentre in Emilia Romagna si prevede che il numero di hospice a gestione mista cresca da uno a quattro.
- In Liguria, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige si evidenziava nel 2006 una rilevante presenza di hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore (due in Liguria, uno in Friuli e uno in Trentino). Per il 2008 si prevedono invece orientamenti diversificati, in particolare in Liguria verranno attivati altri due hospice (uno pubblico e uno gestito da un'organizzazione del Terzo settore), mentre nel Friuli Venezia Giulia è prevista l'attivazione di due nuovi hospice a gestione pubblica. A queste regioni si aggiunge anche la Puglia dove, sebbene nel 2006 risultassero attivi due hospice pubblici, si prevede che entro il 2008 verranno attivati quattro hospice gestiti dal Terzo settore (nei primi mesi del 2007 è stato attivato l'Hospice Don Uva di Foggia presso la Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza) e un hospice a gestione mista, oltre ad altri due hospice pubblici.
- In tutte le rimanenti regioni nelle quali nel 2006 risulta attivato almeno un hospice (Marche, Sicilia, Toscana, Calabria, Basilicata, Sardegna e Molise), **il modello gestionale pubblico è preponderante**, con l'unica eccezione di un hospice a gestione mista presente in Calabria. Per tutte queste regioni la predominanza di hospice pubblici dovrebbe rimanere confermata anche per il 2008.
- Infine, per quanto riguarda le quattro regioni che a dicembre 2006 non avevano hospice operativi, entro la fine del 2008 si prevede l'attivazione di cinque hospice pubblici in Campania, quattro hospice pubblici in Umbria, tre hospice pubblici in Abruzzo e un hospice pubblico in Valle d'Aosta.

8. La Lombardia rappresenta una realtà regionale particolare in quanto esistono due tipologie ben definite di strutture residenziali per malati terminali: la prima è inserita nella rete socio-sanitaria, mentre la seconda in quella sanitaria. Le prime strutture vengono definite "hospice" nel linguaggio normativo, mentre le seconde sono ufficialmente definite "Strutture di degenza delle Unità di Cure Palliative". Pur trattandosi di articolazioni funzionali delle Unità di Cure Palliative, nel linguaggio comune anche queste strutture vengono definite "hospice", da alcuni "hospice ospedalieri" per differenziarli dai primi "hospice socio-sanitari". In realtà, pur essendo stata prevista una differenza fra gli standard organizzativi/gestionali e al sistema tariffario delle due tipologie di struttura, non sono attualmente definiti criteri differenziati per l'accesso alle strutture (per esempio, in relazione ai bisogni e/o all'intensità assistenziale). Molte strutture, indipendentemente dalla rete di appartenenza, sono state finanziate con i fondi della Legge n. 39/99.

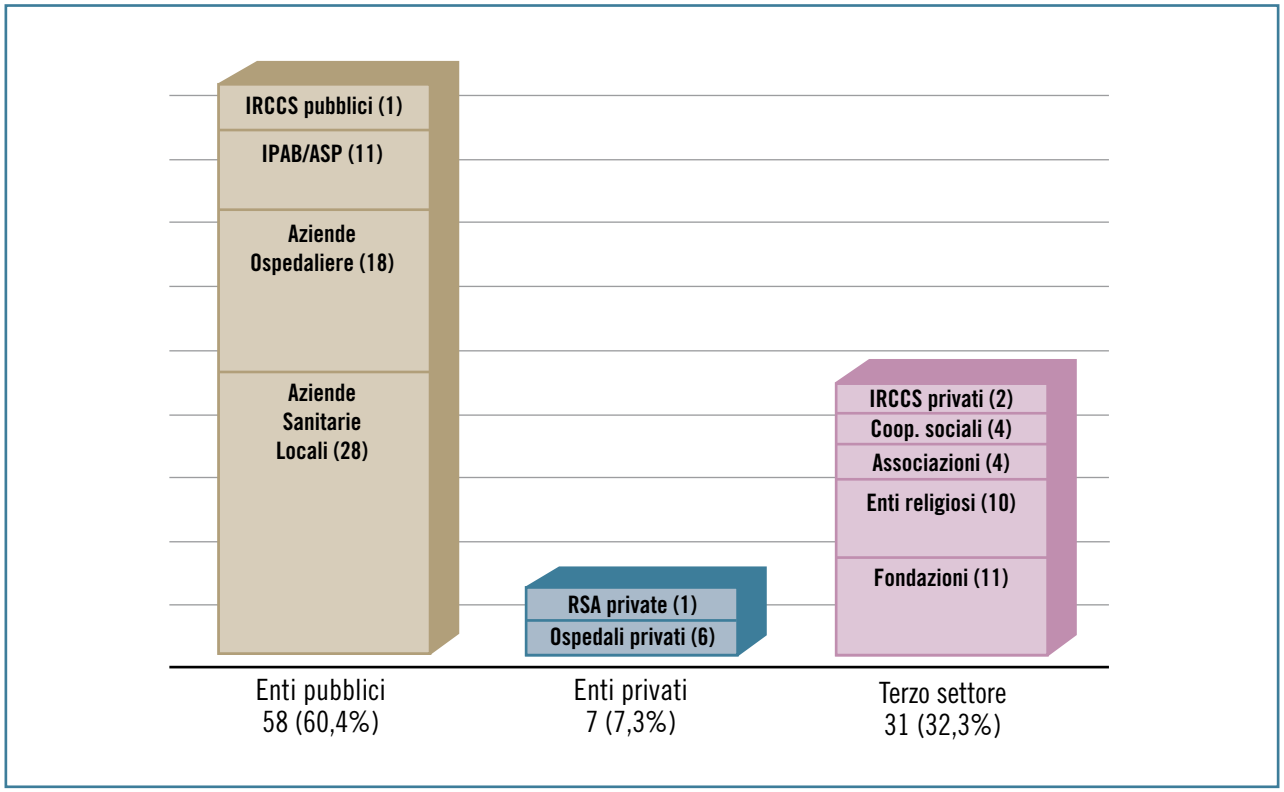
APPROFONDIMENTI SUGLI HOSPICE GIÀ OPERATIVI NEL 2006

Sulla base dei dati raccolti dai 96 hospice già operativi che hanno compilato il questionario,[9] facenti parte dei 105 già attivi a dicembre 2006, è stato possibile effettuare un'analisi più approfondita su alcuni aspetti organizzativi e gestionali. Nel seguito del presente paragrafo saranno illustrati i principali risultati emersi che, in considerazione dell'elevata percentuale di risposta, sono particolarmente rappresentativi dell'esistente.

1 – Responsabilità legale

Dei 96 hospice operativi del campione, 58 (*60,4%*) risultano legalmente rappresentati da enti pubblici (soprattutto Aziende Sanitarie e Ospedaliere), 31 (*32,3%*) hanno come responsabile legale un'organizzazione del Terzo settore (prevalentemente fondazioni ed enti religiosi) e infine sette (*7,3%*) risultano totalmente privati (Figura 4).

Figura 4 - Enti che hanno la responsabilità legale degli hospice



NOTA: si ricorda che due hospice gestiti da IRCCS privati sono stati inseriti, per semplicità classificatoria, tra le organizzazioni del Terzo settore, visto l'importante ruolo di utilità sociale connesso alle loro attività di ricerca scientifica. In analogia, si evidenzia anche che tra gli Enti pubblici sono state classificate sia le IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) che le ASP (Aziende di Servizi alla Persona), a causa del diverso grado di attuazione nei vari contesti regionali del processo di trasformazione delle IPAB in ASP, previsto dal D. Lgs. n. 207 del 4 maggio 2001.

9. Il questionario è stato inviato a tutti i 243 enti ritenuti possibile sede di hospice – sia a quelli già operativi, sia a quelli in fase di realizzazione o di progettazione – fatta salva qualche eccezione da riferirsi a strutture che sono state segnalate dalle Aziende Sanitarie o dalle Regioni solo quando la rilevazione era già in fase di ultimazione. Nel complesso sono stati raccolti 152 questionari compilati, di cui 96 questionari di hospice già operativi nel 2006, 41 questionari di hospice non ancora operativi (17 già realizzati ma ancora inattivi, 24 in fase di realizzazione, cinque in fase di progettazione) e 10 questionari che non sono stati elaborati perché le relative strutture, pur essendo operative nell'ambito delle cure palliative, in seguito a verifiche sui dati elaborati non sono risultate in possesso di tutte le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie per essere definite hospice.

Nella maggior parte dei casi (87 su 96), gli stessi enti che hanno la responsabilità legale degli hospice ne mantengono anche il controllo gestionale. In particolare, sui nove hospice a gestione mista valutati, in otto casi la responsabilità legale risulta in capo a un ente pubblico, mentre il coinvolgimento degli altri enti – privati e del Terzo settore – riguarda in maniera prevalente la gestione del personale sanitario e assistenziale.

Più in generale si sottolinea il ruolo fondamentale che assumono le organizzazioni del Terzo settore per quanto riguarda la gestione degli hospice:

- nel *49,0% degli hospice* (47 su un campione di 96), la gestione delle attività avviene con il supporto di enti del Terzo settore. Il livello di coinvolgimento può variare dalla gestione totale (30 hospice gestiti dal Terzo settore), alla co-gestione (nove hospice a gestione mista) alla sola gestione del personale operativo – sanitario e/o assistenziale – che compone le équipe (otto casi);
- nel *67,7% degli hospice* (65 hospice sui 96 del campione), le cure assistenziali quotidiane vengono svolte anche con il supporto dei volontari di varie organizzazioni e associazioni, sia nell'ambito dell'assistenza residenziale che domiciliare.

2 – Ubicazione della struttura

Le quattro differenti tipologie di ubicazione della struttura considerate sono: struttura ospedaliera per acuti (ospedale, presidio, casa di cura), struttura dedicata e autonoma, struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale[10] e centro polifunzionale non ospedaliero.[11]

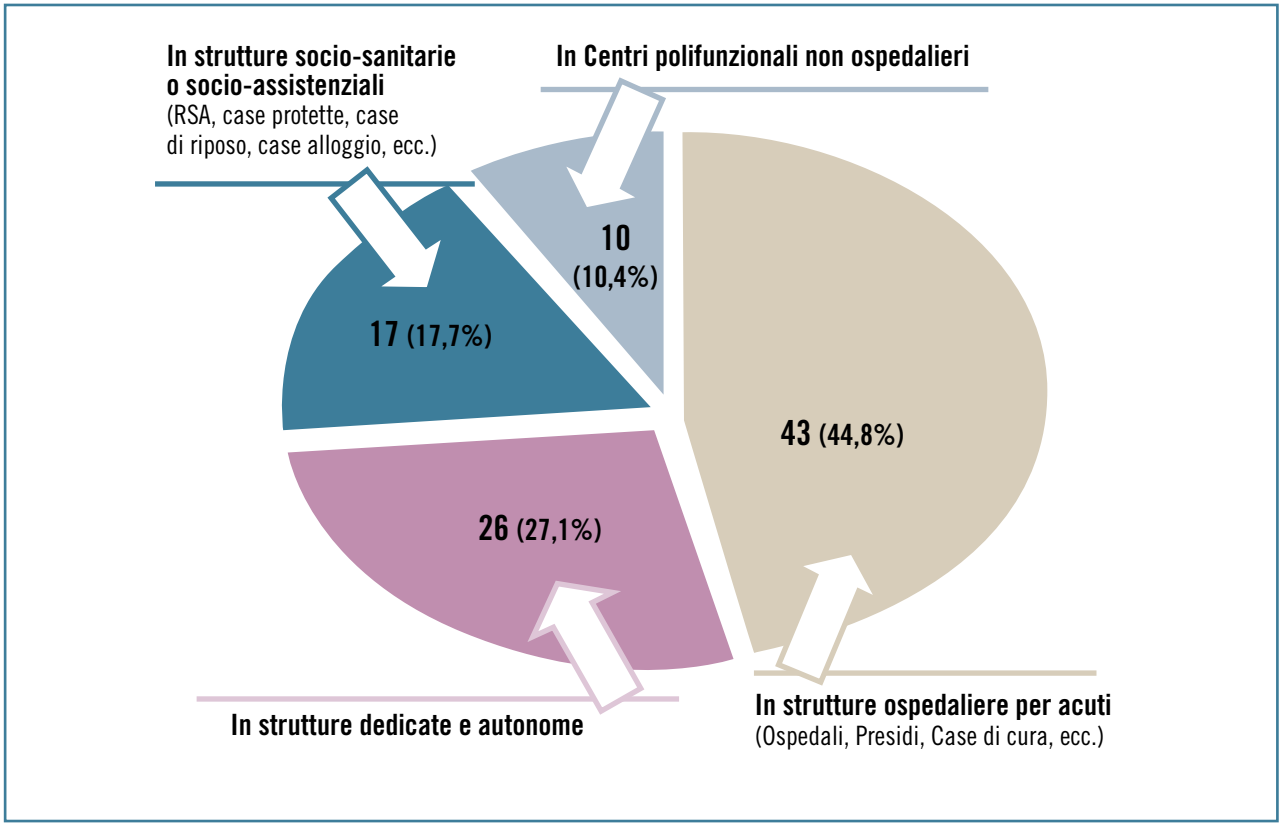
Il 44,8% degli hospice operativi del campione (43 su 96) risulta collocato all'interno di strutture ospedaliere per acuti, il 27,1% (26) in strutture autonome e specificamente dedicate, il 17,7% (17) è all'interno di strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali[12] e infine il 10,4% (10) è situato in centri polifunzionali non ospedalieri, di tipo sanitario o socio-sanitario[13] (Figura 5).

La collocazione degli hospice tende a differenziarsi anche rispetto al tipo di gestione degli stessi: oltre la metà degli hospice pubblici (*56,0%*) risultano infatti situati all'interno di strutture ospedaliere per acuti. Gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore sono prevalentemente strutture autonome e dedicate (*36,7%*) oppure sono collocate all'interno di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali (*30,0%*), la maggior parte delle quali erano già operative prima dell'attivazione degli hospice. Si tratta soprattutto di Residenze Sanitarie Assistenziali, ma anche case di riposo, di case protette e di case alloggio.

Si evidenzia, infine, che la collocazione degli hospice privati si ripartisce equamente tra strutture ospedaliere per acuti (*42,9%*) e strutture autonome dedicate (*42,9%*), mentre gli hospice a gestione mista risultano collocati soprattutto in strutture ospedaliere per acuti (*44,4%*).

10. Soprattutto RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), case protette, case di riposo e case alloggio.
11. Si tratta principalmente di strutture polifunzionali gestite da IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), ASP (Aziende di Servizi alla Persona), Aziende Sanitarie oppure organizzazioni del Terzo settore.
12. Soprattutto RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), case protette, case di riposo e case alloggio.
13. Si tratta principalmente di strutture polifunzionali gestite da IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), ASP (Aziende di Servizi alla Persona), Aziende Sanitarie oppure organizzazioni del Terzo settore.

Figura 5 - Ubicazione degli hospice

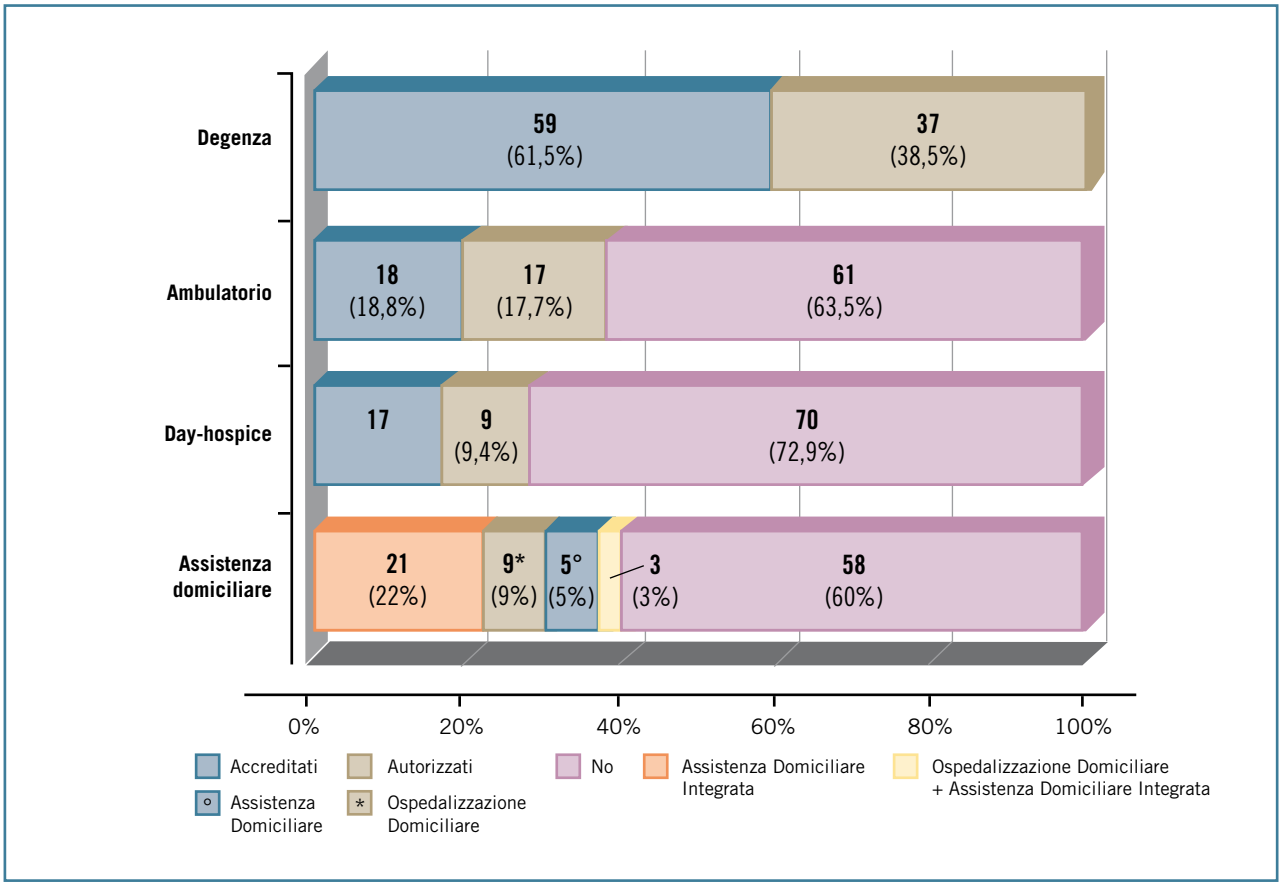


3 – Hospice e livelli assistenziali erogati

Per quanto riguarda i quattro principali livelli assistenziali che l'équipe operante in hospice può fornire ai pazienti presi in carico dalla struttura, oltre alla degenza (assistenza residenziale), che rappresenta il servizio di base previsto dalla normativa, sono stati considerati anche gli altri tre principali livelli che caratterizzano la rete di assistenza ai *pazienti terminali* (DM del 28 settembre 1999) al fine di poter garantire il *continuum assistenziale* nelle varie fasi della malattia: l'ambulatorio, il day-hospice (ricovero diurno di pazienti non guaribili in regime di day-hospital) e l'assistenza domiciliare, comprendendo in quest'ultima tipologia tutte le possibili declinazioni specifiche di assistenza a domicilio, dall'assistenza domiciliare integrata fino all'ospedalizzazione domiciliare (Figura 6).[14]

14. Per approfondimenti sulle definizioni dei diversi livelli assistenziali, vedere "Approfondimenti sugli hospice già operativi" e il Glossario essenziale al Capitolo 5.

Figura 6 - I quattro principali livelli assistenziali



In particolare, si osserva che:

Degenza: il 61,5% delle strutture ha dichiarato di essere accreditato per il servizio di degenza (assistenza residenziale), mentre il rimanente *38,5%* risulta semplicemente autorizzato.[15] Da notare che la quota di hospice con servizio di degenza accreditato è inferiore tra le strutture a gestione pubblica (*48,0%*) rispetto alle strutture private (*85,7%*) e gestite da organizzazioni del Terzo settore (*80,0%*).

Ambulatorio: il 63,5% degli hospice ha dichiarato di non erogare l'attività ambulatoriale. Il restante 36,5% dispone invece del servizio ambulatoriale, suddividendosi quasi equamente tra ambulatori accreditati (18 casi) e autorizzati (17 casi).

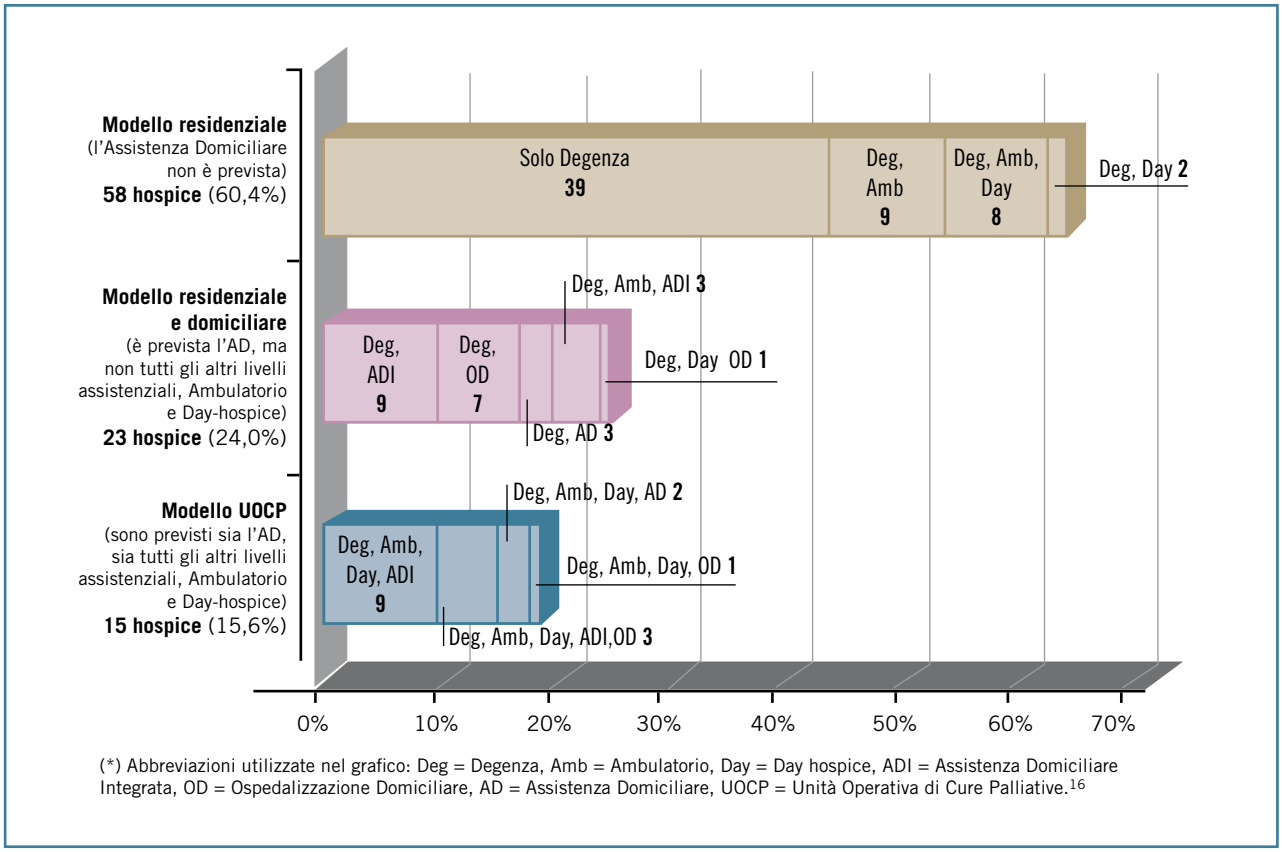
Day-hospice: ancora meno diffusa è l'assistenza in day-hospice, indicata da appena il 27,1%, dei quali il 17,7% ha dichiarato di essere accreditato e solo il 9,4% autorizzato.

Assistenza domiciliare: infine, il 39,6% dei rispondenti ha dichiarato di erogare una qualche forma di assistenza domiciliare, mentre la maggior parte (per il *60,4%* dei casi) non la fornisce. In particolare, la tipologia più frequente è l'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI (21 casi, pari al *21,9%*), seguita dall'Ospedalizzazione Domiciliare – OD (9 casi, pari al *9,4%*) e da altre forme di Assistenza Domiciliare (5 casi, pari al *5,2%*). Solo in tre casi l'ADI e l'OD sono entrambe fornite dal personale dell'hospice.

15. Si sottolinea che il processo di accreditamento degli hospice non è stato avviato in tutte le regioni. Per approfondimenti sulla definizione di "accreditamento" e "autorizzazione", vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

L'analisi dei livelli assistenziali forniti congiuntamente dagli hospice ha inoltre permesso di identificare tre modelli assistenziali prevalenti, i quali sintetizzano le diverse macroattività erogate dalle équipe operanti in hospice (Figura 7).

Figura 7 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice



(*) Abbreviazioni utilizzate nel grafico: Deg = Degenza, Amb = Ambulatorio, Day = Day hospice, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare, AD = Assistenza Domiciliare, UOCP = Unità Operativa di Cure Palliative.[16]

La diffusione specifica di ciascun modello assistenziale viene descritta di seguito.

1. Modello residenziale: è il modello più diffuso (58 hospice su 96, pari al *60,4%*), che non prevede la gestione dell'assistenza domiciliare da parte del personale di équipe che opera in hospice. Al paziente viene garantita l'assistenza residenziale e, all'occorrenza, possono essere attivati i servizi ambulatoriali e di day-hospice. Tale modello risulta particolarmente diffuso tra gli hospice pubblici (*66,0%*) e tra quelli gestiti da organizzazioni del Terzo settore (*66,7%*).

2. Modello residenziale e domiciliare: è il modello intermedio (23 hospice su 96, pari al *24,0%*), adottato dagli hospice che gestiscono con continuità il percorso assistenziale del paziente sia a livello residenziale sia domiciliare, senza tuttavia garantire i livelli di supporto quali l'assistenza ambulatoriale e il day-hospice. Tale modello è più diffuso tra gli hospice privati (*42,9%*).

16. UOCP - Unità Operativa di Cure Palliative. Per approfondimenti vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

3. Modello UOCP:[17] è il modello più completo e meno diffuso (15 hospice su 96, pari al *15,6%*), dove il personale di équipe che opera in hospice gestisce direttamente tutti i livelli assistenziali necessari a garantire la massima continuità assistenziale al paziente. Tale modello è relativamente più frequente tra gli hospice a gestione mista (*33,3%*). Si osservi inoltre che, dei 15 hospice che hanno adottato il modello UOCP, 11 sono in Lombardia, due nel Lazio, uno in Calabria e uno in Toscana.

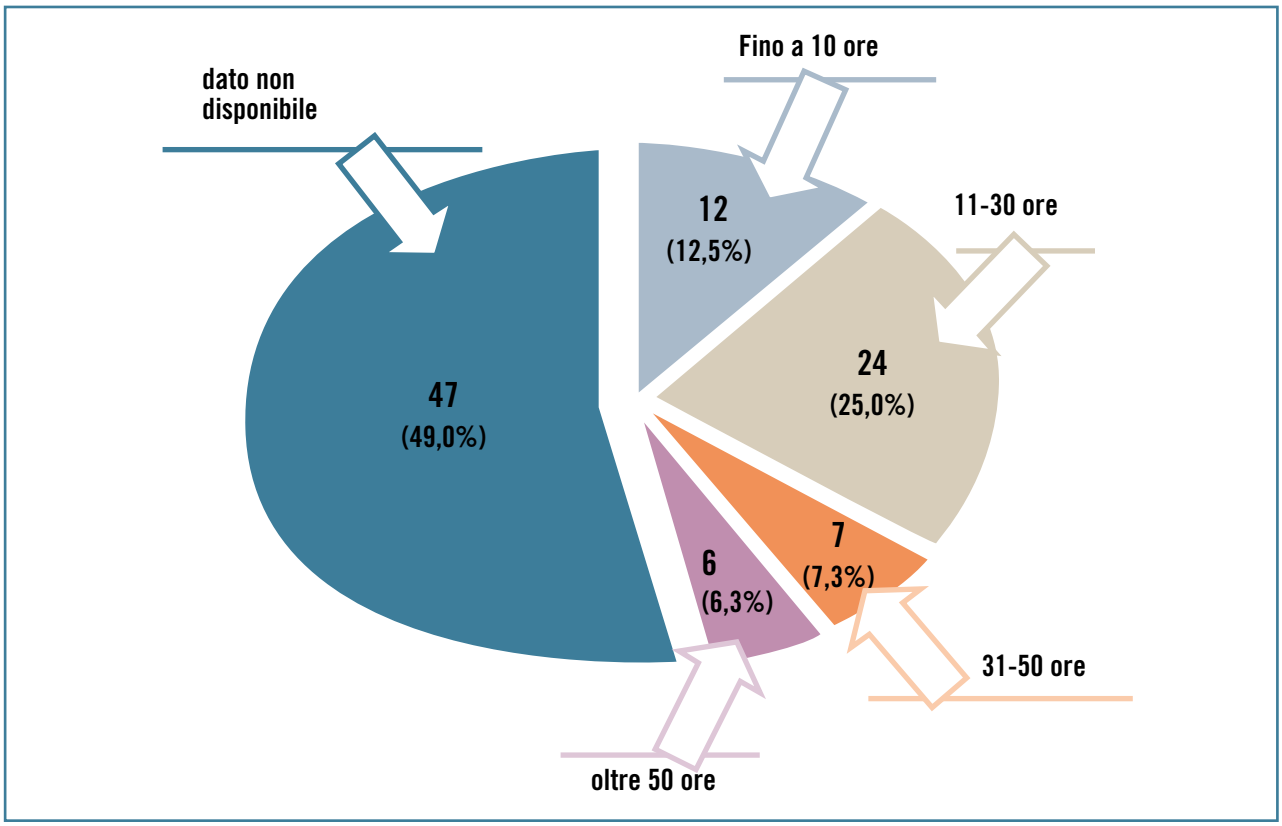
4 – Formazione del personale

La formazione del personale è certamente un'attività fondamentale e particolarmente distintiva dell'hospice ed è fortemente correlata alla presenza delle équipe multidisciplinari.

Si osservi innanzitutto che nel 2005, anno a cui si riferiscono i dati sulla formazione, non tutti i 96 hospice del campione erano operativi: 17 hospice infatti hanno dichiarato l'apertura nel 2006, 17 sono stati attivati nel corso del 2005, mentre altri 13 hospice non hanno fornito informazioni in merito alle ore di formazione del personale.

Dunque, sul totale del campione, 12 hospice (12,5%) hanno dichiarato che nel 2005 ogni operatore ha ricevuto in media fino a 10 ore di formazione annue, 24 hospice (25,0%) si sono collocati tra 11 e 30 ore di formazione annue per operatore, sette hospice (6,3%) hanno indicato dalle 31 alle 50 ore di formazione annue per operatore e infine, per i rimanenti sei hospice (6,3%), sono risultate oltre 50 ore di formazione annue per operatore.

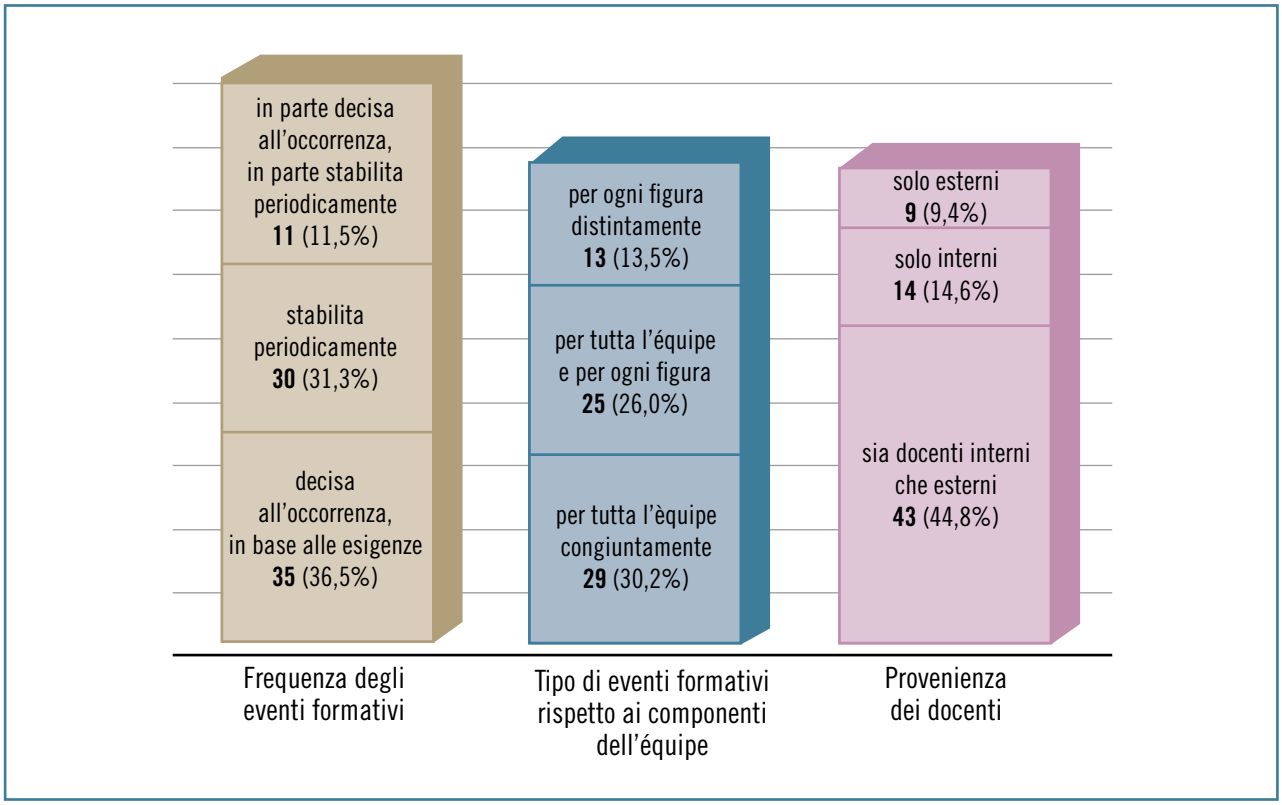
Figura 8 – Ore medie annue di formazione per ogni operatore dell'équipe nel 2005



17. UOCP - Unità Operativa di Cure Palliative. Per approfondimenti vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

Il numero di ore di formazione al personale tende a essere più elevato per gli hospice gestiti dalle organizzazioni del Terzo settore (33,8 ore medie annue per operatore), rispetto agli hospice gestiti da altre tipologie di enti (29,8 per gli hospice pubblici, 19,2 per gli hospice privati).

Figura 9 - Modalità di svolgimento della formazione al personale di équipe degli hospice



Per quanto riguarda in particolare le modalità di effettuazione della formazione agli operatori che compongono l'équipe degli hospice rispondenti (Figura 9), risulta che:

- 35 hospice (36,5%) hanno dichiarato che la frequenza degli eventi formativi viene decisa all'occorrenza, 30 hospice (31,3%) ne hanno prestabilito la periodicità, mentre 11 hospice (11,5%) hanno indicato una frequenza in parte decisa in base alle esigenze e in parte stabilita periodicamente;
- 29 hospice (30,2%) hanno dichiarato che gli eventi formativi vengono organizzati per tutta l'équipe operativa congiuntamente, mentre in altri 25 hospice (26,0%) sono organizzati corsi sia per tutta l'équipe, sia singolarmente per ogni figura professionale che la compone. I rimanenti 13 hospice rispondenti (13,5%) hanno dichiarato di svolgere attività formative distinte per singola figura professionale;
- 43 hospice (44,8%) hanno dichiarato di utilizzare sia docenti interni sia esterni all'hospice, altri 14 hospice (14,6%) utilizzano solo docenti interni, mentre i restanti nove hospice rispondenti (9,4%) hanno impiegato esclusivamente docenti esterni.

4 – Sistemi di finanziamento

Per concludere, viene presentato uno schema sintetico relativo ai sistemi regionali di finanziamento degli hospice, il quale evidenzia le tariffe riconosciute agli hospice dalle varie normative regionali (Tabella 5).

Tabella 5 - Tariffe riconosciute agli hospice dalle normative regionali/provinciali (*)

REGIONE	Tariffa giornaliera riconosciuta per decreto regionale/provinciale, per la degenza in HOSPICE	Rif. Decreto regionale/ provinciale	Note relative alle tariffe giornaliere
ABRUZZO	Non pervenuto	Non pervenuto	
BASILICATA	Non pervenuto	Non pervenuto	
CALABRIA	Non pervenuto	Non pervenuto	
CAMPANIA	Non pervenuto	Non pervenuto	
EMILIA ROMAGNA	Euro **188,0**	(DGR n. 589/2002 e successivi aggiornamenti)	Tariffa al netto di farmaci, presidi, beni di consumo e prestazioni specialistiche
FRIULI VENEZIA GIULIA	Euro **260,0**	(DGR n. 3529/2003)	
LAZIO	Euro **180,8**	(DGR n. 1731/2000)	Tariffa valida sia per l'assistenza residenziale che domiciliare, esclusi i farmaci
LIGURIA			
LOMBARDIA	Euro **201,4** per le UOCP Euro **163,1** per gli hospice	(DGR 39990/1998) (DGR 12904/2003)	Tariffa aggiuntiva di euro 51,6 per l'accompagnatore
MARCHE	Non pervenuto	Non pervenuto	
MOLISE	Non pervenuto	Non pervenuto	
PIEMONTE	Euro **258,2**	(DGR n. 16-3259/2001)	Tariffa di euro 70,0 per l'assistenza domiciliare svolta da UOCP (DGR n. 55-13238/2004)
PUGLIA	Euro **196,2**	(DGR n. 1365/2004)	
SARDEGNA			
SICILIA	Euro **201,4**	(Decreto n. 32881/2000)	Tariffa valida per gli hospice ospedalieri. Tariffa aggiuntiva di euro 7,70 per l'accompagnatore. Euro 72,3 per l'assistenza domiciliare
TOSCANA	Non pervenuto	Non pervenuto	
PROV. AUTONOMA DI TRENTO	Euro **190,0**	(DGP n. 1506/2003)	Tariffa aggiuntiva di euro 50,0 per l'accompagnatore
PROV. AUTONOMA DI BOLZANO	Euro **410,0**	(DGP n. 3874/2003, DGP n. 2603/2005)	Tariffa onnicomprensiva definita *ad hoc* per un hospice
UMBRIA	Non pervenuto	Non pervenuto	
VALLE D'AOSTA	Non pervenuto	Non pervenuto	
VENETO	Euro **232,4** per i pazienti adulti Euro **500,0** per i pazienti pediatrici (**)	(DGR n. 3242/2006)	Tariffa onnicomprensiva

(*) Abbreviazioni normative utilizzate: DCR = Decreto del Consiglio Regionale, DGP = Decreto della Giunta Provinciale, DGR = Decreto della Giunta Regionale, DL = Decreto Legge, DM = Decreto Ministeriale, DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, L = Legge, LP = Legge Provinciale, LR = Legge Regionale, PSN = Piano Sanitario Nazionale, PSR = Piano Sanitario Regionale.

(**) Il primo hospice pediatrico italiano è diventato operativo in Veneto, nei primi mesi del 2007.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

COS'È UN HOSPICE ITALIANO

L'hospice italiano è una struttura specifica nella quale sono garantite, in regime di residenzialità, le prestazioni di cure palliative. Le cure palliative sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore a malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata ed evolutiva.

Il DPCM del 20 gennaio 2000, "*Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*", ne ha fissato gli standard, ai quali le regioni si sono adeguati, in alcuni casi migliorandoli, anche al fine di ottenere i finanziamenti della Legge n. 39/99.

Recentemente, il 30 maggio 2007, la Commissione per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Ministero della Salute, ha approvato un documento tecnico sulla definizione delle "*Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali*". All'interno del Gruppo di Lavoro incaricato dell'elaborazione del testo hanno operato esperti della Società Italiana di Cure Palliative che hanno contribuito alla stesura dei capitoli relativi agli hospice e ai centri di cure palliative per i minori, successivamente approvati dalla Commissione LEA. La SICP e la Federazione Cure Palliative, nel 2002, avevano elaborato un documento definito "*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'accreditamento di strutture e organizzazioni non profit erogatrici di cure palliative*" (www.sicp.it – nella sezione pubblicazioni). Partendo da questo elaborato e in base alle successive esperienze nel frattempo sviluppatesi in Italia, nel documento citato sono stati definiti soprattutto gli aspetti funzionali degli hospice, in particolare quelli qualitativi, di complessità e di intensità assistenziale, meglio specificando alcuni punti nodali solo in parte affrontati nel DPCM sopra citato (per esempio, gli standard organizzativi di personale).

Il documento, che comunque deve ancora essere approvato in Conferenza Stato-Regioni, offre a tutt'oggi la visione tecnica più avanzata di cosa l'hospice dovrebbe essere in Italia.

Ci è sembrato perciò utile riportare ampi stralci essenziali del documento, avendone ottenuta autorizzazione dal Ministero della Salute. Si rimanda al documento generale, pubblicato sul sito del Ministero della Salute (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf) per maggiori approfondimenti sui *Centri di cure palliative per minori*. Le specificità relative all'utilizzo dell'approccio palliativo e delle cure palliative sui minori, rispettivamente nelle fasi neonatale, pediatrica e adolescenziale, in presenza di malattie inguaribili in fase evolutiva rendono necessari particolari interventi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo: i *Centri di cure palliative per minori* rappresentano probabilmente la migliore risposta nei piccoli malati che non possono essere assistiti al domicilio.

Stralci dal documento della Commissione LEA Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali:

DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI (IN HOSPICE)

Le prestazioni di cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative-hospice (di seguito denominato "hospice").

Gli hospice sono inseriti nel LEA distrettuale, di cui all'allegato 1, punto 2, comma H, del DPCM 29/11/2001, anche quando sono logisticamente situati in Strutture Sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscano articolazioni organizzative.

Le prestazioni in hospice[18] fanno parte integrante della Medicina palliativa, assistenza sanitaria per le persone affette da una malattia attiva, progressiva e in fase avanzata, con una prognosi limitata, e hanno quale obiettivo principale la qualità della vita.

L'attività principale degli hospice è quella di erogare cure palliative per malati con bisogni assistenziali più complessi e impegnativi.

Richiedono perciò un maggiore livello di competenze professionali da parte di personale specializzato e un alto indice di rapporto tra il numero di componenti dell'équipe e ciascun paziente ricoverato.

Negli hospice come nelle attività di cure palliative specialistiche domiciliari:

- *esistono protocolli formalizzati di cura e assistenza, in particolare per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione e per il nursing;*
- *le prestazioni devono essere erogate dall'équipe multiprofessionale all'interno della quale ciascun gruppo professionale deve essere coordinato da un operatore con formazione in cure palliative istituzionalmente certificata;*
- *viene fornito un sostegno fisico, psicologico, sociale e spirituale, con un mix di competenze erogate attraverso un approccio di équipe multiprofessionale e collaborativo;*
- *i malati e le loro famiglie vengono supportati e coinvolti nel piano individuale di trattamento;*
- *i malati sono incoraggiati a esprimere le loro preferenze sul luogo di cura e di morte;*
- *i soggetti che si fanno carico del malato e le famiglie vengono sostenuti durante la malattia e il lutto e i bisogni della fase di lutto vengono riconosciuti e affrontati;*
- *è garantita la cooperazione e la collaborazione con i professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie, con i servizi ospedalieri e di assistenza domiciliare al fine di supportare i malati ovunque si trovino;*
- *è prevista la partecipazione di volontari specificamente formati e la loro integrazione nelle attività;*
- *il servizio, direttamente o indirettamente, ha un ruolo riconosciuto di riferimento culturale per i soggetti esterni e svolge attività formativa per i componenti dell'équipe;*
- *sono definiti standard per la formazione teorico-pratica erogata;*
- *esistono programmi formalizzati e costantemente applicati di gestione e verifica della qualità;*
- *sono previsti audit clinici e programmi di ricerca per valutare trattamenti e risultati;*
- *sono attuati programmi di sostegno psico-emozionale al personale che opera nelle cure palliative specialistiche, sia a tempo pieno che part-time.*

18. Raccomandazioni del Consiglio d'Europa Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull'organizzazione delle cure palliative (adottata dal Comitato dei Ministri il 12 novembre 2003 all'860esima seduta dei Vice Ministri) e appendice, parte integrante dell'atto.

CRITERI DI ACCESSO AGLI HOSPICE

Criteri generali

L'accesso alle prestazioni erogate in hospice deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità e appropriatezza.

I malati di cui al successivo paragrafo hanno quindi diritto di scegliere il luogo di cura, nell'ambito delle diverse opzioni offerte della rete delle cure palliative del SSN, in relazione al loro livello di consapevolezza della diagnosi e della prognosi.

Le prestazioni erogate in hospice, nodo della rete di cure palliative, devono prevedere la dimissibilità al domicilio, in quanto l'hospice fornisce anche l'assistenza tipica del ricovero di sollievo.

Criteri specifici

All'hospice accedono i malati, affetti da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di terapia etiopatogenetica, in base ai seguenti criteri:

1. *aspettativa di vita, di norma valutata in sei mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente e alla esperienza, scienza e coscienza dell'équipe curante;*[19]
2. *elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";*[20]
3. *impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative, per problematiche sanitarie*[21] *e/o sociali.*

I malati possono accedere alle prestazioni garantite dal ricovero in hospice provenendo da qualsiasi set assistenziale, purché in coerenza con i requisiti specifici sopra indicati.

All'hospice si accede attraverso un percorso di valutazione multidimensionale che verifichi il possesso dei requisiti previsti e la priorità".

19. Studio Support (Waknaus et al. Annals of Internal Medicine 1995; 122 (3): 191-2003).
20. Karnofsky Performance State (KPS) uguale o inferiore al valore di 50.
21. Quadro caratterizzato da instabilità di sintomi e segni (in primis dolore e dispnea), da necessità di adeguamenti terapeutici continui per ottenere la stabilità del quadro clinico e/o dalla presenza di manifestazioni cliniche di difficile e/o complesso trattamento (per esempio, piaghe maleodoranti, lesioni a grave rischio di emorragia, delirio).

Caratteristiche qualificanti il LEA hospice[22]

QUALITÀ	COMPLESSITÀ	INTENSITÀ
Presenza di: 1. *Specifici Protocolli formalizzati* per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing. 2. *Programmi formalizzati* per: a. l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia; b. l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto; c. l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'équipe; d. la formazione continua del personale. 3. Specifici *Criteri per il reclutamento* e la *valutazione periodica del personale*. 4. *Accordi formalizzati* con i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.	Presenza di una Équipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da: - medico - infermiere - operatore tecnico dell'assistenza - fisioterapista - psicologo - assistente sociale - assistente spirituale	*Sette giorni su sette* - assistenza medica sulle 24 ore - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore - presenza continuativa di operatori tecnici dell'assistenza sulle 24 ore *Minuti assistenza paziente/die*: - medico 30' - infermiere 180' - personale di assistenza 180' - fisioterapista 7' - psicologo 8' - assistente sociale 8' - assistente spirituale 5'

Come può essere desunto dalla lettura del documento della Commissione LEA, l'hospice italiano è o dovrebbe essere una struttura a elevata intensità assistenziale, non certo da un punto di vista delle dotazioni di tecnologia sanitaria, quanto piuttosto in rapporto ai servizi alla persona e all'umanizzazione degli interventi assistenziali e dei luoghi di cura.

È da segnalare il fatto che, tra i criteri qualitativi, si riconosce la necessità della presenza di "*Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.*"

L'integrazione tra i poli della rete è uno degli aspetti critici dell'implementazione della rete delle cure palliative in Italia.

22. In integrazione a quanto previsto dal DPCM 20 gennaio 2000, pubblicato in GU 21 marzo 2000, n. 67.

LA DIFFUSIONE DEGLI HOSPICE: CENNI STORICI

La prima esperienza che può essere ricondotta a una struttura simile a quella di un moderno hospice risale all'epoca dell'Imperatore Giuliano l'Apostata, nel V secolo D.C., quando una matrona della Gens fabia, Fabiola seguace di S. Gerolamo, fondò un "*hospitium*" per viandanti, malati e morenti.
Il termine "hospice", da cui le cure palliative hanno avuto origine, è stato introdotto per la prima volta in lingua francese nel XIX secolo da Madame Jeanne Garnier: nel 1842 fondò nel sud-est della Francia l'opera delle "*Dames de Calvaire*" e, conseguentemente, aprì il primo hospice per morenti a Lione, nel 1843. Lo stesso termine fu successivamente adottato a Dublino dalle "*Irish sisters of charity*", quando aprirono nel 1879 il "*Our Lady's Hospice*".
I centri successivi furono creati all'interno del *St. Luke's Hospital* ("*Home for dying poor*", 1893) e, a seguire, il *St Joseph's Hospice, Hackney* (1905) in Inghilterra.
Queste sono le esperienze a cui maggiormente si ispira la storia del più moderno "movimento hospice" che inizia nel 1967 a Londra, con l'apertura del *St. Christopher's Hospice*, una struttura di ricovero per malati non guaribili, per iniziativa di Dame Cicely Saunders. Per la prima volta, in un hospice, oltre agli aspetti di presa in carico del paziente (*care*), vengono enfatizzati alcuni aspetti come: l'approccio scientifico alla terapia del dolore e dei sintomi nella fase terminale della vita, la necessità di sviluppare la ricerca clinica e l'importanza della formazione degli operatori.
Le cure in regime diurno (*day care*) furono incluse nelle cure palliative, con la prima esperienza del *St. Lukes's Hospice*, a Sheffield nel 1975; invece il primo team ospedaliero incentrato sulle cure palliative prese avvio al *St. Thomas Hospital* di Londra, nel 1977. Infine, nel 1982 sorse il primo hospice pediatrico, l'*Helen House*, a Oxford nel 1982.
Il sostegno che le cure palliative hanno avuto in Gran Bretagna da parte della comunità civile attraverso finanziamenti e sostegni volontaristici ha rapidamente favorito la diversificazione dei modelli offerti, che oggi è possibile trovare variamente integrati in:

- strutture di ricovero temporaneo o definitivo per malati non guaribili;
- unità di cure palliative per l'assistenza domiciliare;
- team di cure palliative per la consulenza ospedaliera;
- day-hospice.

Il movimento degli hospice si è progressivamente diffuso dalla Gran Bretagna in tutto il mondo.
Va segnalato che non dovunque il termine hospice viene identificato con un specifica struttura: negli Stati Uniti per esempio l'*Hospice Program* finanziato dai fondi federali Medicare e Medicaid è riconducibile alla definizione italiana "rete delle cure palliative". Infatti, i malati terminali per cancro o altre patologie inseriti nei "Programmi hospice" locali, sono assistiti dai soggetti erogatori accreditati sia al domicilio sia presso strutture.

Per una analisi più approfondita dello sviluppo degli hospice e della loro storia si fa riferimento al capitolo "*Sviluppo degli hospice*", autori Giovanni Zaninetta e Furio Zucco, da pag. 438 a pag. 441, nella monografia "Libro Italiano di Cure Palliative" seconda edizione, Poletto Editore, 2007.

Chi volesse approfondire maggiormente la conoscenza del movimento hospice può accedere al sito:
www.hospiceinformation.info/

METODI DELLA RICERCA

La realizzazione del progetto ha visto coinvolte diverse organizzazioni che operano nell'ambito delle cure palliative, tra cui tre fondazioni e la SICP, alcuni referenti medico-scientifici di rilievo nazionale e diversi ricercatori. Nel complesso il progetto è durato circa 18 mesi, da aprile 2006 a settembre 2007.

Le attività svolte si sono articolate in nove fasi operative[23] che illustrano il percorso metodologico adottato (Tabella 6).

Tabella 6 - Fasi operative della ricerca

	FASI OPERATIVE ALLA RICERCA	Apr. 06	Mag. 06	Giu. 06	Lug. 06	Ago. 06	Sett. 06	Ott. 06	Nov. 06	Dic. 06	Gen. 07	Febr. 07	Mar. 07	Apr. 07	Mag. 07	Giu. 07	Lug. 07	Ago. 07
Progettazione della ricerca e comunicazione istituzionale	1 Definizione della metodologia di ricerca, costruzione del questionario e pianificazione delle fasi operative del progetto	■	■	■														
	2 Invio comunicazione a 57 Assessorati regionali e richiesta di adesione al progetto (*ricevuta adesione di tutte le 20 regioni italiane*)				■													
	3 Invio comunicazione ai 192 Direttori Generali delle Aziende Sanitarie italiane, richiesta di adesione al progetto e avvio della fase di rilevazione (*ricevuta adesione di 107 Aziende Sanitarie*)				■													
	4 Strutturazione del database dei potenziali hospice, ricerca e aggiornamento dei dati (*identificati 297 potenziali hospice*)				■	■	■	■	■	■	■	■						
Rilevazione	5 Invio del questionario SICP a tutti i 297 potenziali hospice identificati e completamento dell'avvio della fase di rilevazione						■	■	■									
	6 Supporto alla compilazione e sollecito telefonico (*oltre 1.500 contatti telefonici*)				■	■	■	■	■	■	■	■						
	7 Raccolta dei questionari compilati, controllo dei dati e codifica su supporto informatico				■	■	■	■	■	■	■	■						
Analisi dei risultati	8 Elaborazione dei dati, redazione della monografia e delle schede individuali degli hospice già operativi											■	■	■	■			
	9 Ricerca e analisi degli orientamenti programmatici e delle normative nazionali e regionali													■	■	■		

La fase di avvio del progetto è stata condivisa con tutte le istituzioni pubbliche coinvolte nell'ambito delle cure palliative, grazie a una articolata comunicazione istituzionale (che ha coinvolto **57 Assessorati regionali** competenti in materia sanitaria e sociale e i **192 Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie italiane**) che ha permesso di raccogliere l'adesione ufficiale di tutte le Regioni e Province Autonome italiane e di 107 Aziende Sanitarie.

Particolarmente delicata e impegnativa è stata l'attività di definizione del questionario somministrato ai responsabili legali degli hospice, che ha visto impegnati numerosi ricercatori e medici esperti in cure palliative, ha previsto la consultazione di esponenti istituzionali del Ministero della Salute e ha potuto basarsi sulle esperienze di studio più rilevanti effettuate negli anni precedenti.[24]

23. Per approfondimenti vedere Capitolo 5.4.

24. "Hospice in Italia – Mappatura 2003" – Università degli Studi di Torino, ASO Molinette e Fondazione Gigi Ghirotti; "Modalità organizzative delle strutture di assistenza palliativa e integrazione delle stesse nella rete dei servizi territoriali" – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2003 (http://www.assr.it/ricerca/ricercacurepalliative.htm); "La famiglia e il malato terminale" – Centro Studi e Ricerche Osservatorio Italiano Cure Palliative, 2004; "Assistenza di Fine Vita e Cure Palliative" - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2005.

Contestualmente è stata avviata la costruzione del database dei potenziali hospice italiani, effettuando un'articolata attività di monitoraggio, verifica e progressivo aggiornamento di tutte le possibili fonti più autorevoli (comunicazioni da Regioni e Aziende Sanitarie, elenchi on-line delle più importanti associazioni e organizzazioni di riferimento,[25] progetti finanziati dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99, segnalazioni spontanee). L'attività di strutturazione e alimentazione del database ha portato a identificare:

- 297 hospice potenziali (compresi quelli già operativi, in fase di realizzazione o programmati per il futuro);
- 243 hospice confermati a seguito delle attività di controllo e verifica effettuate sulla base di informazioni pervenute da fonti ufficiali (Ministero, Regioni e Aziende Sanitarie).

La fase di rilevazione è durata otto mesi (da luglio 2006 a febbraio 2007) e ha previsto l'invio tramite e-mail del questionario a tutti i responsabili legali dei 297 hospice potenziali, richiedendo loro di validare i dati apponendo sulla prima pagina la firma autografa.
Nel complesso sono stati restituiti alla SICP 152 questionari compilati, di cui:

- 96 questionari di hospice operativi (sul totale di 105);
- 17 questionari di hospice già realizzati ma non ancora operativi (su un totale di 32);
- 24 questionari di hospice in fase di realizzazione (su un totale di 64);
- 5 questionari di hospice in fase di progettazione o di programmazione (su un totale di 42);
- 10 questionari di altre strutture operative nell'ambito delle cure palliative.[26]

Durante la rilevazione è stato fornito un supporto telefonico per agevolare la compilazione del questionario, instaurando un processo virtuoso di costante scambio informativo (oltre 1.500 contatti telefonici).
I 152 questionari cartacei pervenuti alla SICP da luglio 2006 a febbraio 2007 sono stati verificati rispetto ai dati riportati e, successivamente, i dati sono stati codificati su supporto informatico utilizzando una maschera elettronica, grazie alla quale sono stati effettuati ulteriori controlli sulla congruità, coerenza e completezza.
Le fasi di elaborazione dei dati e di redazione della monografia sono avvenute con la costante supervisione di autorevoli esponenti medico-scientifici che operano nell'ambito delle cure palliative. Al fine di permettere un'analisi più dettagliata ed esaustiva, l'elaborazione dei dati è stata infine integrata con una ricerca dei principali orientamenti normativi e di programmazione sanitaria nell'ambito delle cure palliative, a livello sia nazionale sia regionale.

25. SICP – Società Italiana di Cure Palliative, FedCP – Federazione Cure Palliative, OICP – Osservatorio Italiano di Cure Palliative.
26. I dati di questi 10 questionari non sono stati elaborati perché, in seguito a verifiche effettuate sui dati, le strutture non sono risultate in possesso dei requisiti necessari per essere classificate come hospice. L'elenco di tali strutture è riportato in allegato.

ANALISI DEI RISULTATI A LIVELLO NAZIONALE

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 2006 E PREVISIONE FUTURA

Al 31 dicembre 2006 gli hospice operativi risultavano 105, per un totale di 1.229 posti letto (pari a 0,21 posti letto ogni 10.000 residenti). Questi 105 hospice operativi costituiscono una parte dei 243 hospice programmati in tutte le regioni italiane, per un totale di 2.736 posti letti (pari a 0,47 posti letto ogni 10.000 residenti) (Tabella 7).

I 105 hospice operativi costituiscono una parte dei 243 hospice totali, programmati da parte di tutte le regioni italiane.[27] La dotazione totale dei posti letto hospice, a regime, sarà di 2.736 posti letto (pari a 0,47 posti letto ogni 10.000 residenti).
Oltre ai 105 hospice già operativi, vi erano 32 hospice già realizzati ma non ancora operativi,[28] 64 hospice in fase di realizzazione, 42 hospice in fase di progettazione o programmati per il futuro.

Tabella 7 – Hospice e posti letto in Italia per stato di attività (dicembre 2006)

Stato di attività degli hospice	Strutture	Posti letto	Posti letto/10.000 res.
Già operativi nel 2006	105	1.229	0,21
Già realizzati ma non operativi	32	319	0,05
In fase di realizzazione	64	750	0,13
In fase di progettazione/programmazione	42	438	0,07
TOTALE HOSPICE IN ITALIA	**243**	**2.736**	**0,47 (*)**

(*) Lo standard di riferimento indicato dalla SICP prevede almeno 0,6 posti letto in hospice ogni 10.000 residenti.

27. Un importante risultato della ricerca è stato la determinazione del numero totale di hospice previsti in Italia di cui si ha notizia da fonti ufficiali, compresi i 188 progetti finanziati ex Legge n. 39/99, e la verifica del loro stato di attuazione. Tale verifica è avvenuta attraverso l'analisi delle comunicazioni ufficiali pervenute dal Ministero della Salute, dagli Assessorati Regionali (sanità, salute, politiche sociali) e dalle Aziende Sanitarie territorialmente competenti, e mediante l'approfondimento dei documenti di programmazione sanitaria regionale e di altre fonti, quali le auto-dichiarazioni riportate sui questionari, i contatti telefonici e le verifiche da siti Internet.
28. Si tratta di hospice nei quali i lavori di costruzione, ristrutturazione e/o adeguamento strutturale sono già terminati, ma che a dicembre 2006 ancora non risultavano operativi. Alcuni di questi hospice potrebbero comunque essere già stati attivati nei primi mesi del 2007.

La previsione dei 243 hospice, considerando sia quelli già attivi sia quelli attesi in futuro, è stata confermata ufficialmente dalle Regioni e/o dalle Aziende Sanitarie Locali di riferimento (Tabella 8).

Tabella 8 – Hospice previsti in Italia per stato di attività e conferme ufficiali pervenute da Regioni e Aziende Sanitarie Locali (dicembre 2006)

	Conferme ufficiali pervenute da regioni e Aziende Sanitarie Locali			
Stato di attività degli hospice	Confermati da Regioni e Aziende Sanitarie	Confermati solo dalle Regioni	Confermati solo dalle Aziende Sanitarie	Totale hospice
Già operativi nel 2006	**68**	34	3	105
Già realizzati ma non operativi	12	18	2	32
In fase di realizzazione	26	38	-	64
In fase di progettazione/ programmazione	6	34	2	42
Totale hospice previsti in Italia	**112**	**124**	**7**	**243**

Focus sugli hospice finanziati ex Legge n.39/99

Si osserva che 188 hospice dei 243 attualmente previsti sono stati finanziati ex Legge n. 39/99 per un totale di 2.054 posti letto. In particolare, si rileva anche che di questi 188 hospice a dicembre 2006 ne risultavano operativi il 33% (Tabella 9). Dei rimanenti 125 Hospice finanziati ex Legge 39/99, a dicembre 2006 ne risultavano 29 già realizzati ma non operativi (15,4%), 62 in fase di realizzazione (33%) e 35 in fase di progettazione o programmati per il futuro (18,6%).

Durante le fasi di realizzazione del presente rapporto si è avuta notizia che sette di questi hospice sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, andandosi quindi a sommare ai 62 hospice risultati operativi a dicembre 2006 (per approfondimenti vedere Capitolo 5.1).

Si evidenzia inoltre che i 2.017 posti letto disponibili dichiarati complessivamente nei questionari pervenuti, è risultato complessivamente inferiore rispetto al numero di 2.054 posti letto finanziati ex Legge 39/99 e risultanti dai documenti regionali; si sottolinea al contempo che in alcuni casi tali differenze dipendono dal fatto che una parte dei posti letto previsti deve ancora essere attivata all'interno di strutture già operative.

Tabella 9 - Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (dicembre 2006)

Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99	Strutture finanziate ex Legge n. 39/99	Posti letto finanziate ex Legge n. 39/99	Posti letto risultanti dalla ricerca
Già operativi a dicembre 2006	62 (33,0%)	680	649
Già realizzati ma non operativi (*)	29 (15,4%)	301	283
In fase di realizzazione (*)	62 (33,0%)	715	722
In fase di progettazione/programmazione	35 (18,6%)	358	363
TOTALE HOSPICE FINANZIATI EX LEGGE 39/99	**188 (100%)**	**2.054**	**2.017**

(*) Si è avuta notizia che sei dei 29 hospice "già realizzati ma non operativi" e uno dei 62 hospice "in fase di realizzazione a dicembre 2006 sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, per un totale di ulteriori sette hospice finanziati da aggiungersi ai 62 hospice già operativi a dicembre 2006. In base alle dichiarazioni pervenute attraverso i questionari, altri 14 dei 29 hospice "già realizzati ma non operativi" e 18 dei 62 hospice finanziati "in fase di realizzazione a dicembre 2006" dovrebbero diventare operativi entro il 2007, per un totale di ulteriori 32 hospice finanziati da aggiungersi ai 62 hospice già operativi al 31 dicembre 2006 (totale 94 hospice su 188 finanziati dal Ministero della Salute).

Dai dati forniti, seppur con un certo livello di incertezza derivante dall'esperienza pregressa, si può prevedere che entro la fine del 2008, in Italia, potrebbero diventare operativi 206 hospice dei 243 previsti – 101 hospice in più rispetto ai 105 già operativi nel 2006 – per un totale di 2.346 posti letto (pari a 0,40 posti letto ogni 10.000 residenti). I rimanenti 37 hospice previsti diventeranno operativi solo dopo il 2008 (Tabella 10).
Sulla base dello stato di attivazione dei 243 hospice previsti a livello nazionale, è stato infatti possibile stimare il numero di nuovi hospice e posti letto che potrebbero essere attivati nel corso del biennio 2007-08 i quali, sommati a quelli già operativi nel 2006, determinano il numero totale di hospice e posti letto che saranno operativi presumibilmente alla fine del 2008.[29]

Tabella 10 – Hospice e posti letto già operativi nel 2006 e che saranno operativi presumibilmente negli anni successivi

Stato di attività degli hospice		Strutture	Posti letto	Posti letto/10.000 res.
(a)	Già operativi nel 2006	105	1.229	0,21
(b)	Nuove probabili attivazioni nel 2007-08	101	1.117	0,19
(a+b)	Totale hospice probabilmente operativi a fine 2008	206	2.346	0,40
(c)	Nuove attivazioni dopo il 2008	37	390	0,07
	(a+b+c) Totale hospice previsti	**243**	**2.736**	**0,47**

29. Tale stima è stata effettuata in base a criteri prudenziali sia per quanto riguarda il numero degli hospice e posti letto che si ritiene potranno diventare operativi, sia per quanto riguarda l'ampiezza dell'arco temporale considerato, poiché in un contesto in rapida evoluzione come quello in oggetto le proiezioni oltre i due anni risulterebbero poco affidabili. Nel dettaglio, si evidenzia che molte risposte pervenute affermano che gli hospice non ancora operativi alla data di rilevazione, lo saranno entro il 2008. In altri casi, invece, si dichiara che la struttura è già stata realizzata da tempo e che è dunque pronta per essere resa operativa, sebbene non lo fosse al momento della rilevazione. Si ritiene pertanto che i dati riportati in merito alla data di presunta attivazione, caratterizzati da un intrinseco grado di incertezza e soggettività, potrebbero risultare non sempre confermati per tutte le strutture.

I dati raccolti permettono inoltre di dettagliare la distribuzione di hospice e posti letto a livello regionale, sia per il 2006 sia per quanto riguarda la previsione al 2008 (Tabella 11).

Tabella 11 - Hospice e posti letto operativi per Regione (dal 2006 al 2008)

	Hospice già operativi nel 2006			Hospice che saranno presumibilmente operativi a fine 2008			
Regione	**Posti letto/ 10.000 res.**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto/ 10.000 res.**	**Posti letto**	**Strutture**	**Residenti (ISTAT 2006)**
LOMBARDIA	0,46	440	38	0,64	610	53	9.475.202
EMILIA ROMAGNA	0,41	172	14	0,72	300	25	4.187.557
LAZIO	0,41	215	11	0,50	266	14	5.304.778
MOLISE	0,34	11	1	0,34	11	1	320.907
VENETO	0,27	126	14	0,31	149	17	4.738.313
BASILICATA	0,27	16	2	0,54	32	4	594.086
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,26	32	2	0,43	52	4	1.208.278
LIGURIA	0,20	32	3	0,31	50	5	1.610.134
MARCHE	0,16	25	3	0,42	64	7	1.528.809
TRENTINO ALTO ADIGE	0,12	12	2	0,12	12	2	985.128
PIEMONTE	0,12	51	5	0,38	167	15	4.341.733
CALABRIA	0,09	18	2	0,20	40	4	2.004.415
SICILIA	0,07	36	3	0,32	162	15	5.017.212
SARDEGNA	0,06	10	1	0,23	38	3	1.655.677
PUGLIA	0,05	20	2	0,33	136	9	4.071.518
TOSCANA	0,04	13	2	0,38	139	15	3.619.872
VALLE D'AOSTA	-	-	-	0,56	7	1	123.978
UMBRIA	-	-	-	0,39	34	4	867.878
ABRUZZO	-	-	-	0,23	30	3	1.305.307
CAMPANIA	-	-	-	0,08	47	5	5.790.929
TOTALE ITALIA	**0,21**	**1.229**	**105**	**0,40**	**2.346**	**206**	**58.751.711**

NOTA: Le Regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di posti letto attivi per ogni 10.000 residenti alla PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE.

Per quanto riguarda il numero di posti letto disponibili, esistono a oggi significative differenze a livello regionale che tendenzialmente si confermeranno anche nel corso del biennio 2007-08.

Uno dei principali fattori che determina tali differenze interregionali è certamente connesso alla disomogeneità dei vari Programmi Sanitari Regionali e, laddove esistono, alla peculiarità degli specifici programmi per la realizzazione della rete di cure palliative e per l'assistenza ai malati non guaribili. I programmi sono caratterizzati da diversi orientamenti rispetto al grado di integrazione tra assistenza residenziale e domiciliare, tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali, tra copertura pubblica e supporto sussidiario garantito dalle organizzazioni del Terzo settore.

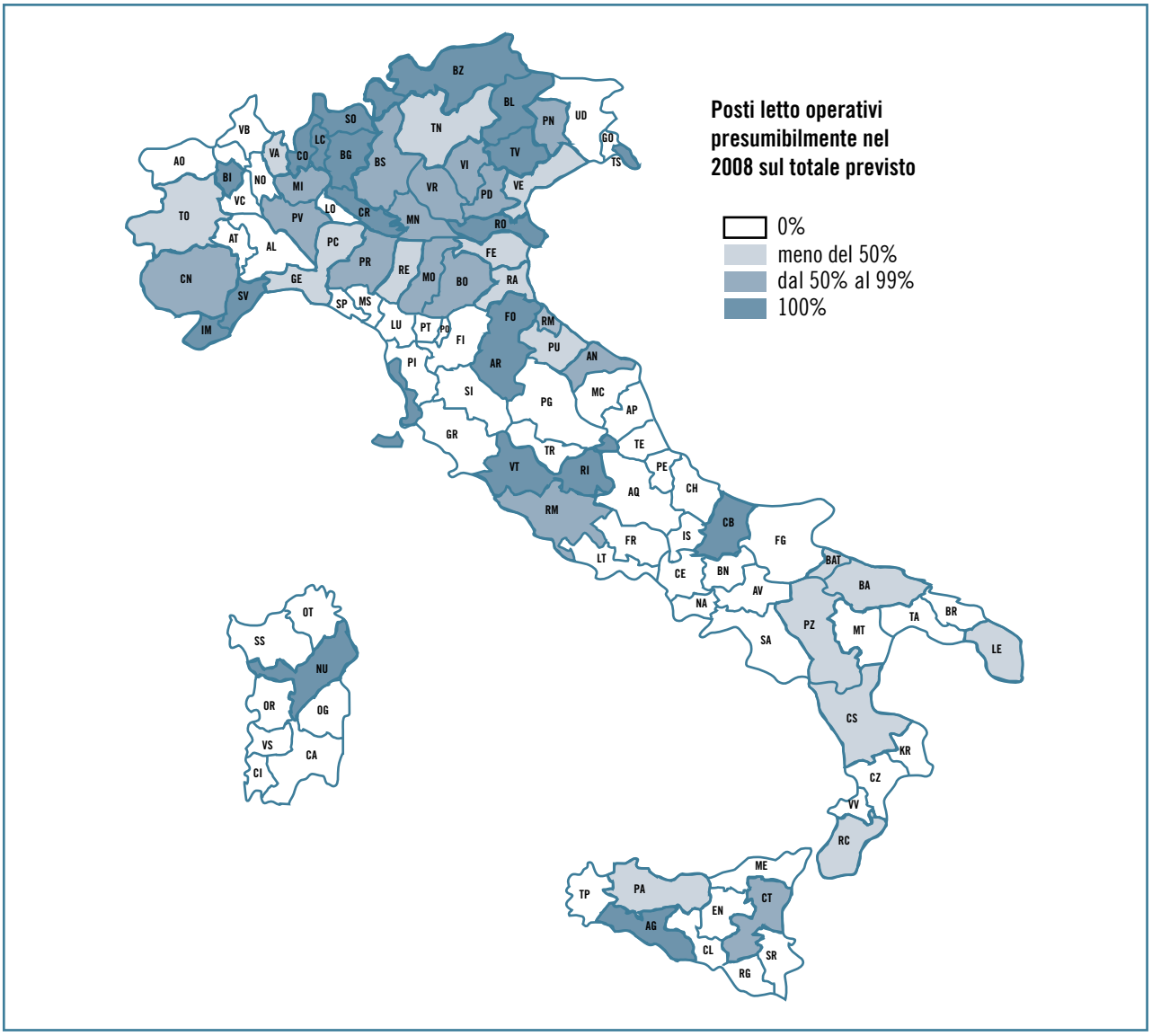
Il seguente schema illustra i dati di sintesi, a livello nazionale, relativi all'attuazione della programmazione di hospice e posti letto, facendo un confronto tra la situazione del 2006 e quella prevista nel 2008.

PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE	ANNO 2008
• 1.229 posti letto realizzati su 2.736 previsti (44,9%) • 105 hospice realizzati su 243 previsti • 0,21 posti letto ogni 10.000 residenti	• 2.346 posti letto realizzati su 2.736 previsti (85,7%) • 206 hospice realizzati su 243 previsti • 0,40 posti letto ogni 10.000 residenti

Le previsioni di attuazione delle programmazioni regionali dal 2006 al 2008, in termini di posti letto attivati sul totale dei programmati, viene illustrata con dettaglio provinciale nelle due figure seguenti (Figure 10 e 11).

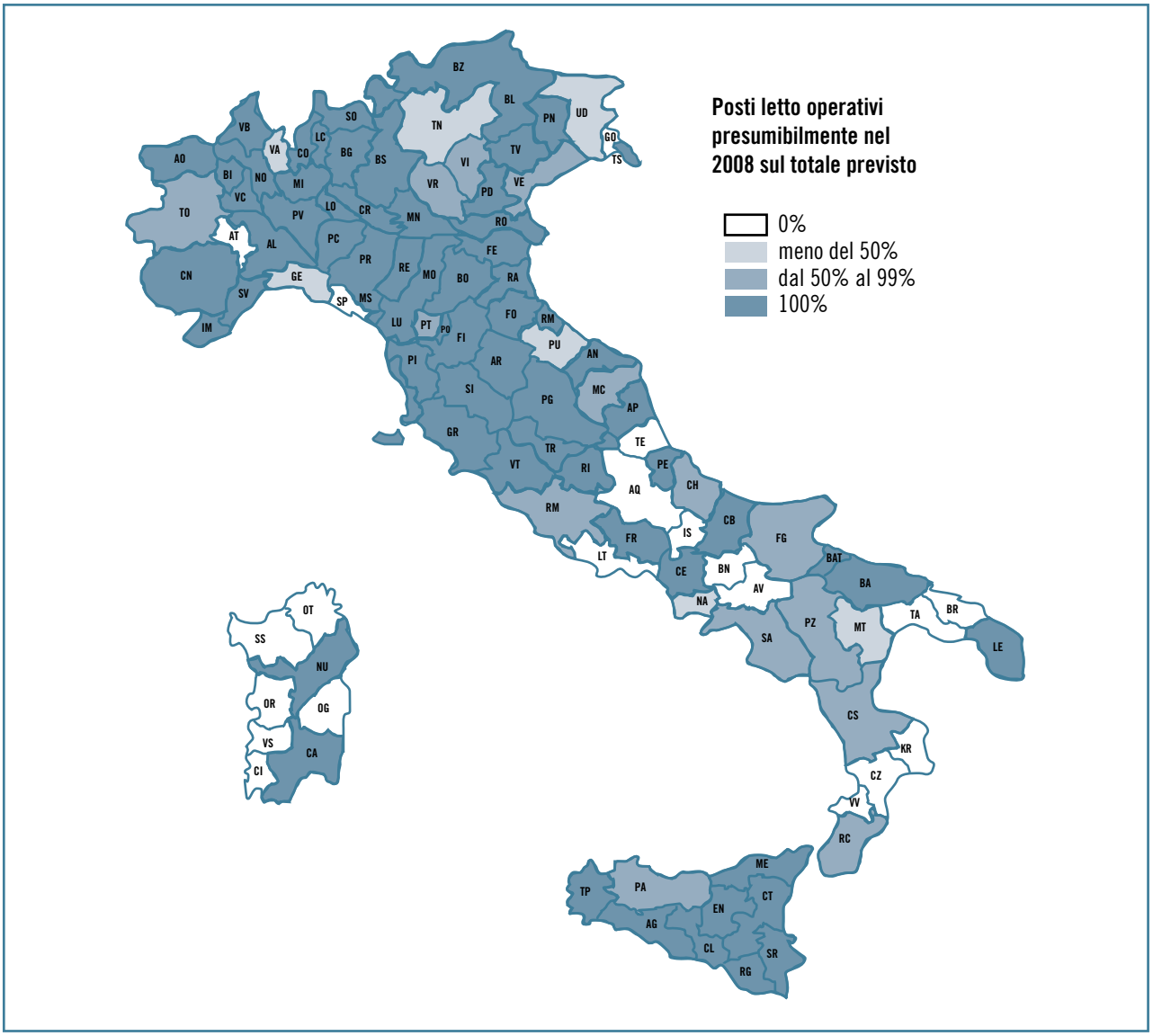
Attuazione della programmazione degli hospice in Italia nel 2006

Figura 10 – Posti letto già operativi nel 2006 sul totale previsto per Provincia



Attuazione della programmazione degli hospice in Italia nel 2008

Figura 11 – Posti letto che saranno operativi presumibilmente nel 2008 sul totale previsto per Provincia



La gestione degli hospice (Tabelle da 12 a 17; Figure da 12 a 15)

Un importante aspetto oggetto di analisi è stato il tipo di gestione che, in questo contesto, indica la natura – pubblica, privata, del Terzo settore oppure mista – delle organizzazioni coinvolte nelle attività necessarie all'operatività dell'hospice, ovvero tutti i processi decisionali, economici e organizzativi riguardanti gli approvvigionamenti, la logistica, l'amministrazione e il personale.

Si evidenzia che è stata adottata la seguente classificazione:

- Gli hospice a gestione **pubblica** sono quelli gestiti da Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB (*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza*), ASP (*Aziende di Servizi alla Persona*) di diritto pubblico, ospedali pubblici, IRCCS pubblici (*Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*), RSA (*Residenze Sanitarie Assistenziali*) pubbliche, policlinici universitari, enti locali (per esempio, Comuni) e altre istituzioni di diritto pubblico (per esempio, fondazioni pubbliche).[30]
- Gli hospice **privati** sono gestiti da società di capitali con forma giuridica di S.p.a. oppure S.r.l.
- Gli hospice gestiti da organizzazioni del **Terzo settore** fanno riferimento prevalentemente a fondazioni, associazioni, cooperative sociali ed enti ecclesiastici.[31]
- Gli hospice a gestione **mista** "pubblico-privato" sono quelli in cui le decisioni organizzative/gestionali relative agli approvvigionamenti, alla logistica, all'amministrazione e al personale dipendono, totalmente o in parte, da uno o più soggetti di natura giuridica "opposta" (pubblica/privata) rispetto a chi detiene la responsabilità legale dell'hospice.[32]

Considerando i 105 hospice già operativi nel 2006, si rileva una preponderanza di hospice a gestione **pubblica** (54 strutture, pari al 51,4%), seguiti dagli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore (31 strutture, pari al 29,5%), mentre risultano meno numerosi gli hospice privati (10 strutture, pari al 9,5%) e quelli a gestione mista (10 strutture, pari al 9,5%).

È interessante notare che il numero medio di posti letto per hospice è decisamente più elevato per le 10 strutture private (pari a 20,0) rispetto a quello delle 54 strutture pubbliche (pari a 9,4), mentre i 31 hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore e i 10 hospice misti si collocano in una posizione intermedia (pari a 13,2 e 11,6 rispettivamente).

Questa differenza "dimensionale" è presumibilmente legata anche al mantenimento dell'equilibrio economico delle strutture private, le quali tendono a gestire hospice con un numero superiore di posti letto anche per godere dei benefici derivanti da economie di scala.

30. Per semplicità classificatoria sono state inserite in questo ambito sia le IPAB sia le ASP, a causa del diverso grado di attuazione nei vari contesti regionali del processo di trasformazione delle IPAB in ASP, previsto dal D. Lgs. n. 207 del 4 maggio 2001.
31. Si segnala inoltre che anche due hospice gestiti da un IRCCS privato sono stati inseriti, sempre per semplicità classificatoria, tra le organizzazioni del Terzo settore, visto l'importante ruolo di utilità sociale connesso alle loro attività di ricerca scientifica.
32. Si sono presentate tre casistiche di gestione mista: • responsabilità legale pubblica, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore (otto casi); • responsabilità legale pubblica, gestione totalmente privata e/o del Terzo settore (un caso); • responsabilità legale privata e/o del Terzo settore, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore (un caso).

Tabella 12 – Hospice e posti letto già operativi nel 2006 per tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006				
Tipo di gestione	Strutture		Posti letto		Media PL/hospice
	v.a.	%	v.a.	%	
Pubblica	54	51,4%	505	41,1%	9,4
Privata	10	9,5%	200	16,3%	20,0
Terzo settore	31	29,5%	408	33,2%	13,2
Mista	10	9,5%	116	9,4%	11,6
TOTALE ITALIA	**105**	**100,0%**	**1.229**	**100,0%**	**11,7**

L'analisi effettuata permette, inoltre, di stimare come evolverà il tipo di gestione degli hospice nel biennio 2007-08.

Alla fine del 2008, se le previsioni saranno confermate, il numero degli hospice pubblici potrebbe risultare più che raddoppiato rispetto al 2006, raggiungendo le 136 unità (+82), mentre gli hospice del Terzo settore aumenterebbero a 43 (+12) e quelli misti diventerebbero 17 (+7).
Il notevole incremento della quota di hospice pubblici previsto per il 2008 (+82 strutture rispetto alle 54 operative nel 2006) sarà principalmente dovuto al fatto che le strutture attualmente in fase di realizzazione, di progettazione o di programmazione sono in gran parte strutture finanziate ex Legge n. 39/99, i cui responsabili legali sono in capo ad Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere.
Occorre tuttavia sottolineare che gli 82 nuovi hospice pubblici previsti, sono definiti pubblici oggi, ma non è certo che la decisione sul tipo di gestione possa essere considerata definitiva: nel momento in cui tali hospice diventeranno effettivamente operativi, per alcuni di essi la *governance* pubblica potrebbe infatti decidere di adottare un tipo di gestione mista pubblico/privato.

Tabella 13 – Hospice e posti letto previsti nel 2008 per tipo di gestione

	Hospice probabilmente operativi nel 2008				
Tipo di gestione	Strutture		Posti letto		Media PL/hospice
	v.a.	%	v.a.	%	
Pubblica	136 (+82)	66,0%	1.348	57,5%	9,9
Privata	10 (+0)	4,9%	200	8,5%	20,0
Terzo settore	43 (+12)	20,9%	596	25,4%	13,9
Mista	17 (+7)	8,2%	202	8,6%	11,9
TOTALE ITALIA	**206 (+101)**	**100,0%**	**2.346**	**100,0%**	**11,4**

(*) I nuovi hospice che potrebbero diventare operativi nel corso del biennio 2007-08, in aggiunta a quelli già operativi nel 2006, sono stati indicati tra parentesi.

Anche per quanto riguarda il tipo di gestione degli hospice è interessante evidenziare come si differenzi la situazione a livello regionale. In particolare, la distribuzione regionale di hospice e posti letto rispetto al tipo di gestione – pubblica, privata, del Terzo settore e mista – viene illustrata graficamente nelle pagine seguenti, con riferimento sia all'anno 2006 sia alla stima per il 2008.

Tabella 14 – Hospice già attivi nel 2006 per regione e tipo di gestione

		Tipo di gestione			
REGIONE (*)	Hospice già operativi nel 2006	Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista
LOMBARDIA	38	15	2	17	4
EMILIA ROMAGNA	14	10	-	3	1
VENETO	14	8	-	3	3
LAZIO	11	2	7	2	-
PIEMONTE	5	2	-	2	1
LIGURIA	3	1	-	2	-
MARCHE	3	3	-	-	-
SICILIA	3	3	-	-	-
PUGLIA	2	2	-	-	-
TOSCANA	2	2	-	-	-
TRENTINO ALTO ADIGE	2	1	-	1	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	-	1	1	-
CALABRIA	2	1	-	-	1
BASILICATA	2	2	-	-	-
SARDEGNA	1	1	-	-	-
MOLISE	1	1	-	-	-
ABRUZZO	-	-	-	-	-
UMBRIA	-	-	-	-	-
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-
CAMPANIA	-	-	-	-	-
TOTALE ITALIA	**105**	**54**	**10**	**31**	**10**

(*) Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di hospice.

Figura 12 – Hospice già attivi nel 2006 per regione e tipo di gestione

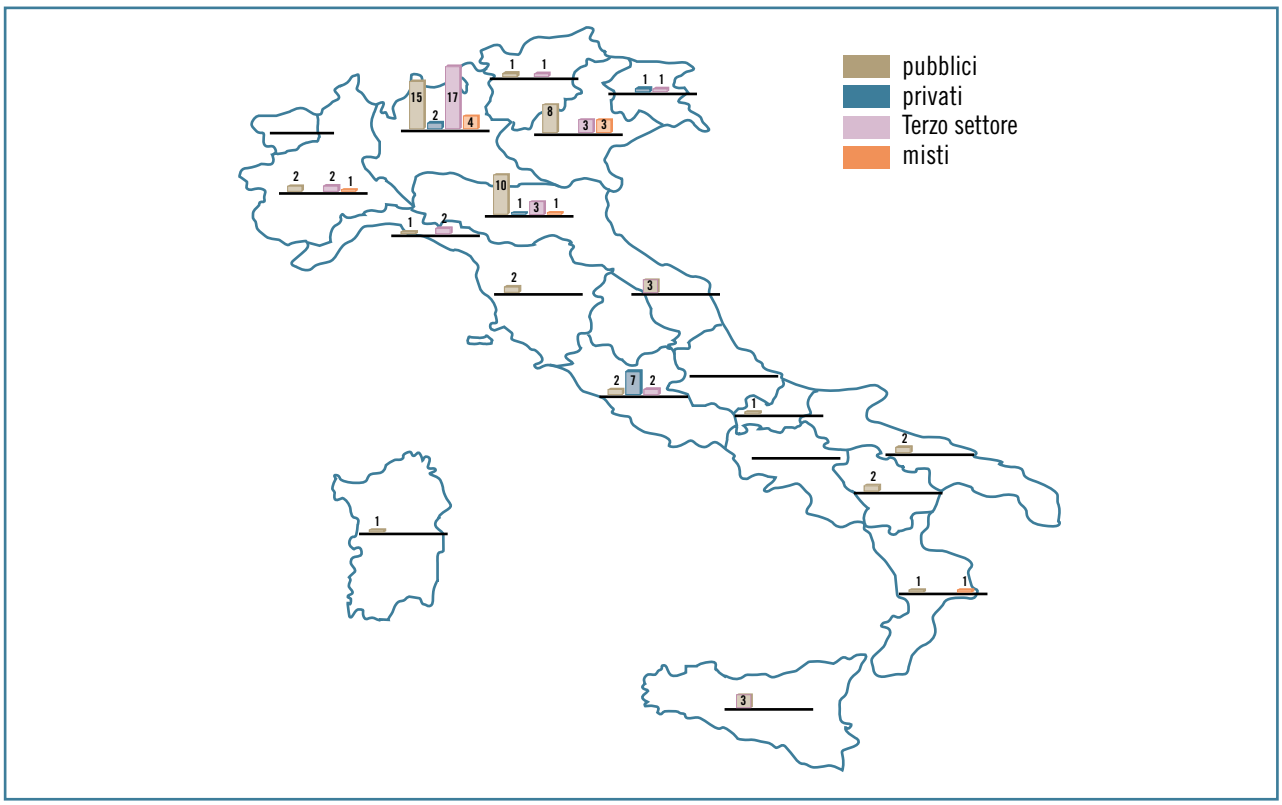


Tabella 15 – Posti letto già attivi nel 2006 per regione e tipo di gestione

		Tipo di gestione					
REGIONE (*)	Posti letto già operativi nel 2006	Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista	Popolazione (ISTAT 2006)	PL/10.000 res.
LOMBARDIA	440	148	18	228	46	9.475.202	0,46
EMILIA ROMAGNA	172	103	-	54	15	4.187.557	0,41
LAZIO	215	18	162	35	-	5.304.778	0,41
MOLISE	11	11	-	-	-	320.907	0,34
VENETO	126	63	-	27	36	4.738.313	0,27
BASILICATA	16	16	-	-	-	594.086	0,27
FRIULI VENEZIA GIULIA	32	-	20	12	-	1.208.278	0,26
LIGURIA	32	10	-	22	-	1.610.134	0,20
MARCHE	25	25	-	-	-	1.528.809	0,16
TRENTINO ALTO ADIGE	12	6	-	6	-	985.128	0,12
PIEMONTE	51	19	-	24	8	4.341.733	0,12
CALABRIA	18	7	-	-	11	2.004.415	0,09
SICILIA	36	36	-	-	-	5.017.212	0,07
SARDEGNA	10	10	-	-	-	1.655.677	0,06
PUGLIA	20	20	-	-	-	4.071.518	0,05
TOSCANA	13	13	-	-	-	3.619.872	0,04
ABRUZZO	-	-	-	-	-	1.305.307	-
CAMPANIA	-	-	-	-	-	5.790.929	-
UMBRIA	-	-	-	-	-	867.878	-
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-	123.978	-
TOTALE ITALIA	**1.229**	**505**	**200**	**408**	**116**	**58.751.711**	**0,21**

(*) Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di posti letto ogni 10.000 abitanti.

Figura 13 – Posti letto già attivi nel 2006 per regione e tipo di gestione

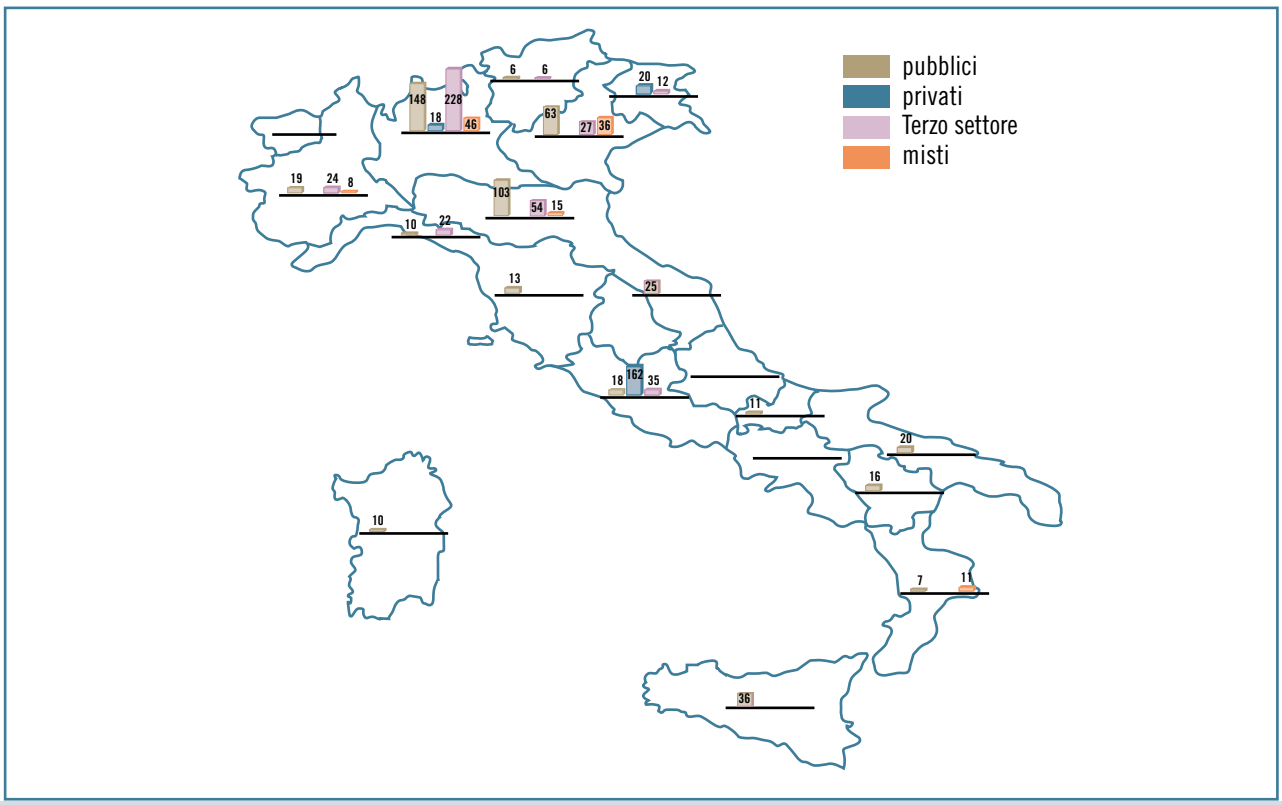


Tabella 16 – Hospice operativi presumibilmente nel 2008 per regione e tipo di gestione

		Tipo di gestione			
REGIONE (*)	Hospice operativi nel 2008	Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista
LOMBARDIA	53	25	2	20	6
EMILIA ROMAGNA	25	17	-	4	4
VENETO	17	10	-	3	4
TOSCANA	15	14	-	1	-
SICILIA	15	14	-	1	-
PIEMONTE	15	12	-	2	1
LAZIO	14	4	7	3	-
PUGLIA	9	4	-	4	1
MARCHE	7	7	-	-	-
LIGURIA	5	2	-	3	-
CAMPANIA	5	5	-	-	-
UMBRIA	4	4	-	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	2	1	1	-
CALABRIA	4	3	-	-	1
BASILICATA	4	4	-	-	-
SARDEGNA	3	3	-	-	-
ABRUZZO	3	3	-	-	-
TRENTINO ALTO ADIGE	2	1	-	1	-
VALLE D'AOSTA	1	1	-	-	-
MOLISE	1	1	-	-	-
TOTALE ITALIA	**206**	**136**	**10**	**43**	**17**

(*) Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di hospice.

Figura 14 – Hospice operativi presumibilmente nel 2008 per regione e tipo di gestione

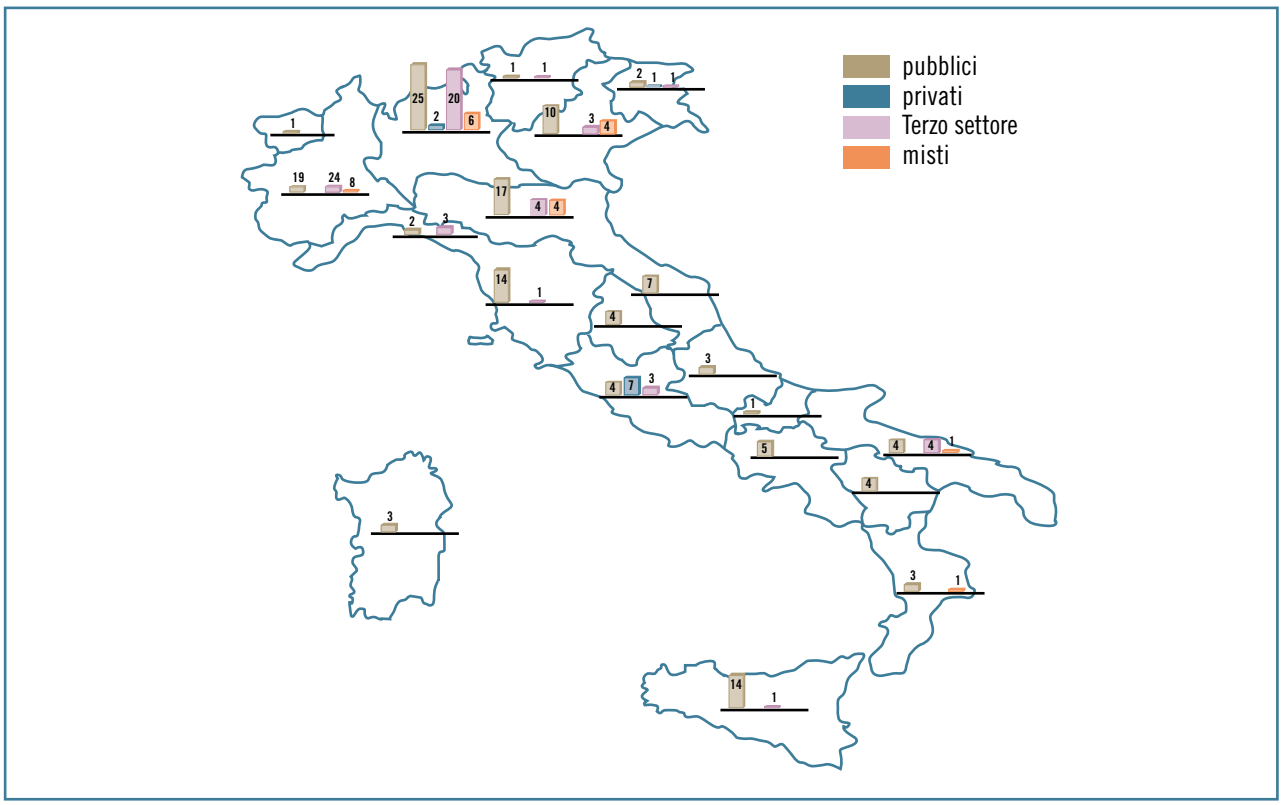
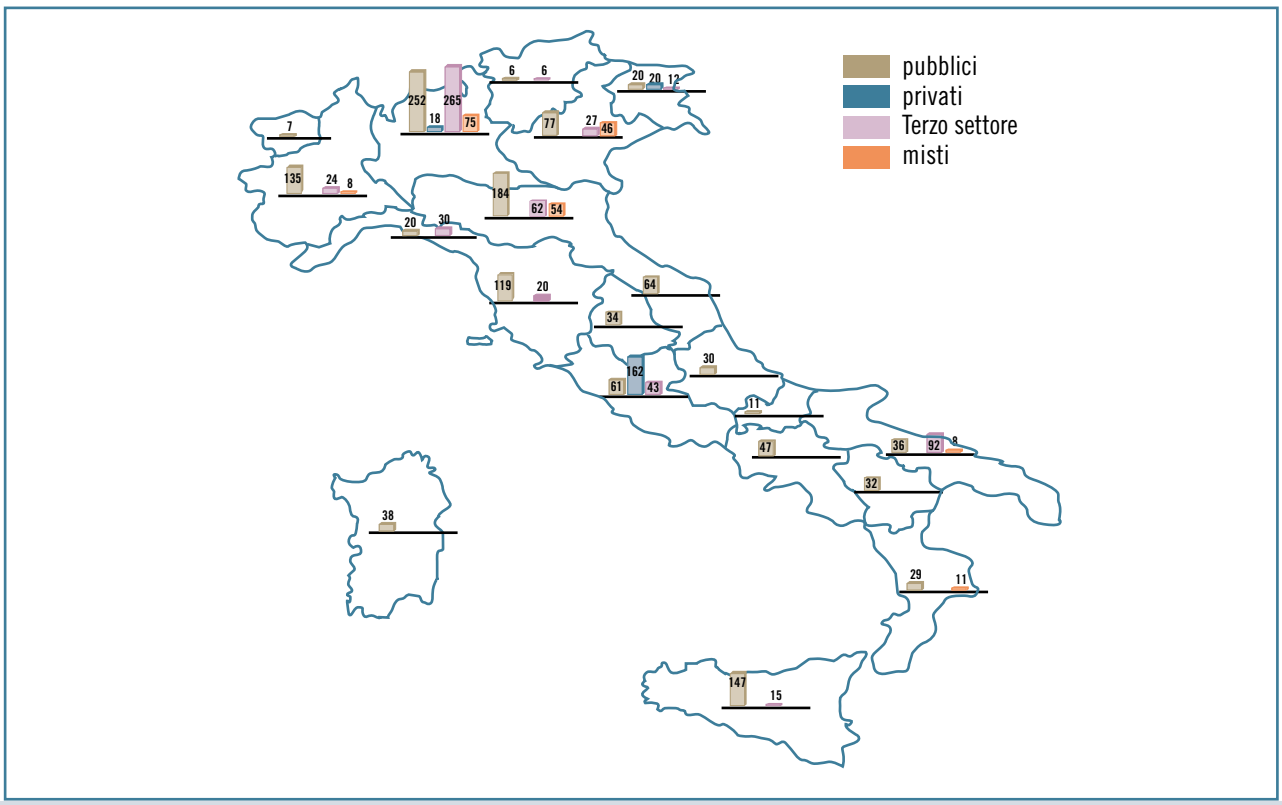


Tabella 17 – Posti letto disponibili presumibilmente nel 2008 per regione e tipo di gestione

		Tipo di gestione					
REGIONE (*)	Posti letto operativi nel 2008	Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista	Popolazione (ISTAT 2006)	PL/10.000 res.
EMILIA ROMAGNA	300	184	-	62	54	4.187.557	0,72
LOMBARDIA	610	252	18	265	75	9.475.202	0,64
VALLE D'AOSTA	7	7	-	-	-	123.978	0,56
BASILICATA	32	32	-	-	-	594.086	0,54
LAZIO	266	61	162	43	-	5.304.778	0,50
FRIULI VENEZIA GIULIA	52	20	20	12	-	1.208.278	0,43
MARCHE	64	64	-	-	-	1.528.809	0,42
UMBRIA	34	34	-	-	-	867.878	0,39
PIEMONTE	167	135	-	24	8	4.341.733	0,38
TOSCANA	139	119	-	20	-	3.619.872	0,38
MOLISE	11	11	-	-	-	320.907	0,34
PUGLIA	136	36	-	92	8	4.071.518	0,33
SICILIA	162	147	-	15	-	5.017.212	0,32
VENETO	149	76	-	27	46	4.738.313	0,31
LIGURIA	50	20	-	30	-	1.610.134	0,31
ABRUZZO	30	30	-	-	-	1.305.307	0,23
SARDEGNA	38	38	-	-	-	1.655.677	0,23
CALABRIA	40	29	-	-	11	2.004.415	0,20
TRENTINO ALTO ADIGE	12	6	-	6	-	985.128	0,12
CAMPANIA	47	47	-	-	-	5.790.929	0,08
TOTALE ITALIA	**2.346**	**1.348**	**200**	**596**	**202**	**58.751.711**	**0,40**

(*) Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di posti letto ogni 10.000 residenti.

Figura 15 – Posti letto presumibilmente disponibili nel 2008 per regione e tipo di gestione



APPROFONDIMENTI SUGLI HOSPICE GIÀ OPERATIVI

Sulla base dei dati raccolti per i 96 hospice operativi che hanno compilato il questionario,[33] parte dei 105 già attivi a dicembre 2006, è stato possibile effettuare un'analisi più approfondita su alcuni aspetti organizzativi e gestionali. Nella tabella seguente (Tabella 18) è possibile osservare la distribuzione regionale dei 96 hospice e nel seguito del presente paragrafo saranno illustrati i principali risultati emersi.

Tabella 18 – Distribuzione regionale dei 96 hospice, sui 105 operativi nel 2006, che hanno compilato il questionario

REGIONE	Hospice già operativi nel 2006 con questionario compilato per regione	Totale hospice già operativi nel 2006 per regione
BASILICATA	2	2
CALABRIA	2	2
EMILIA ROMAGNA	12	14
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	2
LAZIO	7	11
LIGURIA	3	3
LOMBARDIA	37	38
MARCHE	3	3
MOLISE	1	1
PIEMONTE	5	5
PUGLIA	2	2
SARDEGNA		1
SICILIA	3	3
TOSCANA	2	2
TRENTINO ALTO ADIGE	2	2
VENETO	13	14
TOTALE	**96**	**105**

Responsabilità legale e tipo di gestione (Tabella 19)

Il *60,4%* del campione (58 dei 96 hospice operativi) risulta legalmente rappresentato da enti pubblici (soprattutto Aziende Sanitarie e Ospedaliere), il *32,3%* ha come responsabile legale una organizzazione del Terzo settore (prevalentemente fondazioni ed enti religiosi) e infine il 7,3% risulta totalmente privato.

Nella maggior parte dei casi (87 su 96), gli stessi enti che hanno la responsabilità legale degli hospice ne mantengono anche il totale controllo gestionale, mentre è poco diffusa la gestione di tipo misto pubblico-privato (9 casi su 96).

Gli enti che detengono la responsabilità legale degli hospice – pubblici, privati e del Terzo settore – sono dunque quasi sempre coinvolti in maniera esclusiva, o comunque prevalente, anche nelle decisioni e nella gestione operativa degli hospice.

Questo vale per 50 hospice su 58 a responsabilità legale pubblica, per la quasi totalità degli hospice gestiti dal Terzo settore (30 su 31) e per tutti gli hospice privati del campione (pari a sette).

33. Il questionario è stato inviato a tutti i 243 hospice programmati – sia già operativi, sia in fase di realizzazione o di progettazione – salvo qualche isolata eccezione relativa a strutture che sono state segnalate dalle Aziende Sanitarie Locali o dalle Regioni solo quando la rilevazione era già in fase di ultimazione. Nel complesso sono stati raccolti 152 questionari compilati, di cui 96 questionari di hospice già operativi nel 2006, 41 questionari di hospice non ancora operativi (17 già realizzati ma ancora inattivi, 24 in fase di realizzazione, cinque in fase di progettazione) e 10 questionari che non sono stati elaborati perché le relative strutture, pur essendo operative nell'ambito delle cure palliative, in seguito a verifiche sui dati elaborati non sono risultate in possesso di tutte le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie per essere definiti hospice.

Tabella 19 - Enti che hanno la responsabilità legale degli hospice per tipo di gestione

				Tipo di gestione			
	Responsabilità legale	Campione hospice operativi		Pubblica	Privata	Terzo settore	Mista
Enti pubblici	Aziende Sanitarie	28	29,2%	24			4
	Aziende Ospedaliere	18	18,8%	14			4
	IPAB/ASP (*)	11	11,4%	11			
	IRCCS pubblici	1	1,0%	1			
	Totale pubblici	58	60,4%	50			8
Enti privati	Ospedali privati	6	6,3%		6		
	RSA private	1	1,0%		1		
	Totale privati	7	7,3%		7		
Enti del Terzo settore	Fondazioni	11	11,5%			10	1
	Enti religiosi	10	10,4%			10	
	Associazioni	4	4,2%			4	
	Cooperative sociali	4	4,2%			4	
	IRCCS privato (**)	2	2,1%			2	
	Totale Terzo settore	31	32,3%			30	1
TOTALE CAMPIONE		**96**	**100,0%**	**50**	**7**	**30**	**9**

(*) Tra gli enti pubblici sono state classificate sia le IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) che le ASP (Aziende di Servizi alla Persona), a causa del diverso grado di attuazione nei vari contesti regionali del processo di trasformazione delle IPAB in ASP, previsto dal D. Lgs. n. 207 del 4 maggio 2001.
(**) Due hospice gestiti da un IRCCS privato sono stati inseriti, per semplicità classificatoria, tra le organizzazioni del Terzo settore, visto l'importante ruolo di utilità sociale connesso all'attività di ricerca scientifica dello stesso IRCCS.

Inoltre, si rileva che negli hospice a gestione mista, quasi sempre (in otto casi su nove), la responsabilità legale risulta in capo a un ente pubblico. Per questi ultimi hospice, legalmente rappresentati per metà da Aziende Sanitarie Locali e per metà da Aziende Ospedaliere, il coinvolgimento degli altri enti – privati e del Terzo settore – riguarda in maniera prevalente la gestione del personale sanitario e assistenziale.
Viceversa, è stato rilevato un solo caso di hospice a gestione mista in cui la responsabilità legale risulta in capo a un ente del Terzo settore (in particolare una fondazione ecclesiastica) mentre l'Azienda Sanitaria locale viene coinvolta nella gestione del personale.

Si sottolinea poi che, talvolta, alcuni hospice che hanno sia la responsabilità legale sia la gestione di tipo pubblico (in nove casi) affidano almeno parte delle attività assistenziali a enti privati o del Terzo settore, soprattutto organizzazioni di volontariato, associazioni e cooperative sociali impegnate nell'ambito dei servizi socio-assistenziali.
Il ruolo che assumono le organizzazioni del Terzo settore per quanto riguarda la gestione degli hospice risulta nel complesso molto rilevante:

- nel *49,0%* degli hospice (47 su un campione di 96) la gestione delle attività avviene con il supporto di enti del Terzo settore. Il livello di coinvolgimento può variare dalla gestione totale (30 hospice gestiti dal Terzo settore), alla co-gestione (nove hospice a gestione mista) alla sola gestione del personale operativo – sanitario e/o assistenziale – che compone le équipe (otto casi).

- nel *67,7%* degli hospice (65 hospice sui 96 del campione) le cure assistenziali quotidiane vengono svolte anche con il supporto dei volontari di varie organizzazioni e associazioni, nell'ambito sia dell'assistenza residenziale sia domiciliare.

Ubicazione della struttura

Per classificare le differenti tipologie di ubicazione della struttura sono state assunte quattro categorie distinte così definite:

- struttura ospedaliera per acuti (ospedale, presidio, casa di cura);
- struttura dedicata e autonoma;
- struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale[34] (RSA, casa protetta, casa di riposo, casa alloggio);
- centro polifunzionale non ospedaliero.[35]

Il 44,8% degli hospice operativi del campione (43 su 96) risulta collocato all'interno di strutture ospedaliere per acuti, il 27,1% (26) in strutture dedicate e autonome, il 17,7% (17) è all'interno di strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali e infine il 10,4% (10) è situato in centri polifunzionali non ospedalieri di tipo sanitario o socio-sanitario.

La collocazione degli hospice (Tabella 20) tende a differenziarsi anche rispetto al tipo di gestione degli stessi: oltre la metà degli hospice pubblici (*56,0%*) risultano infatti situati all'interno di strutture ospedaliere per acuti, mentre tra gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo settore prevalgono le strutture dedicate e autonome (*36,7%*) oppure la collocazione all'interno di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali (*30,0%*), la maggior parte delle quali erano già operative prima dell'attivazione degli hospice (soprattutto residenze sanitarie assistenziali, ma anche case di riposo, case protette e case alloggio). Si evidenzia infine che la collocazione degli hospice privati si ripartisce equamente tra strutture ospedaliere per acuti (*42,9%*) e strutture dedicate e autonome (*42,9%*), mentre gli hospice a gestione mista risultano anch'essi collocati soprattutto in strutture ospedaliere per acuti (*44,4%*).

Tabella 20 -Ubicazione degli hospice per tipo di gestione

			Tipo di gestione							
Collocazione degli hospice	Campione hospice operativi		Pubblica		Privata		Terzo settore		Mista	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
In struttura ospedaliera per acuti	43	44,8%	28	56,0%	3	42,9%	8	26,7%	4	44,4%
In struttura dedicata e autonoma	26	27,1%	10	20,0%	3	42,9%	11	36,7%	2	22,2%
In una struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale	**17**	17,7%	6	12,0%	1	14,3%	9	30,0%	1	11,1%
In un centro polifunzionale non ospedaliero	**10**	10,4%	6	12,0%	0	0,0%	2	6,7%	2	22,2%
TOTALE CAMPIONE	**96**	**100%**	**50**	**100%**	**7**	**100%**	**30**	**100%**	**9**	**100%**

34. Soprattutto RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), case protette, case di riposo e case alloggio.
35. Si tratta principalmente di strutture polifunzionali gestite da IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), ASP (Aziende di Servizi alla Persona), Aziende Sanitarie oppure organizzazioni del Terzo settore.

La collocazione degli hospice è evidenziata anche a livello regionale (Tabella 21), in quanto le differenze riscontrabili potrebbero essere in parte influenzate dal diverso orientamento programmatico e normativo delle regioni nell'ambito dell'organizzazione delle reti di cure palliative.

Tabella 21 - Ubicazione degli hospice per regione

Collocazione degli hospice	Campione hospice operativi		Regione (*)															
	N°	%	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Lazio	Piemonte	Liguria	Marche	Sicilia	Basilicata	Calabria	Friuli Venezia Giulia	Puglia	Toscana	Trentino Alto Adige	Molise	
In struttura ospedaliera per acuti	43	44,8%	18	2	5	3	2	1	3	2	2		1	1	1	2		
In struttura dedicata e autonoma	26	27,1%	7	4	3	3	2	1		1		2	1	1	1			
In una struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale	**17**	17,7%	9	5	1	1		1										
In un centro polifunzionale non ospedaliero	**10**	10,4%	3	2	3		1										1	
TOTALE CAMPIONE	**96**	**100%**	**37**	**13**	**12**	**7**	**5**	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**	

(*) Le regioni sono riportate in ordine decrescente rispetto al numero di hospice operativi, escludendo quelle per le quali non sono pervenuti questionari.

Hospice e livelli assistenziali erogati

Nel presente paragrafo vengono analizzati i quattro principali *livelli assistenziali* che l'équipe operante in hospice può fornire ai pazienti presi in carico dalla struttura e che caratterizzano la rete di sostegno ai pazienti terminali (DM del 28 settembre 1999) al fine di poter garantire il *continuum* assistenziale nelle varie fasi della malattia; i quattro livelli sono:

- **degenza**, assistenza residenziale organizzata in unità di ricovero dotate di autonomia funzionale e organizzativa;
- **ambulatorio**, assistenza specialistica ambulatoriale tra cui, per esempio: valutazioni multidisciplinari in équipe, colloqui e valutazioni dello psicologo e prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- **day-hospice**, *ricovero* diurno di pazienti non guaribili in regime di day-hospital;
- **assistenza domiciliare**, comprendendo in quest'ultima tipologia tutte le possibili declinazioni specifiche di assistenza a domicilio, dall'assistenza domiciliare integrata fino all'ospedalizzazione domiciliare.[36]

L'analisi dei livelli assistenziali è stata effettuata seguendo un percorso metodologico a due tappe:

- in primo luogo è stata condotta un'analisi separata dei livelli assistenziali, la quale ha permesso di verificare il loro *grado di diffusione* nell'ambito delle prestazioni garantite dalle stesse équipe che operano in hospice;
- successivamente si è proceduto a effettuare un'analisi congiunta dei livelli assistenziali grazie alla quale sono stati individuati tre *modelli assistenziali* prevalenti che sintetizzano il diverso orientamento delle équipe operanti in hospice nei confronti della gestione diretta dei pazienti sia a livello residenziale sia domiciliare.

36. Per approfondimenti sulla definizione dei quattro livelli assistenziali, vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

I principali risultati relativi all'analisi separata dei livelli assistenziali sono illustrati di seguito (Tabella 22):

Degenza: il 61,5% delle strutture ha dichiarato di essere accreditato per il servizio di degenza (assistenza residenziale), mentre il rimanente 38,5% risulta semplicemente autorizzato.[37] Da notare che la quota di hospice con servizio di degenza accreditato è inferiore tra le strutture a gestione pubblica (48,0%) rispetto alle strutture private (85,7%) e gestite da organizzazioni del Terzo settore (80,0%).

Ambulatorio: il 63,5% degli hospice ha dichiarato di non erogare l'attività ambulatoriale. Il restante 36,5% dispone invece del servizio ambulatoriale, suddividendosi quasi equamente tra ambulatori accreditati (18 casi) e autorizzati (17 casi).

Day-hospice: ancora meno diffusa è l'assistenza in day-hospice, indicata da appena il 27,1%, dei quali il 17,7% ha dichiarato di essere accreditato e solo il 9,4% autorizzato.

Assistenza domiciliare: infine, il 39,6% dei rispondenti ha dichiarato di erogare una qualche forma di assistenza domiciliare, mentre la maggior parte (per il 60,4% dei casi) non la fornisce. In particolare la tipologia più frequente è l'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI (21 casi, pari al 21,9%), seguita dall'Ospedalizzazione Domiciliare – OD (nove casi, pari al 9,4%) e da altre forme di assistenza domiciliare (cinque casi, pari al 5,2%). Solo in tre casi l'ADI e l'OD sono entrambe fornite dal personale dell'hospice.

Tabella 22 - Ubicazione degli hospice per tipo di gestione

				Tipo di gestione							
Livelli assistenziali	Servizi forniti	Campione hospice		Pubblica		Privata		Terzo settore		Mista	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DEGENZA	Accreditati	59	61,5%	24	48,0%	6	85,7%	24	80,0%	5	55,6%
	Autorizzati	37	38,5%	26	52,0%	1	14,3%	6	20,0%	4	44,4%
AMBULATORIO	Accreditati	18	18,8%	9	18,0%	1	14,3%	5	16,7%	3	33,3%
	Autorizzati	17	17,7%	11	22,0%	1	14,3%	4	13,3%	1	11,1%
	No	61	63,5%	30	60,0%	5	71,4%	21	70,0%	5	55,6%
DAY-HOSPICE	Accreditati	17	17,7%	7	14,0%	1	14,3%	6	20,0%	3	33,3%
	Autorizzati	9	9,4%	5	10,0%	2	28,6%	1	3,3%	1	11,1%
	No	70	72,9%	38	76,0%	4	57,1%	23	76,7%	5	55,6%
ASSISTENZA DOMICILIARE (*)	ADI + OD	3	3,1%	1	2,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	11,1%
	ADI	21	21,9%	12	24,0%	2	28,6%	5	16,7%	2	22,2%
	OD	9	9,4%	3	6,0%	3	42,9%	1	3,3%	2	22,2%
	AD	5	5,2%	1	2,0%	0	0,0%	3	10,0%	1	11,1%
	no	58	60,4%	33	66,0%	2	28,6%	20	66,7%	3	33,3%
TOTALE CAMPIONE		96	100,0%	50	100,0%	7	100,0%	30	100,0%	9	100,0%

(*) Abbreviazioni utilizzate in tabella: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare (per approfondimenti, vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5).

37. Si sottolinea che il processo di accreditamento degli hospice non è stato avviato in tutte le Regioni. Per approfondimenti sulla definizione di "accreditamento" ed "autorizzazione", vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

Nella successiva Tabella 23 viene inoltre evidenziato come si differenziano i livelli assistenziali garantiti dagli hospice operativi nelle varie regioni italiane. Tali differenze possono essere parzialmente ricondotte anche agli specifici assetti normativi adottati dalle Regioni – soprattutto in materia di autorizzazione, accreditamento e riconoscimento tariffario delle prestazioni degli hospice – e ai diversi stati di completamento dei programmi regionali di cure palliative.[38]

Tabella 23 - I quattro principali livelli assistenziali in hospice per regione

				Regione (*)														
Livelli assistenziali	Servizi forniti (*)	Campione hospice operativi		Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Lazio	Piemonte	Liguria	Marche	Sicilia	Basilicata	Calabria	Friuli Venezia Giulia	Puglia	Toscana	Trentino Alto Adige	Molise
		N°	%															
DEGENZA	Accreditati	59	61,5%	34	4	7	6	1	2	-	2	-	1	-	-	-	2	-
	Autorizzati	37	38,5%	3	9	5	1	4	1	3	1	2	1	2	2	2	-	1
	Accreditati	18	18,8%	14	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
AMBULATORIO	Autorizzati	17	17,7%	4	1	3	2	2	1	-	1	1	1	-	-	1	-	-
	No	61	63,5%	19	12	9	4	3	2	3	1	1	-	2	2	1	1	1
	Accreditati	17	17,7%	14	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
DAY-HOSPICE	Autorizzati	9	9,4%	2	-	-	3	-	-	-	1	-	1	-	1	1	-	-
	No	70	72,9%	21	13	12	3	5	3	3	1	2	-	2	1	1	2	1
ASSISTENZA DOMICILIARE (**)	ADI + OD	3	3,1%	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	ADI	21	21,9%	10	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-
	OD	9	9,4%	2	1	1	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	AD	5	5,2%	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	No	58	60,4%	22	8	7	1	4	3	2	3	2	1	2	2	-	1	-
TOTALE CAMPIONE		**96**	**100%**	**37**	**13**	**12**	**7**	**5**	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**

(*) Abbreviazioni utilizzate in tabella: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare.
(**) Le regioni sono riportate in ordine decrescente rispetto al numero di hospice operativi, escludendo quelle per le quali non sono pervenuti questionari.

Per quanto riguarda l'analisi congiunta dei livelli assistenziali, nei punti seguenti sono descritte le caratteristiche dei tre modelli assistenziali prevalenti, i quali sintetizzano i diversi orientamenti assistenziali delle équipe operanti in hospice (Tabella 24):

1. **Modello residenziale**: è il modello più diffuso (pari al 60,4%, 58 hospice su 96) e non prevede la gestione dell'assistenza domiciliare da parte del personale di équipe che opera in hospice. Al paziente viene garantita l'assistenza residenziale e, all'occorrenza, possono essere attivati i servizi ambulatoriali e di day-hospice. Tale modello risulta particolarmente diffuso tra gli hospice pubblici (66,0%) e tra quelli gestiti da organizzazioni del Terzo settore (66,7%).
2. **Modello residenziale e domiciliare**: è il modello intermedio (pari al 24,0%, 23 hospice su 96) adottato dagli hospice che gestiscono con continuità il percorso assistenziale del paziente sia a livello residenziale sia domiciliare, senza tuttavia garantire tutti i livelli di supporto intermedi quali l'assistenza ambulatoriale e il day-hospice. Tale modello è più diffuso tra gli hospice privati (42,9%).

38. Per approfondimenti si rimanda ai paragrafi delle singole Regioni e alla sintesi della normativa regionale presentata nel Capitolo 5.3.2.

Tabella 24 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice per tipo di gestione

				Tipo di gestione							
Modelli assistenziali	Servizi forniti congiuntamente (*)	Campione hospice		Pubblica		Privata		Terzo settore		Mista	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Modello residenziale	Degenza	39	40,6%	19	38,0%	2	28,6%	16	53,3%	2	22,2%
	Degenza + ambulatorio	9	9,4%	7	14,0%	0	0,0%	2	6,7%	0	0,0%
	Degenza + day hospice	2	2,1%	2	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Degenza + ambulatorio +day hospice	8	8,3%	5	10,0%	0	0,0%	2	6,7%	1	11,1%
	Totale modello residenziale	58	60,4%	33	66,0%	2	28,6%	20	66,7%	3	33,3%
Modello residenziale e domiciliare	Degenza + ADI	9	9,4%	5	10,0%	1	14,3%	2	6,7%	1	11,1%
	Degenza + OD	7	7,3%	3	6,0%	1	14,3%	1	3,3%	2	22,2%
	Degenza + AD	3	3,1%	1	2,0%	0	0,0%	2	6,7%	0	0,0%
	Degenza + ambulatorio + ADI	3	3,1%	3	6,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Degenza + day hospice + OD	1	1,0%	0	0,0%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%
	Totale modello residenziale e domiciliare	23	24,0%	12	24,0%	3	42,9%	5	16,7%	3	33,3%
Modello UOCP	Degenza + ambulatorio + day hospice + ADI	9	9,4%	4	8,0%	1	14,3%	3	10,0%	1	11,1%
	Degenza + ambulatorio + day hospice + AD	2	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	11,1%
	Degenza + ambulatorio + day hospice + OD	1	1,0%	0	0,0%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%
	Degenza + ambulatorio + day hospice + ADI + OD	3	3,1%	1	2,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	11,1%
	Totale modello UOCP	15	15,6%	5	10,0%	2	28,6%	5	16,7%	3	33,3%
TOTALE CAMPIONE		**96**	**100%**	**50**	**100%**	**7**	**100%**	**30**	**100%**	**9**	**100%**

(*) Abbreviazioni utilizzate in tabella: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare (per approfondimenti, si veda il "Glossario essenziale" in allegato).

3. **Modello UOCP**:[39] è il modello più completo e meno diffuso (pari al 15,6%, 15 hospice su 96), dove il personale di équipe che opera in hospice gestisce direttamente tutti i livelli assistenziali necessari a garantire la massima continuità assistenziale al paziente. Tale modello è relativamente più frequente tra gli hospice a gestione mista (33,3%). Si osservi inoltre che, dei 15 hospice che hanno adottato il modello UOCP, 11 sono in Lombardia, due nel Lazio, uno in Calabria e uno in Toscana (Tabella 25).

39. UOCP - Unità Operativa di Cure Palliative. Per approfondimenti vedere il Glossario essenziale al Capitolo 5.

Tabella 25 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice per regione

Modelli assistenziali	Servizi forniti congiuntamente (**)	Campione hospice operativi		Regione(*)														
		N°	%	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Lazio	Piemonte	Liguria	Marche	Sicilia	Basilicata	Calabria	Friuli Venezia Giulia	Puglia	Toscana	Trentino Alto Adige	Molise
Modello residenziale	Degenza	39	40,6%	14	8	5	-	2	2	2	1	1	-	2	1	-	1	-
	Degenza + ambulatorio	9	9,4%	3	-	2	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	Degenza + day hospice	2	2,1%	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Degenza + + ambulatorio + day hospice	8	8,3%	4	-	-	1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-
	Totale modello residenziale	58	60,4%	22	8	7	1	4	3	2	3	2	1	2	2	-	1	-
Modello residenziale e domiciliare	Degenza + ADI	9	9,4%	2	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Degenza + OD	7	7,3%	2	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	Degenza + AD	3	3,1%	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Degenza + ambulatorio + ADI	3	3,1%	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	Degenza + day hospice + OD	1	1,0%	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totale modello residenziale e domiciliare	23	24,0%	4	5	5	4	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1
Modello UOCP	Degenza + ambulatorio + day hospice + ADI	9	9,4%	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Degenza + ambulatorio + day hospice + AD	2	2,1%	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Degenza + ambulatorio + day hospice + OD	1	1,0%	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Degenza + ambulatorio + day hospice + ADI + OD	3	3,1%	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Totale modello UOCP	15	15,6%	11	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
TOTALE CAMPIONE		**96**	**100%**	**37**	**13**	**12**	**7**	**5**	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**

(*) Le Regioni sono riportate in ordine decrescente rispetto al numero di hospice operativi, escludendo quelle per le quali non sono pervenuti questionari.
(**) Abbreviazioni utilizzate in tabella: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare, UOCP = Unità Operativa di Cure Palliative.

Formazione del personale

Come già segnalato nella sintesi, soprattutto a fronte dell'aumento esponenziale del numero di hospice, la formazione del personale risulterà essere un elemento strategico per garantire la qualità dello sviluppo della rete delle strutture residenziali e, più in generale, di tutta la rete delle cure palliative.
Si sottolinea inoltre che i risultati dell'analisi sono stati sintetizzati attraverso un indicatore quantitativo che esplicita le "ore medie annue di formazione per ogni operatore" e tre indicatori qualitativi inerenti alcune modalità organizzative della formazione, quali la "frequenza degli eventi formativi", il "taglio degli eventi formativi rispetto ai componenti dell'équipe" e la "provenienza dei docenti" impegnati nelle attività formative.

Sul totale dei 96 hospice operativi del campione, 49 (*51,0%*) hanno fornito dati specifici riguardanti l'attività formativa svolta a favore dell'équipe nel 2005. In particolare 12 hospice (*12,5%*) hanno dichiarato che nel 2005 ogni operatore ha ricevuto in media fino a 10 ore di formazione annue, 24 hospice (*25,0%*) si sono collocati tra 11 e 30 ore di formazione annue per operatore, sette hospice (*6,3%*) hanno indicato dalle 31 alle 50 ore di formazione annue per operatore e, infine, per i rimanenti sei hospice (*6,3%*) sono risultate oltre 50 ore di formazione annue per operatore.

Il numero medio annuo di ore di formazione al personale (calcolato come numero totale di ore di formazione sul numero totale dei partecipanti ai corsi durante l'anno) tende a essere più elevato per gli hospice gestiti dalle organizzazioni del Terzo settore (33,8 ore medie annue per operatore a fronte di un valor medio per tutti gli hospice rispondenti pari a 29,5).
Per gli hospice a gestione pubblica il numero medio annuo di ore di formazione è pari a 29,8 (Tabella 26); seguono infine le strutture private (19,2) e quelle a gestione mista (18,1).

Tabella 26 - Ore medie annue di formazione per ogni operatore dell'équipe partecipante ai corsi nel 2005 per tipo di gestione dell'hospice

			Tipo di gestione							
Ore medie annue di formazione per ogni operatore (anno 2005)	Campione hospice operativi		Pubblica		Privata		Terzo settore		Mista	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
fino a 10 ore	12	12,5%	7	14,0%	1	14,3%	3	10,0%	1	11,1%
11-30 ore	24	25,0%	12	24,0%	3	42,9%	7	23,3%	2	22,2%
31-50 ore	7	7,3%	4	8,0%	0	0,0%	3	10,0%	0	0,0%
oltre 50 ore	6	6,3%	4	8,0%	0	0,0%	2	6,7%	0	0,0%
TOTALE RISPONDENTI	**49**	**51,0%**	**27**	**54,0%**	**4**	**57,1%**	**15**	**50,0%**	**3**	**33,3%**
ORE MEDIE ANNUE TOTALI	**29,5**		**29,8**		**19,2**		**33,8**		**18,1**	

Per quanto riguarda le modalità organizzative della formazione agli operatori, dall'analisi condotta – sempre con riferimento al totale dei 96 hospice operativi del campione – è risultato quanto segue (Tabella 27):

- il 36,5% degli hospice operativi ha dichiarato che la frequenza degli eventi formativi viene decisa all'occorrenza; in particolare 30 hospice (pari al *31,3%*) ne hanno prestabilito la periodicità, mentre 11 (pari al *11,5%*) hanno indicato una frequenza in parte decisa in base alle esigenze e in parte stabilita periodicamente;

- il 30,2% ha dichiarato che gli eventi formativi vengono organizzati per tutta l'équipe operativa congiuntamente, mentre in altri 25 hospice (pari al *26,0%*) sono organizzati corsi sia per tutta l'équipe, sia singolarmente per ogni figura professionale che la compone. I rimanenti 13 (pari al *13,5%*) hanno dichiarato di svolgere attività formative distinte per singola figura professionale;
- il 44,8% ha dichiarato di utilizzare sia docenti interni sia esterni all'hospice, mentre altri 14 hospice (pari al *14,6%*) utilizzano solo docenti interni e i restanti nove (pari al *9,4%*) hanno impiegato esclusivamente docenti esterni.

Tabella 27 - Modalità di svolgimento della formazione al personale di équipe per tipo di gestione

Modalità di svolgimento della formazione professionale		Campione hospice operativi		Tipo di gestione: Pubblica		Privata		Terzo settore		Mista	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Frequenza degli eventi formativi	Decisa all'occorrenza	35	36,5%	18	36,0%	2	28,6%	12	40,0%	3	33,3%
	Stabilita periodicamente	30	31,3%	15	30,0%	3	42,9%	8	26,7%	4	44,4%
	In parte decisa all'occorrenza, in parte stabilita periodicamente	11	11,5%	3	6,0%	0	0,0%	7	23,3%	1	11,1%
	Totale rispondenti	76	79,2%	36	72,0%	5	71,4%	27	90,0%	8	88,9%
Tipo di eventi formativi rispetto ai componenti dell'équipe	Per tutta l'équipe, congiuntamente	29	30,2%	19	38,0%	2	28,6%	6	20,0%	2	22,2%
	Per ogni figura, distintamente	13	13,5%	6	12,0%	1	14,3%	6	20,0%	0	0,0%
	Per tutta l'équipe e per ogni figura	25	26,0%	11	22,0%	1	14,3%	11	36,7%	2	22,2%
	Totale rispondenti	67	69,8%	36	72,0%	4	57,1%	23	76,7%	4	44,4%
Provenienza dei docenti	Solo interni	14	14,6%	9	18,0%	1	14,3%	2	6,7%	2	22,2%
	Solo esterni	9	9,4%	5	10,0%	0	0,0%	3	10,0%	1	11,1%
	Interni ed esterni	43	44,8%	19	38,0%	3	42,9%	18	60,0%	3	33,3%
	Totale rispondenti	66	68,8%	33	66,0%	4	57,1%	23	76,7%	6	66,7%
TOTALE RISPONDENTI (ad almeno una modalità)		**83**	**86,5%**	**42**	**84,0%**	**5**	**71,4%**	**28**	**93,3%**	**8**	**88,9%**

CAPITOLO **4**

ANALISI DEI RISULTATI PER REGIONE, SINTESI NORMATIVA E SCHEDE DEGLI HOSPICE OPERATIVI PER AZIENDA SANITARIA

Nel presente capitolo vengono illustrati i risultati della ricerca a livello regionale, in particolare per ogni regione sono riportate le seguenti informazioni corredate da commenti esplicativi:

- il **numero di hospice e di posti letto già operativi a dicembre 2006**, suddivisi per tipo di gestione (pubblica, privata, del Terzo settore, mista) e per Azienda Sanitaria;
- il **numero complessivo di hospice previsti dalla programmazione regionale**, suddivisi per l'anno in cui è prevista l'attivazione e per Azienda Sanitaria; in particolare viene indicato in numero di nuovi hospice previsti che potranno presumibilmente divenire operativi nel corso del biennio 2007-08 e dopo il 2008;
- la **sintesi del quadro normativo regionale**,[40] che comprende una descrizione delle principali caratteristiche e dello stato di attuazione del programma regionale di cure palliative, la normativa specifica in materia di autorizzazione e accreditamento degli hospice e il sistema tariffario eventualmente riconosciuto agli hospice dal Sistema Sanitario regionale.

Il paragrafo dedicato a ciascuna regione si conclude riportando le schede individuali di tutti i 105 hospice già operativi a dicembre 2006, ordinate per Azienda Sanitaria. In particolare in ogni scheda sono riportati:

- la denominazione e i dati anagrafici dell'hospice;
- alcuni dati generali (tipologia dell'hospice, tipo di gestione e anno di attivazione);
- la collocazione dell'hospice (struttura organizzativa di riferimento e sede);
- la fruizione dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 per l'esecuzione dei lavori di adeguamento strutturale o di nuova realizzazione;
- i livelli assistenziali garantiti dall'hospice (degenza, ambulatorio, day-hospice, assistenza domiciliare);
- alcuni altri indicatori di qualità assistenziale.

Di seguito, per facilitare la lettura, si riporta una scheda vuota con la legenda esplicativa di tutti i campi informativi.
Si sottolinea inoltre che, talvolta, nella sezione relativa a ogni regione sono stati inseriti alcuni aggiornamenti per l'anno 2007 di cui si è venuti a conoscenza; naturalmente questi aggiornamenti non si considerano esaustivi dell'effettivo stato di operatività degli hospice per l'anno 2007 che sarà invece descritto nella prossima edizione della pubblicazione.

40. In allegato sono riportate le abbreviazioni utilizzate per indicare i provvedimenti normativi (Capitolo 5.3.4).

Foto se disponibile

HOSPICE
(1)

Codice: (2)

REGIONE (3) – **AZIENDA SANITARIA** (4)

Dati anagrafici

Indirizzo: (5)
Telefono: (6)
Fax: (7)
E-mail: (8)
Web: (9)
Responsabilità legale: (10)
Responsabile medico: (11)
Responsabile infermieristico: (12)
Altro referente: (13)

Dati generali

Tipologia di hospice: (14)
Tipo di gestione: (15)
Lavori di costruzione/ristrutturazione ultimati nel: (16)
Anno di attivazione: (17)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una (18)
L'hospice è situato all'interno di (19)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: (20)
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: (21)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: (22)
Ambulatorio: (23)
Day-hospice: (24)
Assistenza Domiciliare Integrata: (25)
Ospedalizzazione Domiciliare: (26)

Altri indicatori di qualità

Dichiarazione sul rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: (27)
Garantito supporto al lutto dei familiari: (28)
Carta dei servizi: (29)
Certificazione ISO 9000/2000: (30)

(31)

(32)

(33)

LEGENDA ESPLICATIVA DEI CAMPI

Intestazione della scheda

(1) Denominazione esatta dell'hospice
(2) Codice identificativo dell'hospice nella classificazione interna della SICP
(3) Denominazione della Regione in cui si trova l'hospice
(4) Denominazione dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento

Dati anagrafici

(5) Via/Strada/Piazza, CAP, Comune (Provincia)
(6) Numero di telefono
(7) Numero di fax
(8) Indirizzo e-mail dell'hospice
(9) Indirizzo del sito Internet dell'hospice
(10) Responsabile legale dell'hospice ed ente di riferimento
(11) Responsabile medico
(12) Responsabile infermieristico
(13) Altro referente (per esempio *medico, referente amministrativo, coordinatore*)

Dati generali

(14) La **tipologia di hospice** può essere, in alternativa: sanitaria, socio-sanitaria o socio-assistenziale. Per hospice **sanitario** si intende una struttura pubblica o privata dove si effettuano prestazioni e/o attività sanitarie (per esempio *ospedale, presidio ospedaliero, poliambulatorio*). Per hospice **socio-sanitario** si intende una struttura in cui è necessario garantire contemporaneamente prestazioni di natura sia sanitaria sia socio-assistenziale (per esempio *una RSA a valenza sanitaria* oppure *un centro polifunzionale gestito da IPAB/ASP*). Per hospice **socio-assistenziale** si intende infine una struttura che eroga servizi prevalentemente socio-assistenziali, ma non prestazioni e cure di tipo sanitario (per esempio *le Case Protette, le Case di Riposo, le Case Alloggio* o *le RSA a bassa – o nulla – valenza sanitaria*). Per approfondimenti vedere il Glossario Essenziale.

(15) Il **tipo di gestione** indica la natura – pubblica, privata, del Terzo settore oppure mista – delle organizzazioni coinvolte nelle attività necessarie all'operatività dell'hospice. In generale, a fianco del tipo di gestione, tra parentesi, è sempre indicata nel dettaglio anche la tipologia di ente. Per la gestione pubblica sono possibili: Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB/ASP e IRCCS pubblici. Per la gestione privata: Ospedali privati e RSA private. Per il Terzo settore: Fondazioni, Enti religiosi, Associazioni, Cooperative sociali e IRCCS privati. Nel caso di gestione mista, saranno indicate due o più tipologie di enti. Per approfondimenti vedere il Glossario Essenziale.

(16) **Anno di conclusione dei lavori di costruzione/ristrutturazione**. È indicato l'anno in cui sono terminati i lavori di nuova costruzione oppure di ristrutturazione degli ambienti dell'hospice. *Questo campo è presente soltanto per gli hospice che hanno avuto lavori di costruzione/ristrutturazione indipendentemente dai finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99*.

(17) L'**anno di attivazione** esprime l'anno in cui l'hospice è divenuto operativo.

Tipo di struttura e sede

(18) È indicato se l'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative, specificando se quest'ultima è una Struttura Semplice oppure complessa. **Struttura Semplice** è una struttura organizzativa che comprende attività di una o più Unità Operative. Si tratta quindi di un'articolazione organizzativa intradipartimentale, e può essere volta a realizzare particolari funzioni assistenziali (day-hospital, ospedalizzazione domiciliare, attività ambulatoriali, ecc.) o tecniche. **Struttura Complessa** è una struttura organizzativa facente parte del Dipartimento che aggrega diverse risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario. Comprende diverse aree di attività: day-hospital, ricovero ordinario, sale operatorie, area ambulatoriale, oppure attività specializzate. L'informazione è riportata solo nei casi in cui è disponibile. Per approfondimenti vedere il Glossario Essenziale.

(19) Viene inoltre indicata l'**ubicazione dell'hospice**. Sono possibili quattro casi: in struttura dedicata e autonoma, in una struttura sanitaria (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera, Centro polifunzionale, Ospedale pubblico, Ospedale privato), socio-sanitaria (RSA) o socio-assistenziale (Casa di Riposo, RSA, Casa Alloggio).

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

(20) **Ricezione dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99**. È indicato se i finanziamenti sono stati richiesti (o se non sono stati richiesti) e se sono stati ricevuti (parzialmente, totalmente). *Questo campo è presente soltanto per gli hospice la cui realizzazione/ristrutturazione è stata finanziata ex Legge n. 39/99*.

(21) **Lavori costruzione/adeguamento strutturale**. È indicato se e quando è stata ultimata la ristrutturazione, la costruzione o l'ampliamento della struttura in virtù dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99. *Questo campo è presente soltanto per gli hospice che hanno avuto lavori di costruzione/ristrutturazione in relazione ai finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99*.

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

In generale, separatamente per ciascuno dei livelli assistenziali, è segnalato se il servizio è disponibile o meno e, in particolare, se è **autorizzato** o **accreditato**. Si ricorda che le strutture che intendono operare in ambito sanitario devono dimostrare di possedere precisi requisiti strutturali e di qualità per essere **autorizzate** a esercitare qualsiasi attività sanitaria. Attraverso l'**accreditamento** i soggetti autorizzati possono accedere ai finanziamenti dei vari Servizi Sanitari regionali, purché in possesso di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di qualità previsti dall'apposita normativa nazionale e regionale.

(22) **Degenza**. Modalità assistenziale caratterizzata dalla presa in carico del paziente in regime di ricovero. In questo caso, tra parentesi, potrà essere indicato il numero di posti letto disponibili in hospice, il numero di camere e le caratteristiche delle camere (singole o doppie, con o senza il posto letto per un familiare).

(23) **Ambulatorio**. Modalità assistenziale specialistica ambulatoriale caratterizzata, per esempio, da valutazioni multidisciplinari in équipe, da colloqui e valutazioni dello psicologo e da prestazioni specialistiche ambulatoriali.

(24) **Day-hospice**. Modalità assistenziale definibile come hospice diurno, riservato a malati che possono trascorrere alcune ore fuori casa nel corso della giornata. In questo caso, tra parentesi potrà essere indicato il numero di posti letto disponibili.

(25) **Assistenza domiciliare integrata**. Modalità assistenziale caratterizzata dal trasferimento presso il domicilio del malato delle professionalità necessarie a garantire le cure adeguate. In particolare, si connota per l'integrazione tra varie professionalità (mediche generiche e specialistiche, infermieristiche, riabilitative e sociali) facenti riferimento al medico di medicina generale.

(26) **Ospedalizzazione Domiciliare**: modalità assistenziale caratterizzata dal trasferimento presso il domicilio del malato delle professionalità necessarie a garantire le cure adeguate con elevata intensità assistenziale. In particolare si connota per la presenza di un'équipe multiprofessionale che deve assicurare continuità e pronta disponibilità 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Per approfondimenti vedere il Glossario Essenziale.

Altri indicatori di qualità

(27) **Dichiarazione sul rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000**. I requisiti possono essere rispettati o non rispettati.

(28) **Supporto al lutto dei familiari**. In questo campo è indicato se viene fornito supporto al lutto, come (con personale qualificato, con gruppi di mutuo aiuto, solo se in caso di necessità e/o su richiesta) e per quanti giorni.

(29) **Carta dei servizi**. Si rileva se l'hospice ha una carta dei servizi o se l'avrà in futuro.

(30) **Certificazione ISO 9000/2000**. Si rileva se l'hospice ha ottenuto la Certificazione ISO 9000/2000.

Indicatori di validazione dei dati

(31) Indicatore "visivo" e composito, che esprime il **grado di validazione dei dati** riportati in ciascuna delle 105 schede degli hospice operativi. In particolare:

- con un "*pallino verde*" sono stati indicati gli hospice per i quali il questionario pervenuto è stato firmato dal Responsabile legale della struttura sede dell'hospice. In questo caso, a fianco del simbolo comparirà la dicitura: "Questionario compilato in "*data*" e firmato dal "*autore della firma*". Di norma l'autore della firma è il Responsabile legale dell'hospice. Laddove non sia stato ricevuto il questionario, o quest'ultimo non sia stato firmato, il "pallino verde" non è indicato. Nel primo caso viene però citata la fonte alternativa dei dati (sito Internet dell'hospice, Ministero della Salute, altro).
- Con un "*pallino verde circoscritto da un quadrato*" sono stati evidenziati gli hospice ufficialmente **confermati dalla Regione** di riferimento. In questo caso, a fianco del simbolo comparirà la dicitura: "Hospice confermato dalla Regione".
- Con un "*pallino verde circoscritto da un cerchio*" sono stati indicati gli hospice ufficialmente **confermati dall'Azienda Sanitaria** di riferimento. In questo caso, a fianco del simbolo comparirà la dicitura: "Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria".

I simboli possono essere tutti presenti contemporaneamente o anche solo parzialmente.

(32) **Indicatore di finanziamento ministeriale ex Legge n. 39/99**

- con una "*stella gialla*" sono stati evidenziati gli **hospice la cui realizzazione è stata finanziata ex Legge n. 39/99**. Si precisa che quest'ultimo indicatore non incide sulla validazione dei dati.

(33) **Fonte di segnalazione**. In questo campo viene indicato l'Ente che per primo ha segnalato l'hospice per la composizione iniziale del database su cui è stata basata l'indagine. In particolare la fonte può essere: SICP, Regione di riferimento, Azienda Sanitaria Locale di riferimento, Ministero della Salute e Osservatorio Italiano Cure Palliative (OICP).

Si sottolinea infine che laddove il dato non è stato indicato nel questionario e/o non è stato possibile recuperare l'informazione certa da altra fonte, si è apposta la dicitura "non indicato".

ABRUZZO

Popolazione residente: 1.305.307
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Abruzzo **al 31 dicembre 2006 non risultavano hospice operativi.**

La programmazione regionale prevede per il biennio 2007-08 l'attivazione di tre nuovi hospice per un totale di 30 posti letto (Tabella 28). In particolare è in fase di ultimazione un hospice a Pescara che avrebbe dovuto iniziare l'attività entro la prima metà del 2007, mentre altri due hospice, il primo a Chieti e il secondo a Lanciano, sono attualmente in fase di realizzazione.

Si prevede inoltre la realizzazione di ulteriori quattro strutture hospice per un totale di 48 posti letto, ma tali strutture risultano attualmente in fase di progettazione e i tempi di realizzazione si protrarranno verosimilmente oltre l'anno 2008.

Da sottolineare che i sette hospice programmati – che potrebbero portare in futuro l'Abruzzo ad avere una disponibilità di 78 posti letto, pari a 0,60 posti letto ogni 10.000 residenti – risultano tutti finanziati ex Legge n. 39/99 e, in base alle informazioni attualmente disponibili, dovrebbero avere una gestione totalmente pubblica.

Tabella 28 – Abruzzo: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASL DI AVEZZANO-SULMONA	1	10					1	10	200.692	0,5
ASL DI CHIETI	2	28			1	10	1	18	176.248	1,59
ASL DI LANCIANO-VASTO	1	10			1	10			215.222	0,46
ASL DI L'AQUILA	1	10					1	10	104.409	0,96
ASL DI PESCARA	1	10			1	10			309.947	0,32
ASL DI TERAMO	1	10					1	10	298.789	0,33
TOTALE	**7**	**78**	**0**	**0**	**3**	**30**	**4**	**48**	**1.305.307**	**0,6**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Già con la **DGR n. 1227 del 27 settembre 2000** la Regione Abruzzo aveva cominciato a definire un proprio "Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", nell'ambito del quale erano stati specificati e approvati una serie di progetti preliminari di strutture residenziali finanziate dalla Legge n. 39/99 e una prima ipotesi di rete territoriale.

In particolare, per quanto riguarda la rete regionale delle cure palliative, nel **Piano Sanitario Regionale del 1999-2001** la Regione Abruzzo esplicitava l'intenzione di "*attivare un polo di eccellenza finalizzato all'assistenza e allo studio delle problematiche dell'invecchiamento, nonché a una attività di cure palliative rivolta ai pazienti terminali (hospice)*".

Successivamente, la **DGR n. 191 del 12 aprile 2002** ha provveduto a finalizzare anche la seconda *tranche* dei finanziamenti ministeriali, nonché ad approvare le linee guida per la realizzazione della rete territoriale.

Più recentemente, nel documento "**Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007-09**" viene ribadito l'impegno della Regione a "effettuare uno sviluppo tempestivo della rete degli hospice", mediante una serie di azioni:

- ridefinizione del piano regionale degli hospice;
- completamento e attivazione degli hospice in fase di realizzazione;
- avvio del piano regionale degli hospice;
- promozione e sviluppo delle terapie del dolore.

Nel febbraio 2007 la Giunta regionale ha inoltre varato un disegno di legge, composto di 13 articoli, destinato a mettere ordine nell'intero sistema degli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private; tuttavia non vi sono informazioni se in tale disegno di legge sono previste disposizioni specifiche per quanto riguarda i criteri minimi per l'autorizzazione e per l'accreditamento delle strutture residenziali di cure palliative, i livelli assistenziali richiesti e le tariffe riconosciute.

BASILICATA

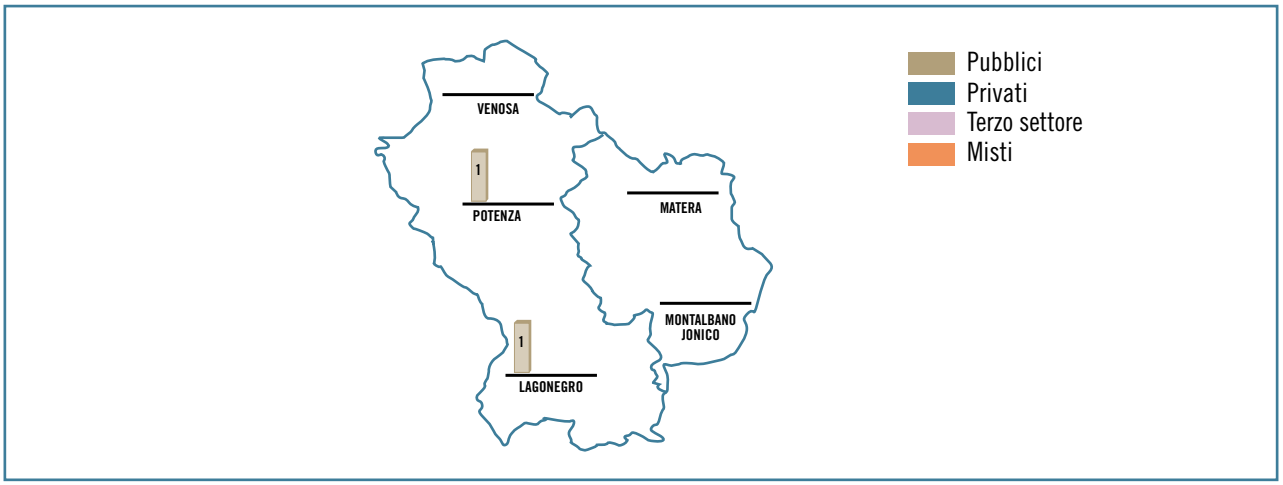
Popolazione residente: 594.086
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Basilicata **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice per 16 posti letto (0,27 posti letto ogni 10.000 residenti)**, entrambi a gestione pubblica (Figura 16 e Tabella 29). Solo uno di questi hospice ha usufruito dei finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Per il biennio 2007-08 (Tabella 30) la Regione ha confermato l'attivazione di altri due hospice per 16 posti letto, anch'essi presumibilmente a gestione pubblica, i quali sono già in fase di ultimazione grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99 e dovrebbero diventare operativi nel 2007.

Risultano inoltre programmati altri due hospice pubblici finanziati ex Legge n. 39/99, il primo a Viggiano (originariamente a Villa d'Agri, PZ) e il secondo a Matera, per ulteriori 20 posti letto ma, in base alle informazioni disponibili, questi hospice diventeranno operativi solo dopo il 2008.

Figura 16 – Basilicata: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007
Nei primi mesi del 2007 è diventato operativo anche l'hospice di Montalbano Jonico. Si tratta di un hospice a gestione pubblica dell'AUSL 5 di Montalbano Jonico, con 8 posti letto.

Tabella 29 – Basilicata: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
AUSL 1 DI VENOSA	0	0									97.386	-
AUSL 2 DI POTENZA	1	12	1	12							216.377	0,55
AUSL 3 DI LAGONEGRO	1	4	1	4							76.305	0,52
AUSL 4 DI MATERA	0	0									123.221	-
AUSL 5 DI MONTALBANO J.	0	0									80.797	-
TOTALE	**2**	**16**	**2**	**16**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**594.086**	**0,27**

Tabella 30 – Basilicata: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
AUSL 1 DI VENOSA	1	8			1	8			97.386	0,82
AUSL 2 DI POTENZA	2	22	1	12			1	10	216.377	1,02
AUSL 3 DI LAGONEGRO	1	4	1	4					76.305	0,52
AUSL 4 DI MATERA	1	10					1	10	123.221	0,81
AUSL 5 DI MONTALBANO J. (*)	1	8			1	8			80.797	0,99
TOTALE	**6**	**52**	**2**	**16**	**2**	**16**	**2**	**20**	**594.086**	**0,88**

(*) Attivato nei primi mesi del 2007 l'hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Stigliano (vedi Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Per quanto riguarda *l'assistenza ai pazienti in fase critica e terminale*, già con la **DGR n. 196 del 7 febbraio 2000** la Regione Basilicata aveva individuato nel servizio di *Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) il proprio fulcro operativo, assegnando alle *Unità di Valutazione* (UV) istituite presso i Distretti delle Aziende Sanitarie,[41] un ruolo determinante nell'ambito della rete assistenziale.

Successivamente, con riferimento alla programmazione della rete di cure palliative, la Regione Basilicata ha approvato la **DGR n. 2077 del 25 settembre 2000** "*Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali*", allineandosi alla normativa nazionale (Legge n. 39/99). Nel nuovo quadro di riferimento, le UV vedono rafforzarsi ed estendere il proprio ruolo

41. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste nell'insieme combinato di prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario erogate al domicilio di anziani non autosufficienti, sulla base dei programmi assistenziali personalizzati indicati dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG). L'UVG valuta i bisogni socio-sanitari dell'anziano non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza ed è composta da: a) un medico geriatra o, in sua mancanza, altro medico; b) un infermiere professionale o assistente sanitario; c) un assistente sociale; d) un terapista della riabilitazione. Al fine di predisporre il programma assistenziale personalizzato con il coinvolgimento della famiglia, l'UVG si raccorda con il medico di famiglia della persona anziana.
Per approfondimenti sulle Unità di Valutazione si veda il Piano Sanitario Regionale 1997-99 della Regione Basilicata e la Legge Regionale n. 25 del 19 maggio 1997 – Riordino del Sistema socio-assistenziale.

anche nell'ambito delle cure palliative in strutture residenziali, all'interno di un *modello a rete calibrato sulle singole Aziende Sanitarie Locali*, al fine di garantire al meglio la continuità assistenziale dei pazienti.

Più in generale, la Basilicata appare orientata verso un modello assistenziale principalmente centrato sulla gestione pubblica, in un contesto programmatico che vede come priorità lo sviluppo della rete sanitaria ospedaliera e la diffusione dei servizi territoriali (rif. **Piano Sanitario Regionale 1997-99, Piano Regionale Socio-Assistenziale 2000-02** e il più recente **Schema di Piano Regionale della salute e dei servizi alla persona 2007-09**).

Recentemente, con la **DGR n. 2753 del 30 dicembre 2005** la Regione ha approvato il "*Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private*" e con la **DGR n. 1598 del 31 ottobre 2006** ha approvato il "*Procedimento Amministrativo per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della Regione Basilicata*", esplicitando la volontà di mettere ordine nel sistema degli accreditamenti "temporanei" e "provvisori" previsti dalla normativa precedente. Non sono stati rilevati criteri specifici che riguardano l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice.

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE – AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO

Codice: 1

BASILICATA – AUSL 2 DI POTENZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Potito Petrone – 85100 Potenza (PZ)
Telefono: 0971-612300
Fax: 0971-612326
E-mail: hospice@ospedalesancarlo.it
Web: http://www.ospedalesancarlo.it/dotnetnuke/Unit%c3%a0Operative/TerapiadelDoloreeCurePalliativeHospice/tabid/333/Default.aspx
Responsabilità legale: Michele Cannizzaro (Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo)
Responsabile medico: Marcello Ricciuti
Responsabile infermieristico: Angela De Filippis
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della Carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 22/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE – AUSL 3 LAGONEGRO

Codice: 216

BASILICATA – AUSL 3 DI LAGONEGRO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via XXV Aprile – 85044 Lauria (PZ)
Telefono: 0973-621801
Fax: 0973-621478
E-mail: non indicato
Web: non indicato
Responsabilità legale: Mario Marra (AUSL 3 di Lagonegro)
Responsabile medico: Giuseppe Magno
Responsabile infermieristico: Luca Fazzeri
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (4 posti letto)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 12/10/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla Regione

CALABRIA

Popolazione residente: 2.004.415
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Calabria **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice per 18 posti letto (0,09 posti letto ogni 10.000 residenti)**, di cui un hospice totalmente pubblico e uno a gestione mista (Figura 17 e Tabella 31). Entrambi gli hospice hanno usufruito dei finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Entro la fine del 2008 (Tabella 32) l'attuale disponibilità potrebbe essere integrata con l'attivazione di altri due hospice per un totale di 22 posti letto, confermati dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie Locali di Cosenza e di Palmi, entrambi finanziati ex Legge n. 39/99. Per gli anni successivi al 2008 risultano inoltre previsti altri cinque hospice pubblici per 52 posti letto (tre di queste strutture risultano presenti nell'elenco dei progetti finanziati ex Legge n. 39/99 riportato sul sito del Ministero).

Figura 17 – Calabria: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

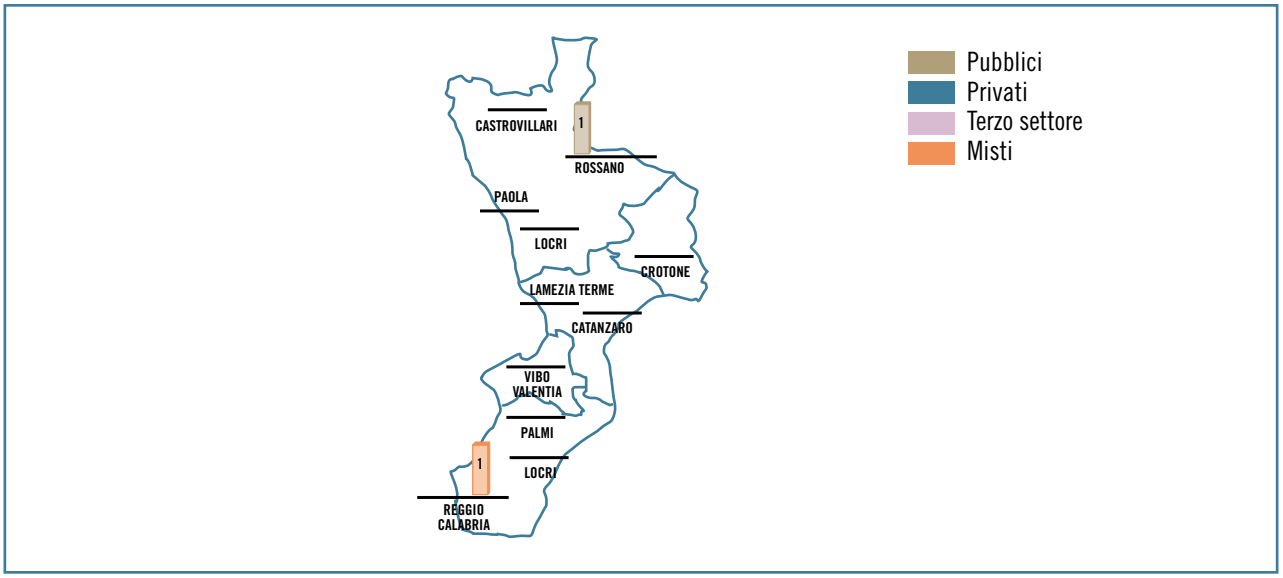


Tabella 31 – Calabria: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
ASL 1 DI PAOLA	0	0									138.796	-
ASL 2 DI CASTROVILLARI	0	0									104.964	-
ASL 3 DI ROSSANO	1	7	1	7							176.097	0,4
ASL 4 DI COSENZA	0	0									292.159	-
ASL 5 DI CROTONE	0	0									191.249	-
ASL 6 DI LAMEZIA TERME	0	0									126.448	-
ASL 7 DI CATANZARO	0	0									240.680	-
ASL 8 DI VIBO VALENTIA	0	0									168.481	-
ASL 9 DI LOCRI	0	0									134.611	-
ASL 10 DI PALMI	0	0									157.528	-
ASL 11 DI REGGIO C.	1	11							1	11	273.402	0,4
TOTALE	**2**	**18**	**1**	**7**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**11**	**2.004.415**	**0,09**

Tabella 32 – Calabria: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 DI PAOLA	0	0							138.796	-
ASL 2 DI CASTROVILLARI	0	0							104.964	-
ASL 3 DI ROSSANO	1	7	1	7					176.097	0,40
ASL 4 DI COSENZA	1	10			1	10			292.159	0,34
ASL 5 DI CROTONE	2	12					2	12	191.249	0,63
ASL 6 DI LAMEZIA TERME	0	0							126.448	-
ASL 7 DI CATANZARO	1	10					1	10	240.680	0,42
ASL 8 DI VIBO VALENTIA	1	12					1	12	168.481	0,71
ASL 9 DI LOCRI	1	18					1	18	134.611	1,34
ASL 10 DI PALMI	1	12			1	12			157.528	0,76
ASL 11 DI REGGIO C.	1	11	1	11					273.402	0,40
TOTALE	**9**	**92**	**2**	**18**	**2**	**22**	**5**	**52**	**2.004.415**	**0,46**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Con la **DGR n. 466 del 7 agosto 2000** la Regione Calabria ha approvato il "*Programma regionale per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative (Hospice) all'interno della rete di assistenza ai malati terminali*" con annessi i "*requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi*".

L'obiettivo della Regione di voler portare a compimento le strutture residenziali finanziate ex Legge n. 39/99 è in particolare allineato con la necessità di poter disporre di strutture dove "*assistere i pazienti in fase critica che per diverse motivazioni non possono essere seguiti in regime domiciliare e per i quali il ricovero ospedaliero risulta non necessario e inadeguato alle loro esigenze*" (rif. **Piano Sanitario Regionale 2004-06**).

Più recentemente, la **DGR n. 320 del 2 maggio 2006** ha previsto la "*attivazione della rete dei servizi per i malati terminali (Cure palliative)*" tramite la quale la Regione intende *consolidare il sistema di assistenza integrato e articolato tra ospedali, hospice e assistenza domiciliare*, al fine di aumentare la speranza e la qualità di vita dei malati terminali.

Il modello organizzativo a cui la Regione si ispira nell'ambito delle cure palliative prevede infatti *l'attivazione e il coordinamento di tutte le risorse intra ed extraospedaliere, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e il Terzo settore* secondo i principi di prossimità e sussidiarietà previsti dalla Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

HOSPICE SAN GIUSEPPE MOSCATI
ASL 3 ROSSANO

Codice: 99

CALABRIA – ASL 3 DI ROSSANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ponte Nuovo – 87011 Cassano allo Jonio (CS)
Telefono: 0981-780341
Fax: 0981-780318
E-mail: hospicecassano@libero.it
Web: –
Responsabilità legale: Giuseppe Carbone (ASL 3 di Rossano)
Responsabile medico: Luigi Spadafora
Responsabile infermieristico: –
Altro referente: Quintino Papasidero (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole senza posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/10/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VIA DELLE STELLE
ASL 11 REGGIO CALABRIA

Codice: 190

CALABRIA –– ASL 11 DI REGGIO CALABRIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via delle Camelie, San Sperato – 89100 Reggio Calabria (RC)
Telefono: 0965-331563/683601/683602
Fax: 0965-683603
E-mail: legalottatumori@virgilio.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Renato Caruso (ASL 11 di Reggio Calabria)
Responsabile medico: Filippo Rodà
Responsabile infermieristico: Stefano Catalano
Altro referente: Paola Serranò (Responsabile Unità Cure palliative)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria, Cooperativa sociale e Organizzazione di Volontariato)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (11 posti letto in 11 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare Integrata: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 30 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 11/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dal Ministero della Salute

CAMPANIA

Popolazione residente: 5.790.929
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Campania **al 31 dicembre 2006 non risultavano hospice operativi.**

Nell'ambito della programmazione regionale è comunque prevista l'attivazione di 10 hospice per un totale di 100 posti letto (Tabella 33), dei quali cinque hospice pubblici per 47 posti letto dovrebbero presumibilmente diventare operativi nel corso del biennio 2007-08, mentre altri cinque hospice a gestione pubblica, per 27 posti letto, diventeranno operativi presumibilmente dopo il 2008.

Tabella 33 – Campania: hospice e posti letto già operativi e previsti, per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASL AVELLINO 1	0	0							161.461	-
ASL AVELLINO 2	1	12					1	12	275.953	0,43
ASL BENEVENTO 1	1	6					1	6	289.201	0,21
ASL CASERTA 1	1	10			1	10			406.611	0,25
ASL CASERTA 2	0	0							480.147	-
ASL NAPOLI 1	2	20			1	9	1	11	984.242	0,20
ASL NAPOLI 2	1	8			1	8			536.714	0,15
ASL NAPOLI 3	1	12					1	12	383.333	0,31
ASL NAPOLI 4	0	0							559.249	-
ASL NAPOLI 5	0	0							623.084	-
ASL SALERNO 1	0	0							365.995	-
ASL SALERNO 2 (*)	2	22			1	10	1	12	459.374	0,48
ASL SALERNO 3	1	10			1	10			265.565	0,38
TOTALE	**10**	**100**	**0**	**0**	**5**	**47**	**5**	**53**	**5.790.929**	**0,17**

Attivato nel 2007 l'hospice "Il Giardino dei Girasoli" di Eboli (vedi Allegato 5.1).

Dei 10 hospice previsti, nove hanno ricevuto i finanziamenti ministeriali previsti dalla Legge n. 39/99 e sono in fase di realizzazione o di progettazione.

Aggiornamenti 2007
Nel mese di maggio 2007 è stato inaugurato l'Hospice "Il Giardino dei Girasoli" di Eboli. Si tratta di un hospice a gestione pubblica dell'ASL di Salerno 2, con 10 posti letto.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La Regione Campania è prevalentemente orientata verso la *scelta di collocare gli hospice all'interno della rete sanitaria ospedaliera* (Unità Operative di Terapia del Dolore e Cure Palliative – UOTDCP).
Per quanto riguarda l'allineamento della Regione rispetto alla Legge n. 39/99, già con la **DGR n. 4408 del 26 settembre 2001** la Regione aveva approvato il "*Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali*", successivamente integrato dalla **DGR n. 2750 del 14 giugno 2002** "*Integrazione al Programma regionale concernente la rete di assistenza ai malati terminali approvato con DGR n. 4408 del 26 settembre 2001 – L. n. 39/99 e DM 5 settembre 2001*".

Il processo di definizione della rete territoriale delle cure palliative viene delineato nella **DGR n. 3329 del 21 novembre 2003**, con la quale la Regione ha approvato le "*Linee guida per l'attivazione della rete integrata di assistenza ai malati terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposto alle cure palliative*". In particolare si prevede l'istituzione del Coordinamento Regionale di Assistenza per il Malato Terminale (CRAMT), tra i cui compiti citiamo i seguenti:

- *organizzazione e monitoraggio dei servizi sul territorio*;
- emanazione di indirizzi per la promozione di forme di *collaborazione tra le strutture preposte, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale e le organizzazioni di volontariato* operanti nel settore specifico delle cure palliative;
- *monitoraggio e controllo della qualità delle prestazioni erogate*;
- definizione dei *criteri di accesso agli hospice*.

Il CRAMT ha inoltre il compito di valutare e accettare i progetti preliminari proposti dalle Aziende Sanitarie Locali e finalizzati alla realizzazione funzionale della rete territoriale, nei quali deve essere esplicitata anche la composizione della "*équipe di terapia del dolore e cure palliative*" presente nelle UOTDCP, che sia in grado di assicurare la necessaria continuità terapeutica, integrando tutti i livelli assistenziali di tipo ambulatoriale, domiciliare, diurno (day-hospice) e residenziale (hospice) disponibili sul territorio.

Considerando infine le procedure di autorizzazione e accreditamento, si rileva che:

- in attuazione della **DGR n. 6418 del 23 novembre 2001**, la Regione ha elaborato un documento tecnico nel quale sono definiti i *requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture residenziali per cure palliative (pubbliche e private) e all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio sanitarie presso tali strutture*;
- viceversa, non sono state reperite normative specifiche per quanto riguarda l'accreditamento degli hospice.

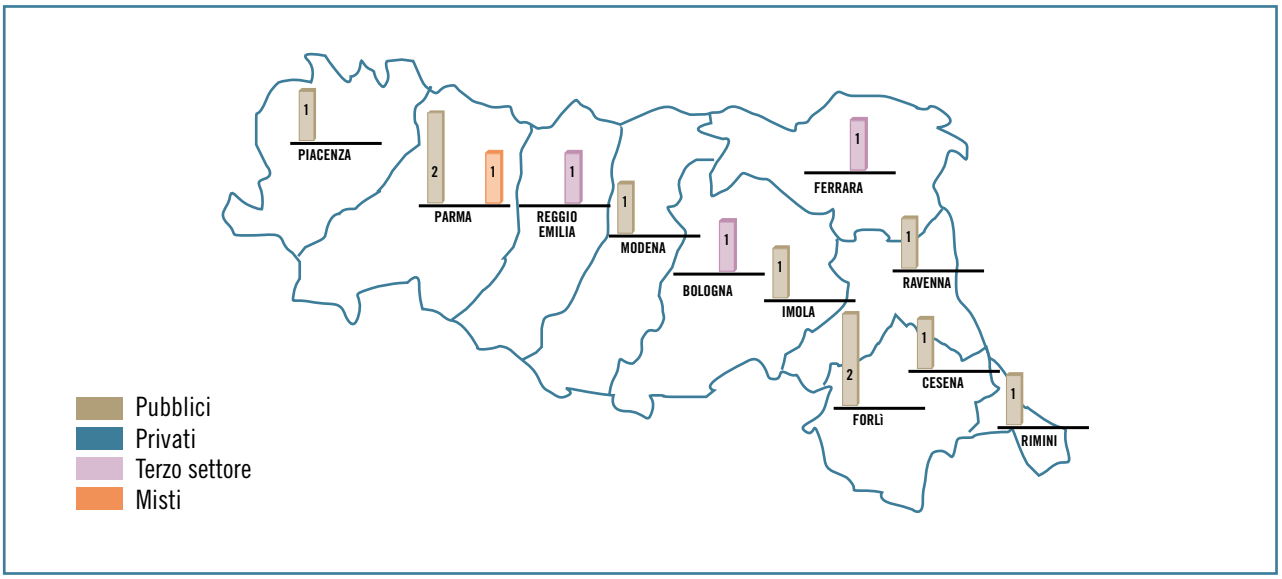
EMILIA ROMAGNA

Popolazione residente: 4.187.557
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Emilia Romagna **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi 14 hospice**, di cui 10 a gestione pubblica, tre gestiti da organizzazioni del Terzo settore e uno a gestione mista (Figura 18 e Tabella 34). In particolare 10 di questi hospice hanno usufruito dei finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Complessivamente le 14 strutture operative garantiscono **172 posti letto in hospice (pari a 0,41 posti letto per ogni 10.000 residenti)**, coprendo quindi più della metà dei posti letto previsti nell'ambito della programmazione regionale.

Figura 18 – Emilia Romagna: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007
Nei primi mesi del 2007 è diventato operativo anche l'hospice dell'Ospedale Bellaria. Si tratta di un hospice a gestione mista tra l'AUSL di Bologna e la Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli, con 13 posti letto. Inoltre anche l'hospice di Codigoro, la cui struttura è stata inaugurata nel febbraio 2006, diventerà operativo nel 2007.

Tabella 34 – Emilia Romagna: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
AUSL DI BOLOGNA	1	30					1	30			824.813	0,36
AUSL DI CESENA	1	14	1	14							195.699	0,72
AUSL DI FERRARA	1	12					1	12			351.452	0,34
AUSL DI FORLÌ	2	19	2	19							178.979	1,06
AUSL DI IMOLA	1	12	1	12							125.012	0,96
AUSL DI MODENA	1	10	1	10							665.367	0,15
AUSL DI PARMA	3	35	2	20					1	15	416.803	0,84
AUSL DI PIACENZA	1	10	1	10							275.861	0,36
AUSL DI RAVENNA	1	8	1	8							369.427	0,22
AUSL DI REGGIO EMILIA	1	12					1	12			494.212	0,24
AUSL DI RIMINI	1	10	1	10							289.932	0,34
TOTALE	**14**	**172**	**10**	**103**	**0**	**0**	**3**	**54**	**1**	**15**	**4.187.557**	**0,41**

La Regione ha inoltre confermato che nel corso del biennio 2007-08 dovrebbero essere attivati altri 11 hospice per un totale di 128 posti letto, tutti finanziati ex Legge n. 39/99 (a eccezione dell'hospice di Piacenza). In particolare saranno presumibilmente avviati sette hospice pubblici, tre a gestione mista pubblico-privato e uno gestito da un'organizzazione del Terzo settore (Tabella 35).

Tabella 35 – Emilia Romagna: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
AUSL DI BOLOGNA (*)	3	58	1	30	2	28			824.813	0,70
AUSL DI CESENA	1	14	1	14					195.699	0,72
AUSL DI FERRARA	3	35	1	12	2	23			351.452	1,00
AUSL DI FORLÌ	2	19	2	19					178.979	1,06
AUSL DI IMOLA	1	12	1	12					125.012	0,96
AUSL DI MODENA (**)	2	20	1	10	1	10			665.367	0,30
AUSL DI PARMA	4	43	3	35	1	8			416.803	1,03
AUSL DI PIACENZA	2	25	1	10	1	15			275.861	0,91
AUSL DI RAVENNA	3	28	1	8	2	20			369.427	0,76
AUSL DI REGGIO EMILIA	2	26	1	12	1	14			494.212	0,53
AUSL DI RIMINI	2	20	1	10	1	10			289.932	0,69
TOTALE	**25**	**300**	**14**	**172**	**11**	**128**	**0**	**0**	**4.187.557**	**0,72**

(*) Attivato nel 2007 l'hospice c/o Ospedale Bellaria (vedi Allegato 5.1).
(**) Con riferimento all'AUSL di Modena, il Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative – Piano Sanitario Regionale 1999-2001 – prevedeva originariamente sei hospice per un totale di 68 posti letto.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La Regione Emilia Romagna ha stabilito il proprio **"Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative" (DGR n. 456 dell'1 marzo 2000)**, definendolo nell'ambito del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. In particolare viene specificata la necessità di qualificare e integrare i percorsi assistenziali di cure palliative, *modulando l'intensità dell'assistenza* (residenziale, ospedaliera, domiciliare) nel rispetto delle esigenze del malato e della famiglia, garantendo la *continuità assistenziale* e valorizzando la forte esperienza maturata nell'ambito *dell'assistenza domiciliare integrata*.

Per quanto riguarda *l'assistenza residenziale*, l'Emilia Romagna ha definito due tipi di hospice, che possono essere *pubblici o privati*:

- l'*Hospice Ospedaliero*, gestito dalla Unità di Cure Palliative (UCP), che garantisce prevalentemente assistenza a elevata complessità clinico-sanitaria;
- l'*Hospice Territoriale*, gestito a livello di Distretto, che garantisce prevalentemente assistenza di minore complessità clinica, comunque non gestibile a domicilio.

Con la **DGR n. 1602 del 29 settembre 2000** la Regione ha definito le strutture residenziali (hospice) previste dai piani attuativi delle Aziende Sanitarie Locali, al fine di allocare le risorse finanziare ricevute dal Ministero della Salute grazie alla Legge n. 39/99. Successivamente con la **DGR n. 2231 del 29 ottobre 2001** i finanziamenti sono stati concessi alle Aziende Sanitarie Locali, mentre con le **DGR n. 591 del 2002 e DGR n. 2134 del 3 novembre 2003** sono state apportate alcune integrazioni e aggiornamenti ai progetti degli hospice che la Regione intendeva finanziare.

La Regione Emilia Romagna ha previsto una normativa specifica per *l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali di cure palliative – hospice*, in particolare la **DGR n. 327 del 23 febbraio 2004** "*Applicazione della LR n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale*". In sintesi la Delibera contiene:

- un'ulteriore specificazione dei *requisiti minimi per l'autorizzazione degli hospice* (requisiti definiti a livello nazionale dal DPCM del 20 gennaio 2000), ovvero dei requisiti che devono essere rispettati per poter svolgere l'attività di hospice;
- la specificazione dei *requisiti per l'accreditamento degli hospice*, ovvero dei requisiti che gli hospice autorizzati sono tenuti a rispettare per accedere alla *tariffa riconosciuta dalla Regione per ogni giornata di degenza* (tariffa di 175,6 euro stabilita per la prima volta dalla **DGR n. 589 del 14 aprile 2002** e successivamente aggiornata a *188 euro giornaliere*). In particolare il mantenimento dell'accreditamento regionale avviene mediante la verifica periodica dei requisiti stessi;
- la revoca di alcuni importanti provvedimenti regionali precedenti, quali la **DGR n. 1716 del 17 ottobre 2000** "*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle strutture residenziali di cure palliative – hospice*" e la **DGR n. 125 dell'8 febbraio 1999** "*Primi provvedimenti applicativi della LR n. 34 del 12 ottobre 1998*".

A differenza di quanto avviene in Lombardia e in Lazio, la normativa in vigore nella Regione Emilia Romagna non riconosce formalmente il livello assistenziale "day-hospice" né una tariffa aggiuntiva per l'accompagnatore.

HOSPICE
MARIATERESA CHIANTORE SERÀGNOLI

Codice: 64

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI BOLOGNA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Marconi, 43 – 40010 Bentivoglio (BO)
Telefono: 051-8909611
Fax: 051-8909647
E-mail: info@hospiceseragnoli.it
Web: http://www.hospiceseragnoli.it
Responsabilità legale: Giancarlo De Martis
(Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli)
Responsabile medico: Danila Valenti
Responsabile infermieristico: Catia Franceschini
Altro referente: Rosanna Favato (Direttore generale)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (30 posti letto in 27 camere, di cui 3 doppie e 24 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/11/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o IL PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA COLOMBA DI SAVIGNANO SUL RUBICONE – AUSL CESENA

Codice: 67

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI CESENA

Dati anagrafici

Indirizzo: Corso Perticari, 119 – 47039 Savignano sul Rubicone (FC)
Telefono: 0541-809952/53/54
Fax: 0541-809950
E-mail: hospice.savig@ausl-cesena.emr.it
Web: http://www.ausl-cesena.emr.it/auslhtml/Hospice/default.htm
Responsabilità legale: Maria Basenghi (AUSL di Cesena)
Responsabile medico: Paola Turci
Responsabile infermieristico: Rita Sambi
Altro referente: Cristina Pittureri (medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 12 camere, di cui 2 doppie e 10 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 50 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 19/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CASA DELLA SOLIDARIETÀ ASSOCIAZIONE A.D.O.

Codice: 65

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI FERRARA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Veneziani, 54 – 44100 Ferrara (FE)
Telefono: 0532-977672
Fax: 0532-977531
E-mail: adonlus@libero.it; segreteria@adoferrara.it
Web: http://www.adoferrara.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Daniela Furiani (Assistenza Domiciliare Oncologica ADO)
Responsabile medico: Stefano Giordani
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: Terzo settore (Associazione)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 12 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza Domiciliare Integrata: non indicato
Ospedalizzazione Domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a dicembre 2006 e reperiti sul sito Internet dell'Hospice e della Regione
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VALERIO GRASSI DI FORLIMPOPOLI AUSL FORLÌ

Codice: 66

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI FORLÌ

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Duca D'Aosta, 33 – 47034 Forlimpopoli (FC)
Telefono: 0543-733332
Fax: 0543-733344
E-mail: hospice@ausl.fo.it
Web: http://www.ausl.fo.it/Default.aspx?tabid=%09%09%09%09748
Responsabilità legale: Claudio Mazzoni (AUSL di Forlì)
Responsabile medico: Marco Cesare Maltoni
Responsabile infermieristico: Maria Teresa Rinieri
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (11 posti letto in 9 camere, di cui 2 doppie e 7 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE TERRITORIALE DI DOVADOLA AUSL FORLÌ – IPAB "OPERA PIA ZAULI"

Codice: 77

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI FORLÌ

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazzale Ss. Annunziata, 6 – 47013 Dovadola (FC)
Telefono: 0543-934607
Fax: 0543-934399
E-mail: hospice@ausl.fo.it; operapia.gzauli@tin.it
Web: http://www.ausl.fo.it/Servizio/CercaPersone/tabid/651/Default.aspx?codiceluogo=28522&codiceprestazione=2267
Responsabilità legale: Riziero Casadei
(IPAB Opera Pia Spedale G. Zauli da Montepolo)
Responsabile medico: Marco Cesare Maltoni
Responsabile infermieristico: Maria Teresa Rinieri
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (Centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
Non è disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE – AUSL IMOLA

Codice: 75

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI IMOLA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Oriani, 1 – 40024 Castel San Pietro Terme (BO)
Telefono: 051-6955330
Fax: 051-6955339
E-mail: caposala.hospice@ausl.imola.bo.it; onco.imola@ausl.imola.bo.it
Web: http://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/ L/IT/IDPagina/439
Responsabilità legale: Mario Tubertini (AUSL di Imola)
Responsabile medico: Alceste Masina
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: non indicato

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 12 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza Domiciliare Integrata: non indicato
Ospedalizzazione Domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a dicembre 2006 e reperiti sul sito Internet dell'Hospice e della Regione
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO ONCOLOGICO AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO DI MODENA

Codice: 69

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI MODENA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via del Pozzo, 71 – 41100 Modena (MO)
Telefono: 059-4223246
Fax: 059-4223258
E-mail: piccinini.lino@unimore.it; mariapagano6@libero.it
Web: http://www.policlinico.mo.it/dipartimenti/dipartimento4.asp
Responsabilità legale: Stefano Cencetti
(Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena)
Responsabile medico: Lino Piccinini
Responsabile infermieristico: Roberta Zanin
Altro referente: Daniele Dini (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2001

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 7 camere, di cui 3 doppie e 4 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 10 giorni
Non è disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 16/10/2006 e firmato dal Direttore di Dipartimento
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE LA VALLE DEL SOLE
AUSL PARMA

Codice: 73

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Benefattori, 12 – 43043 Borgo Val di Taro (PR)
Telefono: 0525-970393/94
Fax: 0525-970384
E-mail: gidelnevo@ausl.pr.it
Web: http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3939&ID=83504
Responsabilità legale: Maria Lazzarato (AUSL di Parma)
Responsabile medico: Giuseppina Frattini
Responsabile infermieristico: Giuseppina Delnevo
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2004

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 5 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO DI CURE PALLIATIVE AUSL PARMA

Codice: 72

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Don Trincati, 5 – 43036 Fidenza (PR)
Telefono: 0524-534369
Fax: 0524-532307
E-mail: ccp.fidenza@auroracoop.it
Web: http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3939&ID=83262
Responsabilità legale: Maria Rosa Salati
(AUSL di Parma – Distretto di Fidenza)
Responsabile medico: Francesco Ghisoni
Responsabile infermieristico: Maria Grazia Manghi
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria e Cooperativa sociale)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2004
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-assistenziale (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 13 camere, di cui 2 doppie e 11 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 2 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 27/09/2006 e firmato dal Direttore Sanitario
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO CURE PROGRESSIVE "PIETRO CORUZZI" – AUSL PARMA IPAB CASA PROTETTA VAL PARMA

Codice: 74

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via S. Allende, 2 – 43013 Langhirano (PR))
Telefono: 0521-865303/5118
Fax: 0521-858102
E-mail: centrocureprogressive@ausl.pr.it; mdardani@ausl.pr.it
Web: http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3939&ID=83542
Responsabilità legale: Maria Lazzarato (AUSL di Parma)
Responsabile medico: Mariangela Dardani
Responsabile infermieristico: Paola Affanni
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (Centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole di cui 4 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 14/12/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE TERRITORIALE DI BORGONOVO "UNA CASA PER LE CURE PALLIATIVE" AUSL PIACENZA – IPAB ENRICO ANDREOLI

Codice: 76

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI PIACENZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Pianello, 100 – 29011 Borgonovo Val Tidone (PC)
Telefono: 0523-865600
Fax: 0523-864295
E-mail: istituto.andreoli@libero.it
Web: http://www.ausl.pc.it/rete_cure_palliative/#
Responsabilità legale: Alessandro Fiorani
(IPAB Istituto Enrico Andreoli)
Responsabile medico: Marcella Saccò
Responsabile infermieristico: Nicoletta Crosignani
Altro referente: Itala Orlando (Responsabile progetto)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IPAB)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (Centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 3 giorni
È prevista l'adozione della Carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 18/10/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SAN DOMENICO
CASA PROTETTA SASSOLI

Codice: 68

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI RAVENNA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Emaldi, 23/2 – 48022 Lugo (RA)
Telefono: 0545-31036
Fax: 0545-288777
E-mail: sandomenicolugo@virgilio.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giuseppe Camanzi
(IPAB Casa Protetta Sassoli)
Responsabile medico: Luigi Montanari
Responsabile infermieristico: Mery Guerrini
Altro referente: Chiara Poggiolini (Coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 6 camere,
di cui 2 doppie e 4 singole, 2 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 14 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/07/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

CASA MADONNA DELL'ULIVETO

Codice: 70

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI REGGIO EMILIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Oliveto, 37 – 42020 Montericco di Albinea (RE)
Telefono: 0522-597718
Fax: 0522-597726
E-mail: info@madonna-uliveto.org
Web: http://www.madonna-uliveto.org
Responsabilità legale: Maria Grazia Solimè
(Cooperativa Sociale Madonna dell'Uliveto scarl)
Responsabile medico: Renato Pisi
Responsabile infermieristico: Annamaria Marzi
Altro referente: Antonio Manni (consulente medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 2 giorni
È disponibile la Carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/09/2006 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ DI TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE DI RIMINI – AUSL RIMINI

Codice: 71

EMILIA ROMAGNA – AUSL DI RIMINI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ovidio, 5 – 47900 Rimini (RN)
Telefono: 0541-705250/255
Fax: 0541-705686
E-mail: wraffaeli@auslrn.net
Web: non indicato
Responsabilità legale: Marcello Tonini (ASL di Rimini)
Responsabile medico: William Raffaeli
Responsabile infermieristico: Giuseppe Ricci
Altro referente: Cristina Monterubbianesi (Responsabile dell'Hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: non indicato

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 9 camere, di cui 1 doppia e 8 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: sì
Day-hospice: servizio autorizzato
Assistenza Domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 60 giorni
Non è disponibile la Carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 30/03/2007 e firmato dal Responsabile Legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

FRIULI VENEZIA GIULIA

Popolazione residente: 1.208.278
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Friuli Venezia Giulia **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice**, di cui uno privato e uno gestito da un'organizzazione del Terzo settore (Figura 19 e Tabella 36). Nel complesso le due strutture operative garantiscono **32 posti letto, pari a 0,26 posti letto per ogni 10.000 residenti**.

La Regione ha inoltre confermato che entro la fine del 2008 saranno verosimilmente attivati altri due hospice pubblici con 10 posti letto ciascuno (Tabella 37), che attualmente risultano entrambi in fase di realizzazione grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Nell'ambito della programmazione regionale per il periodo successivo al 2008, sono infine previsti altri due hospice per 25 posti letto, uno pubblico e uno gestito da una Fondazione, entrambi confermati dalla Regione e finanziati ex Legge n. 39/99.

Figura 19 – Friuli Venezia Giulia: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

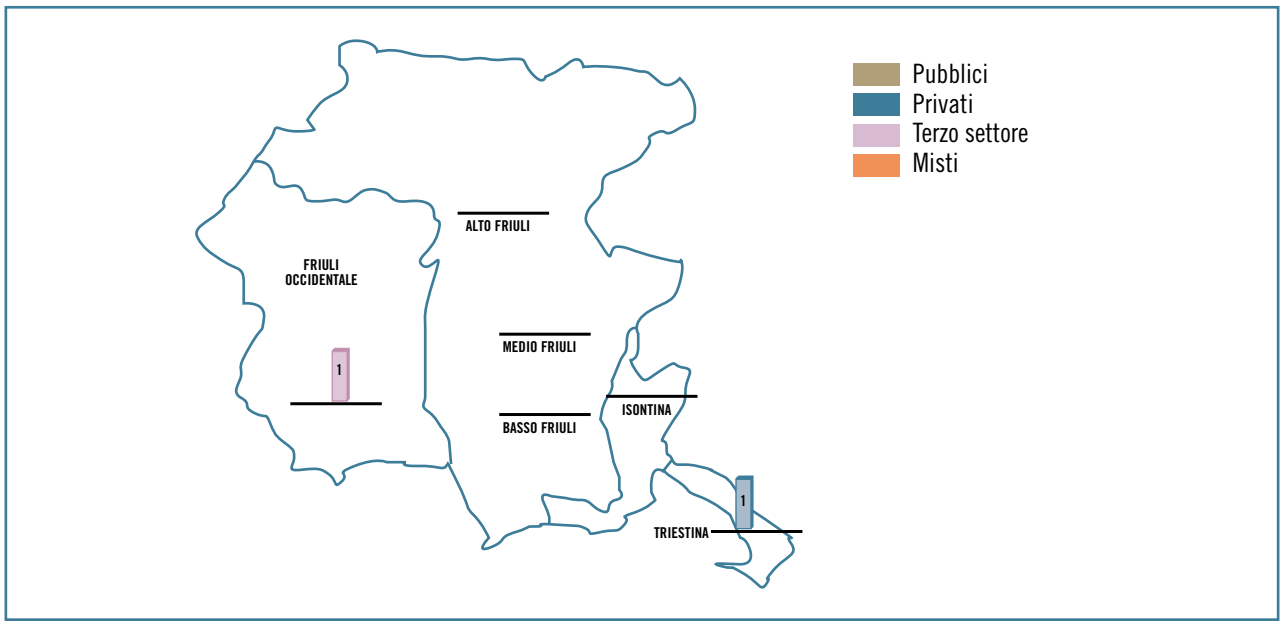


Tabella 36 – Friuli Venezia Giulia: hospice e posti letto già operativi nel 2006, per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006 (*)		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
ASS 1 TRIESTINA	1	20			1	20					237.049	0,84
ASS 2 ISONTINA	0	0									141.195	-
ASS 3 ALTO FRIULI	0	0									75.280	-
ASS 4 MEDIO FRIULI	0	0									345.020	-
ASS 5 BASSO FRIULI	0	0									109.511	-
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE	1	12					1	12			300.223	0,40
TOTALE	**2**	**32**	**0**	**0**	**1**	**20**	**1**	**12**	**0**	**0**	**1.208.278**	**0,26**

(*) La Regione Friuli ha comunicato che presso l'ASS 2 Isontina sono attivi dal 2004 anche due Unità Operative di Cure palliative, ciascuna dotata di cinque posti letto, e a Gemone (ASS 3 Alto Friuli) è attiva una struttura con tre posti letto. Tali strutture non sono state rendicontate nella tabella in quanto, non rispettando ancora tutti i requisiti previsti dal DPCM del 20/01/2000, non sono classificabili come hospice.

Tav. 37 – Friuli Venezia Giulia: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
ASS 1 TRIESTINA	1	20	1	20					237.049	0,84
ASS 2 ISONTINA	0	0							141.195	-
ASS 3 ALTO FRIULI	0	0							75.280	-
ASS 4 MEDIO FRIULI	2	25					2	25	345.020	0,72
ASS 5 BASSO FRIULI	1	10			1	10			109.511	0,91
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE	2	22	1	12	1	10			300.223	0,73
TOTALE	**6**	**77**	**2**	**32**	**2**	**20**	**2**	**25**	**1.208.278**	**0,64**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il Friuli Venezia Giulia è stata tra le prime regioni italiane ad avviare un percorso normativo strutturato nell'ambito delle cure palliative. Già nel 1993 la Giunta regionale approvò la **DGR n. 947 del 4 marzo 1993** "*Atto di indirizzo e coordinamento sull'avvio sperimentale in ambito regionale di Unità di Cure Palliative e Terapia del dolore per l'assistenza ai malati terminali*" e successivamente, con le "**Linee Guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali**" allegate alla **DGR n. 1487 del 25 maggio 2000**, la Regione specificò che le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) potessero espletare funzioni specialistiche nell'ambito delle cure palliative.

Successivamente, con la **DGR n. 486 del 20 febbraio 2002**, è stato approvato il "*Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali*", con l'obiettivo di potenziare l'offerta di cure palliative per i malati non guaribili presso strutture *specialistiche intermedie tra la famiglia e l'ospedale*. In particolare la Regione identifica i centri residenziali di cure palliative con gli "hospice" e le "RSA con funzione specialistica", da distribuirsi in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Il modello organizzativo a cui si ispira la Regione intende infatti assicurare il *collegamento tra strutture residenziali e domicilio*, tra ospedali e territorio, in modo da garantire al paziente e alla sua famiglia la continuità delle cure, nel rispetto dei bisogni e delle scelte individuali. Il programma ha inoltre consentito alla Regione di stabilire le condizioni per poter utilizzare i finanziamenti stanziati dal Ministero della Salute (Legge n. 39/99) e in particolare definisce *i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dei centri residenziali di cure palliative*.

Nel 2003 la Regione ha *aggiornato a 260 euro la tariffa giornaliera riconosciuta agli hospice per l'anno 2004* (**DGR n. 3529 del 14 novembre 2003** "*Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2004*").

UNITÀ FUNZIONALE RIABILITAZIONE ONCOLOGICA HOSPICE – CASA DI CURA PINETA DEL CARSO

Codice: 51

FRIULI VENEZIA GIULIA – ASS 1 TRIESTINA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Stazione, 26 – 34011 Aurisina (TS)
Telefono: 040-3784150
Fax: 040-3784176
E-mail: hospice@pinetadelcarso.it
Web: http://www.pinetadelcarso.it/Servizi%20Sanitari%20Forniti/Attivita%20di%20degenza/Riabilitazione%20Oncologica.htm
Responsabilità legale: Franca Visintin
(Casa di Cura Pineta del Carso – SpA)
Responsabile medico: Maria Anna Conte
Responsabile infermieristico: Maria Novella Salari
Altro referente: Maria Bartolini (Medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006
Anno di attivazione: 1998

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (20 posti letto in 23 camere, di cui 1 doppia e tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile egale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VIA DI NATALE FRANCO GALLINI

Codice: 52

FRIULI VENEZIA GIULIA – ASS 6 FRIULI OCC.

Dati anagrafici

Indirizzo: Strada Pedemontana Occidentale, 10/B – 33081 Aviano (PN)
Telefono: 0434-652109
Fax: 0434-651800
E-mail: hospvn@tin.it
Web: http://www.viadinatale.org
Responsabilità legale: Silvio Garattini (Associazione Via di Natale onlus)
Responsabile medico: Simon Spazzapan
Responsabile infermieristico: Rita Marson
Altro referente: Carmen Gallini (Direttore responsabile)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Associazione)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 1995
Anno di attivazione: 1995

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare Integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 11/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

LAZIO

Popolazione residente: 5.304.778
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Lazio **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi 11 hospice**, di cui due pubblici, sette privati e due gestiti da organizzazioni del Terzo settore (Figura 20 e Tabella 38).

Questi 11 hospice operativi, di cui due sono stati realizzati grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99, garantiscono un totale di **215 posti letto, pari a 0,41 posti letto per ogni 10.000 residenti**.

Per quanto riguarda le previsioni relative all'attuazione della programmazione regionale (Tabella 39), risulta che:

- nel corso del biennio 2007-08, saranno probabilmente attivati altri tre hospice per 51 posti letto, tutti confermati dalla Regione e finanziati ex Legge n. 39/99, di cui due hospice pubblici e uno gestito da un IRCCS privato;
- per il periodo successivo al 2008 dovrebbe essere attivato un altro hospice pubblico con 14 posti letto, anch'esso finanziato dal Ministero ex Legge n. 39/99.

Figura 20 – Lazio: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

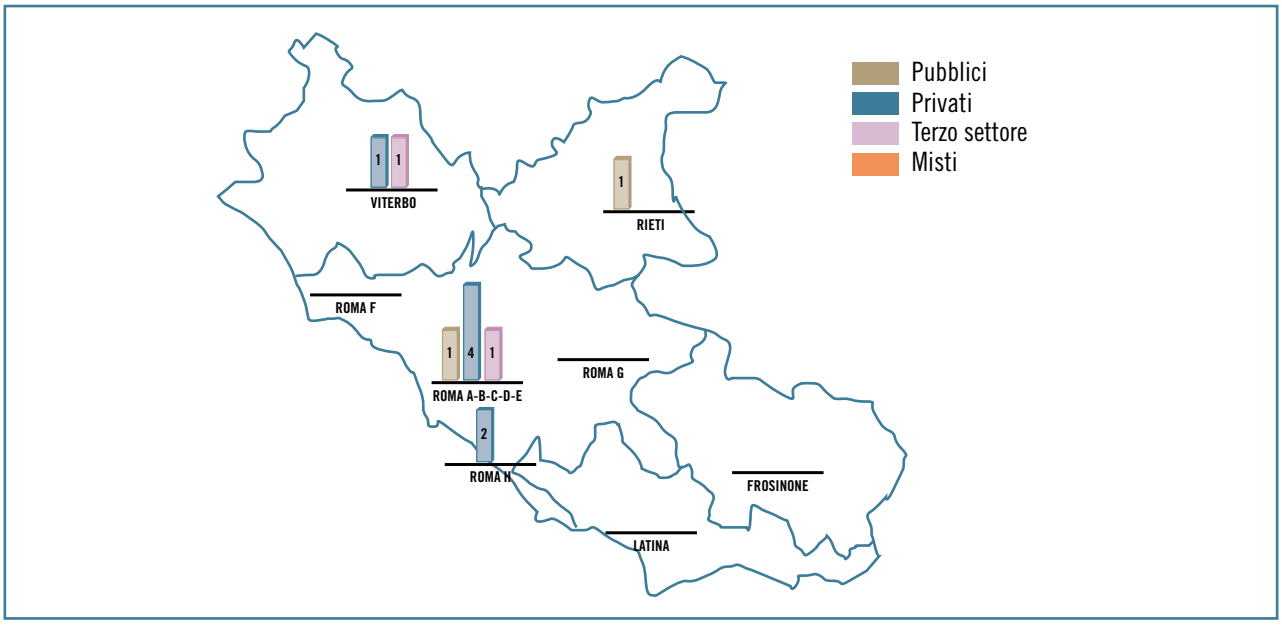


Tabella 38 – Lazio: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
AUSL ROMA A	3	57	1	10	2	47					451.078	1,26
AUSL ROMA B	0	0									618.513	-
AUSL ROMA C	0	0									505.497	-
AUSL ROMA D (*)	1	30			1	30					554.248	0,54
AUSL ROMA E	2	55			1	30	1	25			477.714	1,15
AUSL ROMA F	0	0									283.591	-
AUSL ROMA G	0	0									443.900	-
AUSL ROMA H	2	30			2	30					497.418	0,6
AUSL DI FROSINONE	0	0									491.333	-
AUSL DI LATINA	0	0									524.533	-
AUSL DI RIETI	1	8	1	8							154.406	0,52
AUSL DI VITERBO	2	35			1	25	1	10			302.547	1,16
TOTALE	**11**	**215**	**2**	**18**	**7**	**162**	**2**	**35**	**0**	**0**	**5.304.778**	**0,41**

(*) Dall'AUSL ROMA D è pervenuta comunicazione che presso l'Ospedale Israelitico di Roma risulta attiva anche una Unità Operativa di Cure palliative con tre posti letto collocati in un reparto di degenza per acuti. Tali posti letto non sono stati rendicontati in tabella poiché la struttura non possiede i requisiti per essere classificata come hospice.

Tabella 39 – Lazio: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
AUSL ROMA A	3	57	3	57					451.078	1,26
AUSL ROMA B	0	0							618.513	-
AUSL ROMA C	0	0							505.497	-
AUSL ROMA D	2	38	1	30	1	8			554.248	0,69
AUSL ROMA E	3	69	2	55			1	14	477.714	1,44
AUSL ROMA F	0	0							283.591	-
AUSL ROMA G	0	0							443.900	-
AUSL ROMA H	3	48	2	30	1	18			497.418	0,96
AUSL DI FROSINONE	1	25			1	25			491.333	0,51
AUSL DI LATINA	0	0							524.533	-
AUSL DI RIETI	1	8	1	8					154.406	0,52
AUSL DI VITERBO	2	35	2	35					302.547	1,16
TOTALE	**15**	**280**	**11**	**215**	**3**	**51**	**1**	**14**	**5.304.778**	**0,53**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Già con la **DGR n. 2446 del 12 giugno 1998** la Regione Lazio ha avviato un programma sperimentale allo scopo di garantire adeguata assistenza ai soggetti affetti da patologie fortemente invalidanti e terminali, a integrazione degli interventi previsti in regime di assistenza domiciliare, *promuovendo la riconversione di strutture di ricovero già accreditate per lungodegenza in strutture residenziali (hospice)*.

Successivamente, con la **DGR n. 37 del 9 gennaio 2001**, la Regione ha approvato il "*Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali 'Hospice' ai sensi dell'articolo 1 della Legge 39 del 26 febbraio 1999*", al fine di poter usufruire dei finanziamenti messi a disposizione dal Ministero della Salute.

In particolare nel programma viene definito lo *standard obiettivo* di riferimento per la Regione, che prevede un posto letto in hospice ogni 10.000 residenti, ovvero oltre 520 posti letto sul territorio regionale. Si fa rilevare che tale obiettivo è uno dei più ambiziosi previsti dalle varie regioni italiane e che, attualmente, l'offerta disponibile di posti letto sia ancora lontana dallo standard auspicato.

La programmazione regionale intende valorizzare la presa in carico della persona e la fruizione di prestazioni residenziali e domiciliari, flessibili e dinamiche, il più possibile adeguate alle esigenze delle persone e allo stato della malattia. Occorre comunque sottolineare che *l'offerta residenziale rimane strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio*, anche in considerazione del fatto che la normativa (**DGR n. 315 dell'11 aprile 2003** *"Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative nella Regione Lazio – Legge n. 39/99. Completamento fase sperimentale*") riconosce la possibilità di assistere fino a tre pazienti a domicilio per ogni posto residenziale accreditato.

Anche la scelta di definire una *tariffazione unica per l'assistenza residenziale e domiciliare* intende favorire il *continuum assistenziale* per il paziente, promuovendo modelli assistenziali a forte integrazione tra residenzialità e domiciliarità. Infatti la **DGR n. 1731 del 25 luglio 2000**, che prevede l'aggiornamento delle tariffe riconosciute agli hospice, stabiliva una *quota giornaliera onnicomprensiva di 180,76 euro, valida sia per i pazienti assistiti in hospice sia per quelli assistiti a domicilio*.

HOSPICE DELL'OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS AUSL RIETI

Codice: 93

LAZIO – AUSL DI RIETI

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Kennedy (prossimo trasferimento presso l'ex Ospedale psichiatrico) – 02100 Rieti (RI)
Telefono: 0746-278089
Fax: 074-6278
E-mail: a.tesoriere@asl.rieti.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Gabriele Bellini (AUSL di Rieti)
Responsabile medico: Alfonso Tesoriere
Responsabile infermieristico: Roberta Zuppa
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Ristrutturazione in corso; è prevista la fine dei lavori per la nuova sede nell'anno 2007

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio autorizzato
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 11/08/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SAN FRANCESCO CARACCIOLO

Codice: 85

LAZIO – AUSL ROMA A

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Tirreno, 200 – 00141 Roma (RM)
Telefono: 06-8172526
Fax: 06-8173203
E-mail: clinicacaracciolo@libero.it; caracciolo.hospice@yahoo.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: (Casa di Cura San Francesco Caracciolo srl)
Responsabile medico: L. De Marchis
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 22 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a dicembre 2006 e reperiti sul sito Internet del Ministero della Salute
Hospice confermato telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CASA DI CURA SANT'ANTONIO DA PADOVA

Codice: 88

LAZIO – AUSL ROMA A

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Mecenate, 14 – 00184 Roma (RM)
Telefono: 06-4872413
Fax: 06-4872390
E-mail: accettazione@santoniodapadova.com
Web: non indicato
Responsabilità legale: non indicato
Responsabile medico: non indicato
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato))

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 25 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a dicembre 2006 e reperiti sul sito Internet del Ministero della Salute
Hospice confermato telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE S. FRANCESCA ROMANA IN TRASTEVERE c/o OSPEDALE NUOVO REGINA MARGHERITA

Codice: 91

LAZIO – AUSL ROMA A

Dati anagrafici

Indirizzo: Vicolo del Canale, 14 – 00153 Roma (RM)
Telefono: 06-47824187
Fax: 06-4885604
E-mail: non indicato
Web: non indicato
Responsabilità legale: Carlo Saponetti
Responsabile medico: non indicato
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 10 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a febbraio 2007 e reperiti sul sito Internet della Regione
Hospice confermato telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SACRO CUORE

Codice: 83

LAZIO – AUSL ROMA D

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Alessandro Poerio, 100 – 00152 Roma (RM)
Telefono: 06-588991
Fax: 06-5818619
E-mail: curepalliative@hospicesacrocuore.it; m.marcon@hospicesacrocuore.it
Web: http://www.hospicesacrocuore.it
Responsabilità legale: Andrea Bettini (GE.CLI. SpA)
Responsabile medico: Patrizia Ginobbi
Responsabile infermieristico: Elisabetta Rossetto
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002
Anno di attivazione: 1998

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una struttura a continuità assistenziale in residenza e a domicilio
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (30 posti letto in 30 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE ONCOLOGICO VILLA SPERANZA
SCAI SPA – UNIVERSITÀ CATTOLICA SACRO CUORE

Codice: 84

LAZIO – AUSL ROMA E

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Della Pineta Sacchetti, 235 – 00168 Roma (RM)
Telefono: 06-3053262
Fax: 06-3053208
E-mail: hospicevillasperanza@virgilio.it
Web: http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=199
Responsabilità legale: Antonio Cicchetti (SCAI SpA)
Responsabile medico: Adriana Turriziani
Responsabile infermieristico: Maria Matzeu
Altro referente: Elvira Dezi (Responsabile amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (30 posti letto in 30 camere, tutte singole di cui 29 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 22/12/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE **ANTEA HOSPICE**

Codice: 86

LAZIO – AUSL ROMA E

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Mattia Battistini, 46
(prossimo trasferimento in Santa Maria della Pietà) – 00167 Roma (RM)
Telefono: 06-6620701
Fax: 06-6620124
E-mail: info@anteahospice.org
Web: http://www.anteahospice.org
Responsabilità legale: Claudia Monti (Associazione Antea)
Responsabile medico: Giuseppe Casale
Responsabile infermieristico: Fabio Belli
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Associazione)
Ristrutturazione della nuova sede in corso;
è prevista la fine dei lavori nell'anno 2007
Anno di attivazione: 2000

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare).
Nella nuova sede saranno 25 posti letto in 25 camere.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio accreditato
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 45 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 25/01/2007 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o CASA DI CURA SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA – GRUPPO TOSINVEST SANITÀ S.P.A.

Codice: 92

LAZIO – AUSL ROMA H

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ariccia, 16 – 00040 Rocca di Papa (RM)
Telefono: 06-9428601
Fax: 06-94286005
E-mail: maria.silvaroli@sanraffaele.it
Web: http://roccadipapa.sanraffaele.it/rep/reparto.asp?hw=18&id_reparto=766
Responsabilità legale: Carlo Trivelli (Tosinvest Sanità SpA)
Responsabile medico: Maria Silvaroli
Responsabile infermieristico: Francesca Principini
Altro referente: Isabella Richichi (Vice-direttore sanitario)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2004
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (16 posti letto in 17 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 120 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o CASA DI CURA SAN RAFFAELE VELLETRI – GRUPPO TOSINVEST SANITÀ S.P.A.

Codice: 89

LAZIO – AUSL ROMA H

Dati anagrafici

Indirizzo: Via dei Laghi – 00049 Velletri (RM)
Telefono: 06-961041
Fax: 06-9636715
E-mail: letizia.gargano@sanraffaele.it
Web: http://velletri.sanraffaele.it/rep/reparto.asp?hw= 15&id_reparto=713
Responsabilità legale: Carlo Trivelli (Tosinvest Sanità SpA)
Responsabile medico: V. Ascoli Marchetti
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 14 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a dicembre 2006 e reperiti sul sito Internet dell'hospice
Hospice confermato telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE MY LIFE c/o CASA DI CURA NEPI

Codice: 87

LAZIO – AUSL DI VITERBO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cassia Km 37 – 01036 Nepi (VT)
Telefono: 0761-528140
Fax: 0761-527949
E-mail: call.center.hospice@casadicuranepi.it
Web: http://casadicuranepi.it/Hospice.asp
Responsabilità legale: (Gruppo RO.RI srl)
Responsabile medico: Alessandro Poggi
Responsabile infermieristico: Luciana Bini
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000
Anno di attivazione: 2000

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (25 posti letto in 25 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 12/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE NOSTRA MADRE
c/o CASA DI CURA VILLA ROSA

Codice: 90

LAZIO – AUSL DI VITERBO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Francesco Baracca, 21 – 01100 Viterbo (VT)
Telefono: 0761-337899
Fax: 0761-220602
E-mail: info.vt@viterbo.suoreospitaliere.it
Web: http://viterbo.suoreospitaliere.it/contenuti.asp?id=VITERBO11
Responsabilità legale: Suor Maria Giannini (Casa di Cura Villa Rosa)
Responsabile medico: Luigi Galli
Responsabile infermieristico: Lara Magrelli
Altro referente: Mario Coi (Direttore operativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: sì, servizio accreditato servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

LIGURIA

Popolazione residente: 1.610.134
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Liguria **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi tre hospice**, di cui uno a gestione pubblica e due gestiti da organizzazioni del Terzo settore (Figura 21 e Tabella 40).

Complessivamente i tre hospice già operativi contano **32 posti letto (pari a 0,20 posti letto per ogni 10.000 residenti)**, e tutti hanno usufruito dei finanziamenti ex Legge n. 39/99.

La Regione ha inoltre confermato che (Tabella 41):

- nel corso del biennio 2007-08 saranno presumibilmente attivati altri due hospice per 18 posti letto, di cui uno pubblico finanziato ex Legge n. 39/99 e uno gestito da un'organizzazione ecclesiastica e finanziato con mezzi propri;
- per il periodo successivo al 2008 risultano infine in fase di progetto altri quattro hospice per 46 posti letto, di cui tre pubblici finanziati ex Legge n. 39/99 e uno gestito da un'associazione e finanziato con mezzi propri.

Figura 21 – Liguria: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

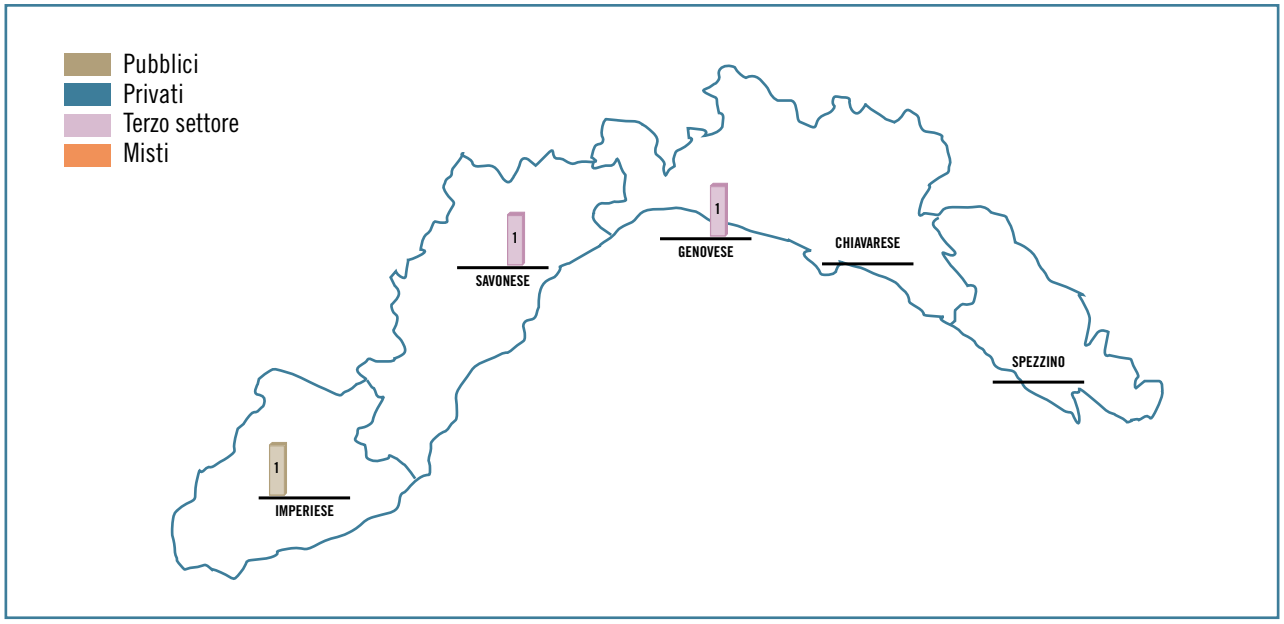


Tabella 40 - Liguria: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
ASL 1 IMPERIESE	1	10	1	10							217.037	0,46
ASL 2 SAVONESE	1	10					1	10			282.548	0,35
ASL 3 GENOVESE	1	12					1	12			746.707	0,16
ASL 4 CHIAVARESE	0	0									147.729	-
ASL 5 SPEZZINO	0	0									216.113	-
TOTALE	3	32	1	10	0	0	2	22	0	0	1.610.134	0,20

Tabella 41 – Liguria: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 IMPERIESE	1	10	1	10					217.037	0,46
ASL 2 SAVONESE	1	10	1	10					282.548	0,35
ASL 3 GENOVESE	5	54	1	12	1	8	3	34	746.707	0,72
ASL 4 CHIAVARESE	1	10			1	10			147.729	0,68
ASL 5 SPEZZINO	1	12					1	12	216.113	0,56
TOTALE	9	96	3	32	2	18	4	46	1.610.134	0,60

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Nell'ambito delle cure palliative, la normativa della Regione Liguria si è orientata verso un modello assistenziale incentrato *principalmente sull'assistenza domiciliare e (quando necessario) su quella residenziale dei pazienti terminali, con particolare attenzione alle patologie oncologiche*.

Con la **DGR n. 830 del 21 luglio 2000** "*Realizzazione di strutture per l'erogazione di cure palliative a malati terminali (hospice)*" e i successivi aggiornamenti (**DGR n. 340 del 5 aprile 2002; DGR n. 12 del 31 gennaio 2006**), la Regione Liguria ha provveduto a ripartire tra le varie Aziende Sanitarie la quota assegnatale dal Ministero della Sanità (Legge n. 39/99) e ad approvare il progetto generale di fattibilità relativo alle proposte per la realizzazione degli hospice, disponendo che le Aziende Sanitarie Locali stesse redigessero i progetti preliminari, unitamente al progetto complessivo di definizione della *rete di assistenza ai malati sottoposti a cure palliative*.

La particolare attenzione della Liguria nei confronti delle *patologie oncologiche*, dell'*assistenza domiciliare* e della *integrazione tra sanità pubblica e Terzo settore nell'ottica della sussidiarità* trova riscontro nel quadro normativo, sia con la **DGR n. 1281 del 28 ottobre 2005 "Rete di assistenza oncologica"** sia, più in generale, nel **"Piano Sanitario Regionale 2002-04"** e nel **"Piano Socio Sanitario Regionale 2003-05"** dove:

- viene ribadito come prioritario l'obiettivo di "*ridurre la mortalità precoce per tumori*";
- si specifica che "la *modalità assistenziale primaria e prevalente per le cure di tipo palliativo consiste nell'assistenza domiciliare*, svolta da una *équipe multidisciplinare* espressamente dedicata, che si *avvale di hospice* come previsto dall'apposito Progetto Hospice approvato con DGR n. 830/2000";
- si sottolinea che "nell'attivazione dell'assistenza domiciliare, le Aziende Sanitarie si avvalgono anche delle *organizzazioni di volontariato* già attive in questo tipo di assistenza".

Il 16 marzo 2007 è stata approvata la **DGR n. 277 del 16 marzo 2007** "**La rete delle cure palliative: modello Organizzativo**" di cui fa parte integrante l'**Allegato n. 1** "**La rete Ligure di Cure Palliative**".
In questa recente Delibera vengono poste le basi per un modello organizzativo regionale della rete per le cure palliative, quale risultante delle cinque reti locali di cure palliative, ognuna per ogni ASL. Il coordinamento della rete regionale e delle reti locali viene posta in capo ad una Struttura collocata presso l'Istituto per la Ricerca sul Cancro (IST). Nell'ambito della Delibera vengono definite le caratteristiche e le funzioni della rete, sia per ciò che riguarda l'Assistenza Domiciliare, nelle sue componenti di base e specialistica, sia per gli hospice. In particolare, per questi ultimi, vengono definiti sia i requisiti di accesso sia gli standard per l'accreditamento, rimandando ai requisiti contenuti nel DPCM 20 gennaio 2000. Vengono inoltre definiti i requisiti gestionali, riferiti alle tipologie del personale che compone l'équipe operante in hospice. La Delibera non definisce per ora il sistema tariffario nè per gli hospice nè per le cure domiciliari.

In ambito regionale non sono state identificate normative specifiche né per quanto riguarda i criteri di autorizzazione degli hospice (in aggiunta a quanto già previsto a livello nazionale dal DPCM del 20 gennaio 2000), né per quanto riguarda l'accreditamento e il riconoscimento tariffario. In particolare, nell'ambito dei criteri e delle procedure di autorizzazione e accreditamento, vige la **LR n. 20 del 30 luglio 1999** "*norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati*" e successive integrazioni e modifiche.

HOSPICE DI COSTARAINERA
STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
ASL 1 IMPERIESE

Codice: 134

LIGURIA – ASL 1 IMPERIESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Aurelia, 2 – 18014 Costarainera (IM)
Telefono: 0183-537821
Fax: 0183-537797
E-mail: co.hospice@asl1.liguria.it; g.tubere@asl1.liguria.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Renata Canini (ASL 1 Imperiese)
Responsabile medico: Giorgio Tubere
Responsabile infermieristico: Eva Sedlar
Altro referente: Louise Pettersson (Infermiere professionale)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla Regione

HOSPICE CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE MISERICORDIA – ISTITUTO DELLE FIGLIE DI NOSTRA SIGNORA DELLA MISERICORDIA

Codice: 48

LIGURIA – ASL 2 SAVONESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Carlo Naselli Feo, 1-3 – 17100 Savona (SV)
Telefono: 019-8336621
Fax: 019-8336622
E-mail: centromisericordia@tiscali.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Suor Giuseppina Bianchi
(Istituto delle Figlie di Nostra Signora della Misericordia)
Responsabile medico: Federico Cortese
Responsabile infermieristico: Suor M. Paola Lusso
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 11/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o RSA PASTORINO CAROLINA DI BOLZANETO – ASSOCIAZIONE GIGI GHIROTTI

Codice: 47

LIGURIA – ASL 3 GENOVESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Pastorino, 1 – 16162 Genova (GE)
Telefono: 010-6449637
Fax: 010-6449647
E-mail: hospicegigighirotti@tiscali.it
Web: http://www.gigighirotti.it/Hospice.html
Responsabilità legale: Franco Henriquet (Associazione Gigi Ghirotti)
Responsabile medico: Nadia Balletto
Responsabile infermieristico: Fabrizio Maggia
Altro referente: Stefano Scorza (Direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Associazione)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare))
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no (si noti però che l'associazione eroga assistenza domiciliare al di fuori dell'hospice)
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 90 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

LOMBARDIA

Popolazione residente: 9.475.202
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Lombardia **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi 38 hospice, di cui 22 sanitari,** per un totale di **440 posti letto (pari a 0,46 posti letto per ogni 10.000 residenti)**.

Dei 38 hospice operativi 15 sono totalmente pubblici, due privati, 17 gestiti da organizzazioni del Terzo settore e infine quattro a gestione mista pubblico-privato (Figura 22 e Tabella 42). In particolare 16 di questi hospice hanno usufruito dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99.

Per quanto riguarda le previsioni sull'attivazione futura di nuovi hospice, la Regione ha programmato di realizzare altri 15 hospice (di cui 10 sanitari) che saranno tutti ultimati e saranno operativi presumibilmente entro la fine del 2008 (Tabella 43); si tratta in particolare di 10 hospice a gestione pubblica, due hospice a gestione mista pubblico-privato e due hospice gestiti da IRCCS privati e un hospice gestito da una fondazione.

Si sottolinea che 14 dei 15 nuovi hospice previsti sono finanziati ex Legge n. 39/99 e che per sette di essi i lavori di co-struzione e/o adeguamento strutturale sono in realtà già stati ultimati nel 2006 o in anni precedenti, senza tuttavia essere ancora operativi.

Aggiornamenti 2007
Nei primi mesi del 2007 è stato inaugurato l'hospice c/o RSA Don G. Cuni di Magenta. Si tratta di un hospice a gestione pubblica dell'ASL della provincia di Milano 1, con 8 posti letto, finanziato dalla Legge n. 39/99.

Figura 22 – Lombardia: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

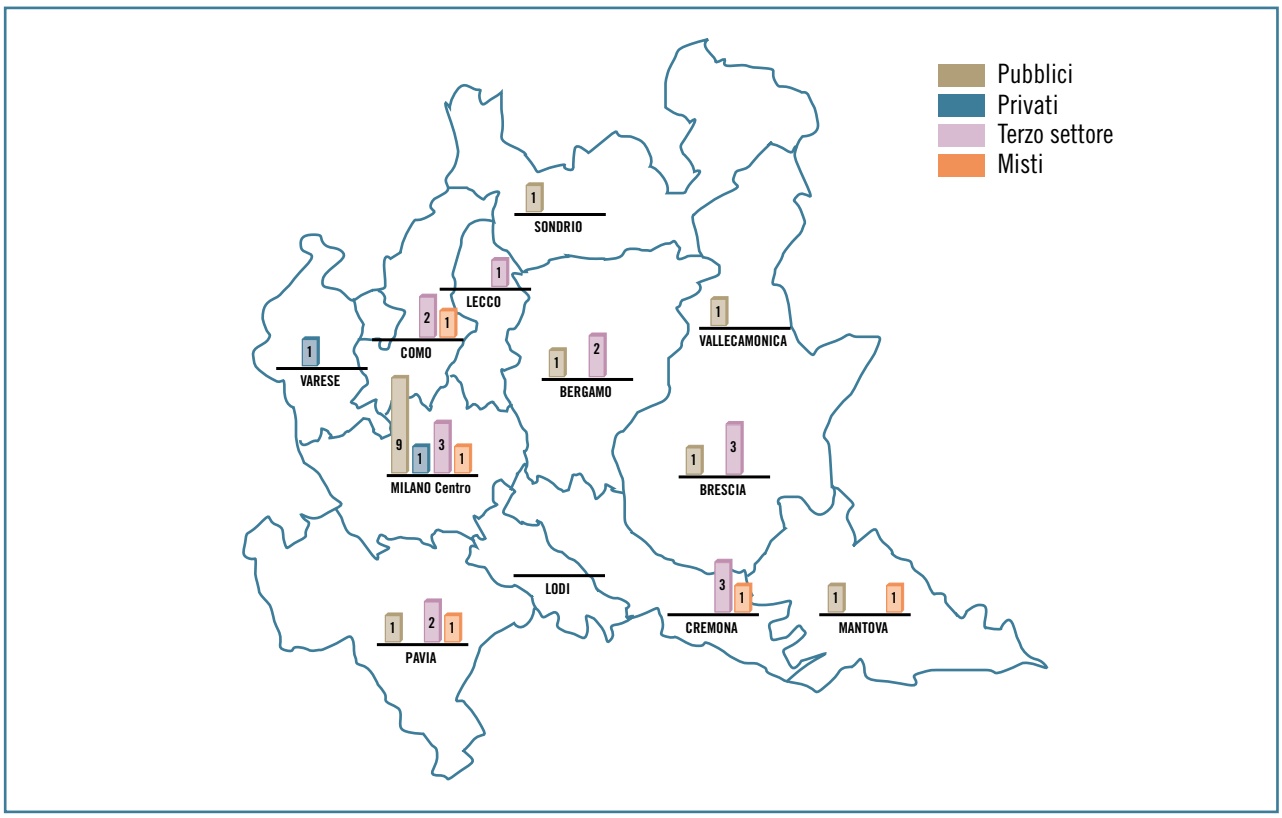


Tabella 42 – Lombardia: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
ASL CITTÀ DI MILANO (*)	7	70	6	55					1	15	1.308.735	0,53
ASL PROV. DI MILANO 1	2	29	1	15			1	14			961.077	0,30
ASL PROV. DI MILANO 2	2	20	1	10			1	10			540.198	0,37
ASL PROV. DI MILANO 3	3	42	1	14	1	10	1	18			1.051.498	0,40
ASL PROV. DI BERGAMO	3	34	1	12			2	22			1.033.848	0,33
ASL PROV. DI BRESCIA	4	60	1	15			3	45			1.083.635	0,55
ASL PROV. DI COMO	3	28					2	20	1	8	566.853	0,49
ASL PROV. DI CREMONA	4	47					3	33	1	14	348.370	1,35
ASL PROV. DI LECCO	1	12					1	12			325.039	0,37
ASL PROV. DI LODI	0	0									219.515	-
ASL PROV. DI MANTOVA	2	18	1	8			1	10			393.723	0,46
ASL PROV. DI PAVIA	4	63	1	10			2	44	1	9	515.636	1,22
ASL PROV. DI SONDRIO	1	5	1	5							179.767	0,28
ASL PROV. DI VARESE	1	8			1	8					848.606	0,09
ASL VALLECAMONICA	1	4	1	4							98.702	0,41
TOTALE	**38**	**440**	**15**	**148**	**2**	**18**	**17**	**228**	**4**	**46**	**9.475.202**	**0,46**

(*) Presso l'ASL Città di Milano è attivo anche l'hospice Casa Vidas, i cui 20 posti letto non sono però stati rendicontati nella tabella poiché a dicembre 2006 non risultavano ancora accreditati dalla Regione. Data la rilevanza dimensionale della struttura, all'hospice Casa Vidas è comunque stata dedicata un'apposita scheda riepilogativa.

Tabella 43 – Lombardia: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri) (*)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASL CITTÀ DI MILANO	9	97	7	70	2	27			1.308.735	0,74
ASL PROV. DI MILANO 1 (**)	5	56	2	29	3	27			961.077	0,58
ASL PROV. DI MILANO 2	2	20	2	20					540.198	0,37
ASL PROV. DI MILANO 3	5	62	3	42	2	20			1.051.498	0,59
ASL PROV. DI BERGAMO	3	34	3	34					1.033.848	0,33
ASL PROV. DI BRESCIA	6	85	4	60	2	25			1.083.635	0,78
ASL PROV. DI COMO	3	28	3	28					566.853	0,49
ASL PROV. DI CREMONA	4	47	4	47					348.370	1,35
ASL PROV. DI LECCO	1	12	1	12					325.039	0,37
ASL PROV. DI LODI	2	28			2	28			219.515	1,28
ASL PROV. DI MANTOVA	3	33	2	18	1	15			393.723	0,84
ASL PROV. DI PAVIA	5	73	4	63	1	10			515.636	1,42
ASL PROV. DI SONDRIO	1	5	1	5					179.767	0,28
ASL PROV. DI VARESE	3	26	1	8	2	18			848.606	0,31
ASL VALLECAMONICA	1	4	1	4					98.702	0,41
TOTALE	**53**	**610**	**38**	**440**	**15**	**170**	**0**	**0**	**9.475.202**	**0,64**

(*) I dati relativi alle strutture previste per il futuro potrebbero essere incompleti per quanto riguarda la programmazione degli hospice di competenza dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.
(**) Nel 2007 è stato attivato l'hospice di Magenta c/o RSA Don G. Cuni (vedi Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

In Lombardia le competenze in materia di centri residenziali di cure palliative sono ancora oggi suddivise tra l'Assessorato alla Sanità e l'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.

Questa situazione ha dato vita a un sistema che prevede *due differenti tipologie di strutture dedicate alle cure palliative e all'assistenza ai malati non guaribili*, con requisiti differenti al fine dell'accreditamento e un sistema di tariffazione differente:

- le **Unità Operative di Cure Palliative (UOCP)** devono essere grado di assicurare la necessaria continuità terapeutica nell'erogazione di prestazioni sanitarie pertinenti ai diversi livelli di assistenza e, in particolare: assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera a ciclo diurno, assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria e cure domiciliari; sono strutture di tipo sanitario-ospedaliero e rientrano nelle competenze dell'Assessorato alla Sanità;
- i **centri residenziali per malati terminali**, chiamati "**hospice**" dalla normativa della Regione, che sono strutture socio-sanitarie (quindi con prestazioni ad alto contenuto socio-assistenziale e con un livello di sanitarizzazione inferiore alle UOCP) e sono di competenza dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.

Entrambe le tipologie di strutture, indipendentemente dal proprio riferimento di rete e assessorile, hanno ricevuto finanziamenti dalla Legge n. 39/99.

Il processo di avvio e sviluppo della rete di cure palliative in Lombardia ha subito un notevole impulso con l'approvazione da parte della Regione di una normativa importante: la **DGR VII/39990 del 30 novembre 1998** *"Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative"*, un anno prima dell'approvazione della Legge n. 39/99.

In particolare tale Deliberazione introduce importanti elementi nel campo delle cure palliative regionali:

- stabilisce che *l'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito delle cure palliative avvenga attraverso le UOCP*, in grado di assicurare la necessaria continuità terapeutica garantendo l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza;

- stabilisce i *quattro livelli minimi di assistenza che le UOCP devono assicurare al fine dell'accreditamento* (ovvero degenza ordinaria, day-hospice, assistenza ambulatoriale, assistenza domiciliare);

- definisce *standard organizzativi minimi per le UOCP* e il numero di posti letto per le stesse (tra 10 e 15);

- prevede la possibilità di istituire *piccole comunità per pazienti terminali (hospice)* presso strutture residenziali pubbliche e private accreditate extra ospedaliere (con un numero di posti letto compresi tra 8 e 15);

- definisce i *requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi*, differenziandoli tra quelli delle UOCP e quelli degli hospice (i requisiti per le UOCP sono più restrittivi e le differenze riguardano principalmente il numero minimo di posti letto e l'obbligo, per le UOCP, della presenza del medico nell'équipe curante, non previsto invece per le altre strutture);

- definisce le *tariffe giornaliere* per il rimborso delle strutture accreditate:
  - euro 201,0 per le UOCP;
  - euro 137,9 per gli hospice,
  - euro 51,6 è la quota aggiuntiva per l'accompagnatore;

- stabilisce le modalità di *tariffazione degli altri tre livelli assistenziali* delle UOCP (che peraltro non prevedono tariffe specifiche per cure palliative in hospice e rimandano a tariffe già definite per altre specialità o prestazioni).

Dopo l'approvazione della Legge n.39/99 e del DPCM del 20 marzo 2000 relativo ai requisiti degli hospice, la Regione Lombardia ha emanato la **DGR VII/1884 del 31 ottobre 2000** che dichiara il superamento dei requisiti minimi previsti dalla GR VII/39990 del 1998 e stabilisce che *le strutture residenziali debbano essere al massimo una per provincia con l'eccezione di Milano e Provincia*. La Delibera definisce l'indice programmatorio regionale per il numero di posti letto per strutture di degenza per malati terminali (0,38/10.000 residenti), difatto superato dalla programmazione successiva che è già oggi di 0,46 posti letto/10.000 residenti e arriverà a 0,64 posti letto /10.000 residenti secondo quanto programmato, anche in base ai finanziamenti della Legge n. 39/99.

La Regione ha successivamente emanato la **DGR n. 12619 del 7 aprile 2003** relativa all'*aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice*. Nella DGR si decide che in Lombardia, dalla data di entrata in vigore della stessa, con tale definizione potranno essere indicati solo i Centri residenziali relativi alla rete socio-sanitaria, facente riferimento all'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale. Le altre strutture nelle quali vengono assistiti i malati terminali (con maggiori problematiche sanitarie), avrebbero continuato ad essere definite ufficialmente "Unità di Degenza delle Unità di Cure Palliative" e a fare riferimento alla rete sanitaria, coordinata dall'Assessorato regionale alla Sanità, con criteri di accreditamento e tariffe differenti. Da notare che mentre gli hospice lombardi, in base alla DGR n. 12619, relativa al DPCM del 20 gennaio 2000, possono accreditare sino a 30 posti letto, ciascuna UOCP può accreditare un massimo di 15 posti letto.

La successiva **DGR n. 12904 del 9 maggio 2003** dispone l'*aumento delle tariffe riconosciute per gli hospice* (163,1 euro al giorno per ospite, mantenendo invariati i 51,6 euro aggiuntivi previsti per l'accompagnatore), mentre rimangono invariate le tariffe per la degenza in UOCP, secondo quanto definito dalla DGR 39990 del 1998 (201 euro al giorno più i 51,6 euro aggiuntivi per l'accompagnatore), va segnalato che non tutte le ASL riconoscono alle Aziende Ospedaliere sede di UOCP la quota integrativa per l'accompagnatore, riconosciuta invece automaticamente per gli hospice socio sanitari. Va segnalato che, dal 1998, in Lombardia, per effetto della Legge Regionale 31, tutte le ASL sono completamente separate da un punto di vista amministrativo gestionale dalle Strutture Sanitarie per la degenza (Aziende Ospedaliere, IRCCS, Ospedali accreditati), avendo il ruolo di Soggetto di Programmazione, Acquisto e Controllo.

La **DGR VIII/5237 del 2 agosto 2007** "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007*" al punto 14 del deliberato indica di "Adeguare con aggiuntivi 32 milioni di euro (...) in conseguenza agli interventi da destinarsi al completo finanziamento degli oneri relativi alle degenze di pazienti in stato vegetativo persistente, presso Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e per disabili accreditate e ubicate in regione Lombardia e per il miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita a pazienti affetti da SLA e che si trovano *nella fase terminale della vita con particolare attenzione alle terapie del dolore e cure palliative a favore dei pazienti oncologici*".

Infine va ricordato che la Lombardia, dal 2003 ha definito un sistema di assistenza domiciliare socio-sanitaria volto a esternalizzare la gestione rispetto alle ASL che, come precedentemente accennato, hanno assunto in base alla filosofia regionale in ambito sanitario e socio-sanitario un ruolo di Programmazione, Acquisto e Controllo. Numerosi atti deliberativi regionali hanno contribuito dal 2003 a sperimentare e poi a rendere operativo su tutto il territorio regionale il sistema del "voucher socio-sanitario". Si tratta di un sistema attraverso il quale le famiglie dei malati ricevono un titolo finalizzato di acquisto, il voucher appunto, per acquistare prestazioni di assistenza domiciliare. Le prestazioni potevano essere acquistate da Soggetti erogatori pubblici o privati, for profit o non profit, accreditati dalle ASL secondo un "patto di Accreditamento". I Soggetti erogatori accreditati sono perciò definiti "Pattanti".

Il sistema voucher ha fortemente influito negli ultimi anni sul sistema erogativo delle cure palliative, in quanto la Lombardia ha riconosciuto tre tipi di voucher, con valori crescenti rapportati alla intensità e complessità degli interventi socio-sanitari in risposta ai bisogni dei malati: il "voucher di terzo livello", valorizzato a 619 euro paziente mese, è destinato ai "malati terminali". Ciò ha portato alcune ASL a identificare il voucher di

terzo livello quale modalità unica di finanziamento delle cure palliative domiciliari, non differenziando fra malati terminali che avevano bisogno di cure palliative e i malati terminali che potevano essere assistiti solo con prestazioni socio-sanitarie integrate all'attività del medico di famiglia. Attualmente in regione Lombardia sono in atto alcune sperimentazioni, almeno 4, volte a valutare sia i modelli assistenziali, sia i costi di erogazione dell'assistenza di cure palliative. Grazie a queste sperimentazioni sono operativi alcuni erogatori sia pubblici sia privati non profit che forniscono, al di fuori del sistema "voucher", assistenza specialistica domiciliare di cure palliative con équipe attive 24 ore su 24, 365 giorni l'anno con le caratteristiche della Ospedalizzazione domiciliare.

HOSPICE VIRGILIO FLORIANI
IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

Codice: 22

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Venezian, 1 – 20133 Milano (MI)
Telefono: 02-23903272
Fax: 02-23903393
E-mail: franco.deconno@istitutotumori.mi.it;
ernesto.zecca@istitutotumori.mi.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Carlo Borsani
(Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori)
Responsabile medico: Augusto Caraceni
Responsabile infermieristico: Giuseppe Baiguini
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IRCCS pubblico)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (5 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/11/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE S. FRANCESCA CABRINI AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO

Codice: 23

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Buonarroti, 48 – 20100 Milano (MI)
Telefono: 02-39042492/48080999
Fax: 02-39042509
E-mail: oncologia@hsacco.it
Web: http://www.hsacco.it
Responsabilità legale: Luigi Corradini
(Azienda Ospedaliera Ospedale Luigi Sacco – Polo Universitario)
Responsabile medico: Elena Piazza
Responsabile infermieristico: Adriana Galimberti
Altro referente: Maria Eugenia Damiani
(Coordinatrice assistenza domiciliare – hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Ospedaliera e Ospedale privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative qualificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito a richiesta
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE MALATTIE INFETTIVE AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO

Codice: 24

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via G.B. Grassi, 74 – 20157 Milano (MI)
Telefono: 02-39043159/3160/3162/2991
Fax: 02-39043247
E-mail: hospice@hsacco.it
Web: http://www.hsacco.it
Responsabilità legale: Luigi Corradini
(Azienda Ospedaliera Luigi Sacco – Polo Universitario)
Responsabile medico: Agostino Zambelli
Responsabile infermieristico: Amalia Giussani
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 11 camere, di cui 2 doppie e 9 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CASA CLAUDIA GALLI AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO

Codice: 25

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Corso di Porta Nuova, 23 – 20121 Milano (MI)
Telefono: 02-63632593
Fax: 02-63632279
E-mail: gabriella.farina@fbf.milano.it
Web: http://www.fbf.milano.it/oncologia
Responsabilità legale: Roberto Testa
(Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico)
Responsabile medico: Gabriella Farina
Responsabile infermieristico: Monica Turati
Altro referente: Cristina Mantica

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati richiesti, ma non ottenuti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE PIO ALBERGO TRIVULZIO

Codice: 28

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Trivulzio, 15 – 20146 Milano (MI)
Telefono: 02-4029541/542
Fax: 02-4029543
E-mail: hospice@pioalbergotrivulzio.it; monti.massimo@tin.it
Web: http://www.pioalbergotrivulzio.it
Responsabilità legale: Emilio Trabucchi
(ASP – IMMeS – Pio Albergo Trivulzio)
Responsabile medico: Massimo Monti
Responsabile infermieristico: Roberta Romani
Altro referente: –

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IPAB)
Anno di attivazione: 1991

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (13 posti letto in 13 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 01/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE ISTITUTO GERIATRICO P. REDAELLI DI MILANO ASP GOLGI-REDAELLI

Codice: 29

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Bartolomeo d'Alviano, 78 – 20149 Milano (MI)
Telefono: 02-413151
Fax: 02-4156603
E-mail: accreditamento@golgiredaelli.it
Web: http://www.golgiredaelli.it
Responsabilità legale: Rodolfo Masto (ASP Golgi-Redaelli)
Responsabile medico: Paola Zinna
Responsabile infermieristico: Nicola Melluso
Altro referente: Giovanni Mercuri (Direttore d'istituto)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IPAB)
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEO

Codice: 27

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Pio II, 3 – 20153 Milano (MI)
Telefono: 02-40222270
Fax: non indicato
E-mail: Seg.Oncologia@sancarlo.mi.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giuseppe De Leo (Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo)
Responsabile medico: Maria Vinci
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: non indicato

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 4 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a gennaio 2007 e reperiti sul sito Internet della Regione
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE
CASA VIDAS

Codice: 279

LOMBARDIA – ASL CITTÀ DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ojetti, 66 – 20151 Milano (MI)
Telefono: 02-3008081
Fax: 02-300808315
E-mail: accoglienza@vidas.it; danielac@vidas.it
Web: http://www.vidas.it
Responsabilità legale: Giovanna Cavazzoni (Associazione Vidas)
Responsabile medico: Daniela Cattaneo
Responsabile infermieristico: Maria Grazia Deoca
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Associazione)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (20 posti letto in 20 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/11/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice non segnalato dalla Regione né dall'Azienda Sanitaria

Hospice identificato da segnalazione spontanea

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI

Codice: 32

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Forlanini, 121 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)
Telefono: 02-994302522/2735
Fax: 02-994302522
E-mail: ucptd@aogarbagnate.lombardia.it
Web: http://www.aogarbagnate.lombardia.it/siti/HospiceG/index.htm
Responsabilità legale: Giovanni Michiara (Azienda Ospedaliera G. Salvini)
Responsabile medico: Furio Zucco
Responsabile infermieristico: Mary Zampieri
Altro referente: Maria Grazia Rusconi (Responsabile Struttura Semplice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice, in fase di accreditamento quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI ABBIATEGRASSO
COOPERATIVA SOCIALE IN CAMMINO

Codice: 34

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Via dei Mille, 8/10 – 20081 Abbiategrasso (MI)
Telefono: 02-94963802
Fax: 02-94962279
E-mail: hospice@netsys.it; lmoroni@hospicediabbiategrasso.it
Web: http://www.hospicediabbiategrasso.it
Responsabilità legale: Angelo Moschino
(Cooperativa Sociale In Cammino scarl – onlus)
Responsabile medico: Giancarla Moscatelli
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 1994

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORGONZOLA AZIENDA OSPEDALIERA DI MELEGNANO

Codice: 30

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 2

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Bellini, 5 – 20064 Gorgonzola (MI)
Telefono: 02-95707231
Fax: 02-95301461
E-mail: luciano.isa@tiscali.it; luciano.isa@aospmelegnano.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Alberto Scanni
(Azienda Ospedaliera Melegnano – Ospedale di Circolo)
Responsabile medico: Luciano Isa
Responsabile infermieristico: Raffaella Parini
Altro referente: Raffaele Venezia (Responsabile medico Struttura Semplice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: non indicato

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE FONDAZIONE CASTELLINI RESIDENZA SOCIO SANITARIA DI MELEGNANO

Codice: 35

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 2

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cavour, 21 – 20077 Melegnano (MI)
Telefono: 02-982201
Fax: 02-9832154
E-mail: segreteria.fcrm@tiscali.it
Web: http://www.hospiceseragnoli.it
Responsabilità legale: Massimo Sabbatini
(Fondazione Castellini Residenza Socio Sanitaria di Melegnano onlus)
Responsabile medico: Ornella Schito
Responsabile infermieristico: Giuliana Villa
Altro referente: Stefano Ferrari (Infermiere professionale)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2004
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 21/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SANTA MARIA DELLE GRAZIE FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI

Codice: 36

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 3

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Montecassino, 8 – 20052 Monza (MI)
Telefono: 039-235991
Fax: 039-23599400
E-mail: info.monza@dongnocchi.it
Web: http://www.dongnocchi.it
Responsabilità legale: Don Sergio Didoné (Fondazione Don Carlo Gnocchi)
Responsabile medico: Carlo Cacioppo
Responsabile infermieristico: Lino Casiraghi
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 1998
Anno di attivazione: 2000

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-assistenziale

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La realizzazione di 2 camere aggiuntive è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (18 posti letto in 18 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 22/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VILLA ADA SECUNDA DOMUS ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

Codice: 33

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 3

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Madonnina, 1 – 20048 Carate Brianza (MI)
Telefono: 0362-986438
Fax: 0362-986439
E-mail: amedeo.salvioni@grupposandonato.it
Web: http://www.zucchi-gsd.it/cgi-bin/Operative_Dett.asp? COD_UNITA_OPERATIVA=C-CUREPALL
Responsabilità legale: Renato Cerioli
(Istituti Clinici Zucchi – Gruppo San Donato)
Responsabile medico: Amedeo Salvioni
Responsabile infermieristico: Ivano Cova
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata (Ospedale privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 11/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o IL PRESIDIO OSPEDALIERO BORELLA DI GIUSSANO AZIENDA OSPEDALIERA VIMERCATE

Codice: 120

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MILANO 3

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Milano, 65 – 20034 Giussano (MI)
Telefono: 0362-385072
Fax: 0362-385734
E-mail: Carla.Gatti@AOVimercate.org
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giuseppe Spata (Azienda Ospedaliera Vimercate)
Responsabile medico: Alberto Mapelli
Responsabile infermieristico: Lorena Nava
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 25/10/2006 e firmato dal Direttore sanitario
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE c/o RSA CASA SAN GIUSEPPE

Codice: 10

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BERGAMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Asperti, 1 – 24060 Gorlago (BG)
Telefono: 035-425158
Fax: 035-4251822
E-mail: rsacasasgiuseppe@virgilio.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Geremia Marchesi (Parrocchia San Pancrazio)
Responsabile medico: Sergio Dimori
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: Livio Tranchida

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO

Codice: 8

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BERGAMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Bernardino 56 – 24122 Bergamo (BG)
Telefono: 035-389278/274
Fax: 035-223238
E-mail: hospice.palazzolo@virgilio.it; casadicura@istitutopalazzolo.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Edoardo Manzoni (Casa di Cura Beato Palazzolo)
Responsabile medico: Aldo Brevi
Responsabile infermieristico: Suor Maria Olivetti
Altro referente: Antonella Goisis (Aiuto medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 1999
Anno di attivazione: 2000

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 09/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI BORGO PALAZZO AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO

Codice: 9

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BERGAMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Borgo Palazzo, 130 – 24124 Bergamo (BG)
Telefono: 035-390640
Fax: 035-390624
E-mail: tdhospice@ospedaliriuniti.bergamo.it
Web: http://www.terapiadolorebergamo.it
Responsabilità legale: Carlo Bonometti
(Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo)
Responsabile medico: Gianbattista Cossolini
Responsabile infermieristico: Lucia Colombi
Altro referente: Simeone Liguori (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati richiesti, ma non ottenuti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o CASA DI RIPOSO VALSABBINA FONDAZIONE ANGELO PASSERINI

Codice: 131

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Angelo Passerini, 8 – 25070 Nozza di Vestone (BS)
Telefono: 0365-81151
Fax: 0365-821044
E-mail: segreteria@fondazioneangelopasserini.it
Web: http://www.fondazioneangelopasserini.it/attivita-03.html
Responsabilità legale: Giovan Marino Crescini (Fondazione Angelo Passerini)
Responsabile medico: Daniele Bellandi
Responsabile infermieristico: Annamaria Bonomini
Altro referente: Desiré Bonomi (Amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE CASA DI CURA DOMUS SALUTIS

Codice: 11

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lazzaretto, 3 – 25123 Brescia (BS)
Telefono: 030-37091
Fax: 030-3709423
E-mail: dirsanitaria-segreteria.domus@poliambulanza.it
Web: http://www.domussalutis.it/default.asp?M=127|117|0
Responsabilità legale: Gianna Magri
(Congregazione Suore Ancelle della Carità)
Responsabile medico: Giovanni Zaninetta
Responsabile infermieristico: Rosetta Capelli
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La costruzione della nuova sede è stata ultimata nell'anno 1996
Anno di attivazione: 1987

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (29 posti letto in 29 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ORZINUOVI AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI

Codice: 12

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Galileo Galilei, 1 – 25034 Orzinuovi (BS)
Telefono: 030-9944370
Fax: 030-9944371
E-mail: hospice.poorzinuovi@aochiari.it
Web: http://www.aochiari.it/servizi.asp?idroot=6&id=269
Responsabilità legale: Gabriele Tonini (Azienda Ospedaliera Mellino Mellini)
Responsabile medico: Giacono Bertinetti
Responsabile infermieristico: Liliana Tomasoni
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2002
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa

L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 7 giorni
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 09/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE FONDAZIONE OSPEDALE E CASA DI RIPOSO NOBILE PAOLO RICHIEDEI

Codice: 44

LOMBARDIA – ASL PROV. DI BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Richiedei, 16 – 25064 Gussago (BS)
Telefono: 030-2528280
Fax: 030-2528485
E-mail: hospice@richiedei.it
Web: http://www.richiedei.it/ser_gus.asp?tid=11
Responsabilità legale: Piero Isonni
(Fondazione Ospedale e Casa di Riposo Nobile Paolo Richiedei)
Responsabile medico: Monica De Martinis
Responsabile infermieristico: Mirella Piecentini
Altro referente: Michela Piva (Amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE IL GELSO
FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS

Codice: 141

LOMBARDIA – ASL PROV. DI COMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Prina, 1 – 22036 Erba (CO)
Telefono: 031-3332157
Fax: 031-3332160
E-mail: hospice@giuseppinaprina.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Enrico Ghioni (Fondazione Giuseppina Prina)
Responsabile medico: Evelina Perego
Responsabile infermieristico: Maria Grazia Castelletti
Altro referente: Silvia Nava (Medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 19/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE SAN MARTINO DI COMO

Codice: 16

LOMBARDIA – ASL PROV. DI COMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Castelnuovo, 1 – 22100 Como (CO)
Telefono: 031-305888
Fax: 031-3109794
E-mail: hospicesanmartino@tiscali.it
Web: http://www.accanto-onlus.it/hospice-san-martino.html
Responsabilità legale: Filippo Borasio
(Cooperativa sociale L'Arciere Assistenza – onlus)
Responsabile medico: Maurizio Ferretto
Responsabile infermieristico: Francesca Meroni
Altro referente: Daniele Isidori (Coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Cooperativa Sociale)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2004
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE IL MANTELLO (HOSPICE TRANSITORIO) UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA DI COMO

Codice: 15

LOMBARDIA – ASL PROV. DI COMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Isonzo 42/B – 22066 Mariano Comense (CO)
Telefono: 031-755203
Fax: 031-755368
E-mail: carla.longhi@hsacomo.org
Web: http://www.hsacomo.org/visrep.php?coduo=42&idpres=06&nomeuo=Cure%20Palliative%20-%20Hospice
Responsabilità legale: Roberto Antinozzi (Azienda Ospedaliera Sant'Anna)
Responsabile medico: Carla Longhi
Responsabile infermieristico: Anna Scanziani
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Ospedaliera e associazione di volontariato)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 7 camere, di cui 1 doppia e 6 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 26/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE c/o RSA
FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI

Codice: 121

LOMBARDIA – ASL PROV. DI CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Kennedy, 2 – 26013 Crema (CR)
Telefono: 0373-206270
Fax: 0373-206296
E-mail: inhospice@fbconlus.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Gualtiero Donzelli
(Fondazione Benefattori Cremaschi onlus)
Responsabile medico: Luigi Enterri
Responsabile infermieristico: Patrizia Ingiardi
Altro referente: Luciano Orsi (Coordinatore rete cure palliative)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE CASA DI CURA SAN CAMILLO DI CREMONA

Codice: 17

LOMBARDIA – ASL PROV. DI CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Mantova, 113 – 26100 Cremona (CR)
Telefono: 0372-567201
Fax: 0372-433349
E-mail: madamini@tin.it
Web: http://www.casadicurasancamillo.it/degenza.asp?id=9
Responsabilità legale: Giulio Conci (Casa di Cura San Camillo)
Responsabile medico: Massimo Damini
Responsabile infermieristico: Lorenza Sbernini
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005
Anno di attivazione: 1998

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (13 posti letto in 13 camere, tutte singole di cui 5 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (3 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITÀ

Codice: 18

LOMBARDIA – ASL PROV. DI CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Aselli, 14 – 26100 Cremona (CR)
Telefono: 0372-535711
Fax: 0372-5357700
E-mail: pignata-michele@ancelle.it
Web: http://www.ancelle.it
Responsabilità legale: Maria Pia Ruggeri (Casa di Cura Ancelle della Carità)
Responsabile medico: Paolo Bini
Responsabile infermieristico: Rosalba Ferraresi
Altro referente: Michele Pignata (Medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 09/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE – ASSOCIAZIONE CREMONESE PER LA CURA DEL DOLORE – AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

Codice: 19

LOMBARDIA – ASL PROV. DI CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Largo Priori, 1 – 26100 Cremona (CR)
Telefono: 0372-405164
Fax: 0372-405330
E-mail: hosp.aioc@e-cremona.it
Web: http://www.accdcr.org
Responsabilità legale: Cornelio Coppini
(Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona)
Responsabile medico: Donatella Giannunzio
Responsabile infermieristico: Giuseppina Generali
Altro referente: Giorgio Nolli (Direttore associazione)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Ospedaliera e associazione)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE IL NESPOLO
ASSOCIAZIONE FABIO SASSI

Codice: 20

LOMBARDIA – ASL PROV. DI LECCO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Francesco, 18-20-22 – 23881 Airuno (LC)
Telefono: 039-99451
Fax: 039-945214/9271083
E-mail: hospiceilnespolo@libero.it
Web: http://www.fabiosassi.it/hospice_presentazione.php
Responsabilità legale: Domenico Basile (Associazione Fabio Sassi)
Responsabile medico: Mauro Marinari
Responsabile infermieristico: Ida Massari
Altro referente: Emilio Zanmarchi (Delegato CdA)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (associazione)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, mediante gruppi di mutuo aiuto e telefono dedicato
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 18/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VILLA CARPANEDA
A.S.P. VILLA CARPANEDA DI RODIGO

Codice: 46

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MANTOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Castello, 13 – 46040 Rodigo (MN)
Telefono: 0376-650201
Fax: 0376-650372
E-mail: info@villacarpaneda.it; CristinaRazzini@villacarpaneda.it
Web:http://www.villacarpaneda.it/prod04.htm
Responsabilità legale: Aldo Avanzi
(ASP Villa Carpaneda Casa di Cura e Riabilitazione)
Responsabile medico: Giovanni Paganini
Responsabile infermieristico: Laura Rosa
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IPAB)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 24 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 26/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SAN PIETRO
COOPERATIVA SOCIALE IN CAMMINO

Codice: 21

LOMBARDIA – ASL PROV. DI MANTOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Pietro, 28/B – 46043 Castiglione delle Stiviere (MN)
Telefono: 0376-861211
Fax: 0376-8612130
E-mail: info@residenzasanpietro.it
Web: http://www.residenzasanpietro.it/residenza03.htm
Responsabilità legale: Guerrino Nicchio
(Cooperativa sociale In Cammino scarl – onlus)
Responsabile medico: Amalia Simari
Responsabile infermieristico: Rosita Zuzzi
Altro referente: Enza Moratti (Direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Cooperativa Sociale)
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2003
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (SEDE IN VIA BOEZIO) FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

Codice: 37

LOMBARDIA – ASL PROV. DI PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Boezio, 28 – 27100 Pavia (PV)
Telefono: 0382-593721/20
Fax: 0382-593081
E-mail: dmiotti@fsm.it
Web: http://www.fsm.it/cen_pavia_b/index.html
Responsabilità legale: Umberto Maugeri (Fondazione Salvatore Maugeri)
Responsabile medico: Danilo Miotti
Responsabile infermieristico: Stefania Melino
Altro referente: Giovanna Bonetti

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (IRCCS privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (20 posti letto in 20 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (4 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 21/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE (SEDE IN VIA MAUGERI) FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

Codice: 38

LOMBARDIA – ASL PROV. DI PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Maugeri, 10 – 27100 Pavia (PV)
Telefono: 0382-592744
Fax: 0382-592096
E-mail: ppreti@fsm.it; grossi@fsm.it
Web: http://www.fsm.it/ist_pavia/index.html
Responsabilità legale: Umberto Maugeri (Fondazione Salvatore Maugeri)
Responsabile medico: Pietro Preti
Responsabile infermieristico: Epifania Carvania
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (IRCCS privato)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (24 posti letto)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 13/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE SAN MARTINO DI MEDE – AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Codice: 39

LOMBARDIA – ASL PROV. DI PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via dei Mille, 23 – 27035 Mede (PV)
Telefono: 0384-808320
Fax: 0384-803323
E-mail: pietro_preti@ospedali.pavia.it; Domenico_Vlacos@ospedali.pavia.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Luigi Sanfilippo
(Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia)
Responsabile medico: Pietro Preti
Responsabile infermieristico: Susanna Rossi
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Ospedaliera e IRCCS privato)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (9 posti letto in 9 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 18/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DELL'ISTITUTO DI ASSISTENZA E CURA SANTA MARGHERITA – ASP ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA

Codice: 42

LOMBARDIA – ASL PROV. DI PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Emilia, 12 – 27100 Pavia (PV)
Telefono: 0382-381124/381250/381128
Fax: 0382-381218
E-mail: info@asppavia.it
Web: http://www.asppavia.org/SM.html
Responsabilità legale: Sergio Contrini
(ASP Istituzioni Assistenziali Riunite Pavia)
Responsabile medico: Lorenza Bergamaschi
Responsabile infermieristico: Giustina Cataldo
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (azienda servizi alla persona)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 20/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE DI MORBEGNO – AZIENDA OSPEDALIERA VALTELLINA E VALCHIAVENNA

Codice: 154

LOMBARDIA – ASL PROV. DI SONDRIO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Morelli, 1 – 23017 Morbegno (SO)
Telefono: 0342-607400
Fax: 0342-607403
E-mail: curepalliative.morbegno@aovv.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Roberto Rotasperti (Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna)
Responsabile medico: Donato Valenti
Responsabile infermieristico: Sandra Peciccia
Altro referente: Raniero Ambiel (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (5 posti letto in 5 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla OICP

HOSPICE ALTACHIARA 3SG CAMELOT

Codice: 43

LOMBARDIA – ASL PROV. DI VARESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Padre Lega, 54 – 21013 Gallarate (VA)
Telefono: 0331-750301
Fax: non indicato
E-mail: prcamelot@3sg.it; info@3sg.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giancarlo Durante (3SG Camelot)
Responsabile medico: Simonetta Vernocchi
Responsabile infermieristico: Sara Rigamonti
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata (RSA privata)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 28 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Codice: 14

LOMBARDIA – ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Manzoni, 142 – 24060 Esine (BS)
Telefono: 0364-369033
Fax: 0364-369031
E-mail: strazzeriroberto@libero.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Angelo Foschini (ASL Vallecamonica-Sebino)
Responsabile medico: Roberto Strazzeri
Responsabile infermieristico: Silvia Bertoni
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (4 posti letto in 4 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 23/10/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

MARCHE

Popolazione residente: 1.528.809
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Marche **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi tre hospice pubblici per un totale di 25 posti letto (pari a 0,16 posti letto per ogni 10.000 residenti)** (Figura 23 e Tabella 44), tutti finanziati ex Legge n. 39/99.

La programmazione regionale si è orientata anche per il futuro verso l'adozione di un modello di hospice a gestione pubblica e, in particolare (Tabella 45):

- entro la fine del 2008 saranno operativi probabilmente altri quattro hospice pubblici per 39 posti letto, tutti attualmente in fase di realizzazione grazie all'impiego dei finanziamenti ex Legge n. 39/99;
- per il periodo successivo al 2008 è prevista l'attivazione di ulteriori due hospice pubblici per 16 posti letto, strutture che attualmente sono in fase di progetto e che verranno anch'esse finanziate ex Legge n. 39/99.

Figura 23 – Marche: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

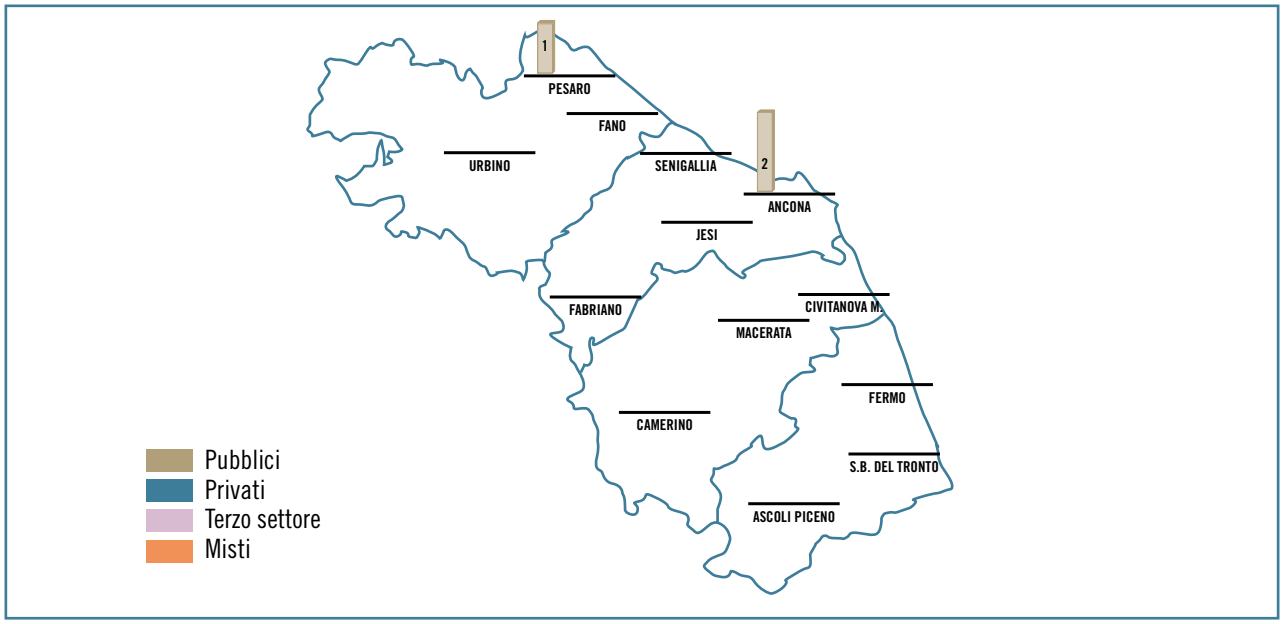


Tabella 44 – Marche: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Zone Territoriali dell'ASUR Marche (Azienda Sanitaria Unica Regionale)	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
Zona 1 Pesaro (*)	**1**	**6**	1	6							149.115	0,40
Zona 2 Urbino	**0**	**0**									82.978	-
Zona 3 Fano	**0**	**0**									136.576	-
Zona 4 Senigallia	**0**	**0**									77.962	-
Zona 5 Jesi	**0**	**0**									105.878	-
Zona 6 Fabriano	**0**	**0**									47.351	-
Zona 7 Ancona	**2**	**19**	2	19							246.517	0,77
Zona 8 Civitanova Marche	**0**	**0**									117.112	-
Zona 9 Macerata	**0**	**0**									135.571	-
Zona 10 Camerino	**0**	**0**									49.101	-
Zona 11 Fermo	**0**	**0**									159.269	-
Zona 12 S.B. del Tronto	**0**	**0**									102.280	-
Zona 13 Ascoli Piceno	**0**	**0**									119.099	-
TOTALE	**3**	**25**	**3**	**25**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.528.809**	**0,16**

(*) Si evidenzia che la struttura di cure palliative di 6 posti letto operativa presso la Zona 1 di Pesaro non rispetta ancora tutti i requisiti previsti dal DPCM del 20/01/2000. Per motivi di rendicontazione, tali posti letto sono comunque stati inseriti nella tabella regionale poiché risultano finanziati ex Legge n. 39/99.

Tabella 45 – Marche: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospiceche diventeranno operativi dopo il 2008			
Zone Territoriali dell'ASUR Marche (Azienda Sanitaria Unica Regionale)	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
Zona 1 Pesaro	**1**	**6**	1	6					149.115	0,40
Zona 2 Urbino	**0**	**0**							82.978	-
Zona 3 Fano	**1**	**8**					1	8	136.576	0,59
Zona 4 Senigallia	**0**	**0**							77.962	-
Zona 5 Jesi	**0**	**0**							105.878	-
Zona 6 Fabriano	**1**	**8**			1	8			47.351	1,69
Zona 7 Ancona	**2**	**19**	2	19					246.517	0,77
Zona 8 Civitanova Marche	**0**	**0**							117.112	-
Zona 9 Macerata	**1**	**8**					1	8	135.571	0,59
Zona 10 Camerino	**1**	**12**			1	12			49.101	2,44
Zona 11 Fermo	**1**	**10**			1	10			159.269	0,63
Zona 12 S.B. del Tronto	**0**	**0**							102.280	-
Zona 13 Ascoli Piceno	**1**	**9**			1	9			119.099	0,76
TOTALE	**9**	**80**	**3**	**25**	**4**	**39**	**2**	**16**	**1.528.809**	**0,52**

(*) Il dato complessivo di 80 posti letto previsti, risultanti a seguito delle dichiarazioni riportate sui questionari ricevuti, non corrisponde agli 87 posti letto previsti dal Progetto regionale hospice in base alla DGR n. 1993/2000 e al successivo aggiornamento deliberato con la DGR n. 649/2002.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Con la **DGR n. 1993 del 20 ottobre 2000** e con il successivo aggiornamento **DGR n. 649 del 3 aprile 2002** la Regione Marche ha approvato il "*Progetto regionale hospice*" e i progetti preliminari presentati al Ministero della Salute per l'attuazione del "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" e per l'assegnazione dei finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Tra gli obiettivi esplicitati dalla Regione si sottolinea in particolare l'intenzione di creare la "*rete degli hospice regionali*" mediante l'adeguamento, la ristrutturazione e/o la riconversione sia di strutture ospedaliere sia di RSA, ma anche di potenziare parallelamente l'assistenza domiciliare.

La Regione ha inoltre predisposto una *normativa specifica per quanto riguarda l'accreditamento degli hospice*, specificandone i requisiti minimi nel **Manuale di Accreditamento** ("Sistema e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della Regione Marche"), ai sensi della **LR n. 20 del 16 marzo 2000** "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

Non risulta che la Regione abbia definito un sistema tariffario specifico per gli hospice.

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE IN ASSISTENZA ONCOLOGICA E CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SAN SALVATORE

Codice: 169

MARCHE – ASUR ZONA 1 PESARO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lombroso (zona Muraglia) – 61100 Pesaro (PU)
Telefono: 0721-364191/364097
Fax: 0721-364094
E-mail: oncologia@ospedalesansalvatore.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Eugenio Porfido
(Azienda Ospedaliera Ospedale San Salvatore)
Responsabile medico: Giuseppina Catalano
Responsabile infermieristico: Luciano Di Luca
Altro referente: Stefano Luzi Fedeli
(Responsabile SOS Assistenza Oncologica e Cure Palliative)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: non indicato

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto in 4 camere, di cui 2 doppie e 2 singole, nessuna con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 1 giorno
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 12/10/2006 e firmato dal Direttore sanitario
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla OICP

HOSPICE LORETO
ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 7

Codice: 81

MARCHE – ASUR ZONA 7 ANCONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Francesco, 1 – 60025 Loreto (AN)
Telefono: 071-7509330
Fax: 071-7509330
E-mail: BoaroE@asurzona7.marche.it; campellim@asurzona7.marche.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Antonio Maria Novelli
(ASUR Marche – Zona Territoriale 7 Ancona)
Responsabile medico: Enrico Boaro
Responsabile infermieristico: Andrea Marconi
Altro referente: Roberto Galassi (Coordinatore medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (9 posti letto in 9 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 12 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 19/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI CHIARAVALLE
ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 7

Codice: 278

MARCHE – ASUR ZONA 7 ANCONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Rosselli, 176 – 60033 Chiaravalle (AN)
Telefono: 071-7490202
Fax: 071-7490760
E-mail: non indicato
Web: non indicato
Responsabilità legale: Antonio Maria Novelli (Asur Marche – Zona Territoriale 7 Ancona)
Responsabile medico: Ubaldo Talozzi
Responsabile infermieristico: Cristiana Sbaffi
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 05/10/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice identificato da segnalazione spontanea

MOLISE

Popolazione residente: 320.907
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Molise **al 31 dicembre 2006 risultava operativo un hospice pubblico con 11 posti letto**.

Tale struttura, realizzata grazie ai finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e attivata nel 2005, è sufficiente a posizionare l'attuale offerta regionale a **0,34 posti letto ogni 10.000 residenti**, cioè a un livello superiore alla media nazionale (Figura 24 e Tabella 46).

Non risultano programmati ulteriori hospice per il futuro.

Figura 24 – Molise: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

Tabella 46 – Molise: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
ASREM	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
Azienda Sanitaria Regionale del Molise	**1**	**11**	1	11							320.907	0,34
TOTALE	**1**	**11**	**1**	**11**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**320.907**	**0,34**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il quadro normativo che la Regione Molise ha approvato nell'ambito delle cure palliative **(DGR n. 1203 del 25 settembre 2000, DGR n. 802 del 10 giugno 2002, DGR n. 1117 del 29 settembre 2003, DGR n. 111 del 16 febbraio 2004, DGR n. 112 del 16 febbraio 2004)** attiene alla definizione preliminare, approvazione e successivi aggiornamenti del *progetto per realizzare l'unico hospice regionale*, nonché all'erogazione dei finanziamenti ex Legge n. 39/99 assegnati dal Ministero della Salute e utilizzati dalla Regione per realizzare il suddetto hospice.

Non risultano normative regionali specifiche in materia di *autorizzazioni e accreditamento* degli hospice.

Si sottolinea che il Molise sta attualmente vivendo una fase di intensa trasformazione istituzionale, ad opera della **LR n. 9 del 1 aprile 2005** "*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*" che, tra le altre cose, ha previsto la costituzione di un'unica Azienda Sanitaria Regionale (ASREM) e la necessità di definire un nuovo Piano Sanitario Regionale.

HOSPICE MADRE TERESA DI CALCUTTA DI LARINO – ASREM AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE

Codice: 96

MOLISE – ASRE MOLISE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via A. Marra, 4 – 86035 Larino (CB)
Telefono: 0874-827791/90/75
Fax: 0874-820377
E-mail: hospicelarino@virgilio.it; gi.sabetti@tiscali.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Sergio Florio (ASREM Molise)
Responsabile medico: Carmine Antonio Travaglini
Responsabile infermieristico: Enrica Di Spirito
Altro referente: Lucia Moraca (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2004

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (11 posti letto in 16 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

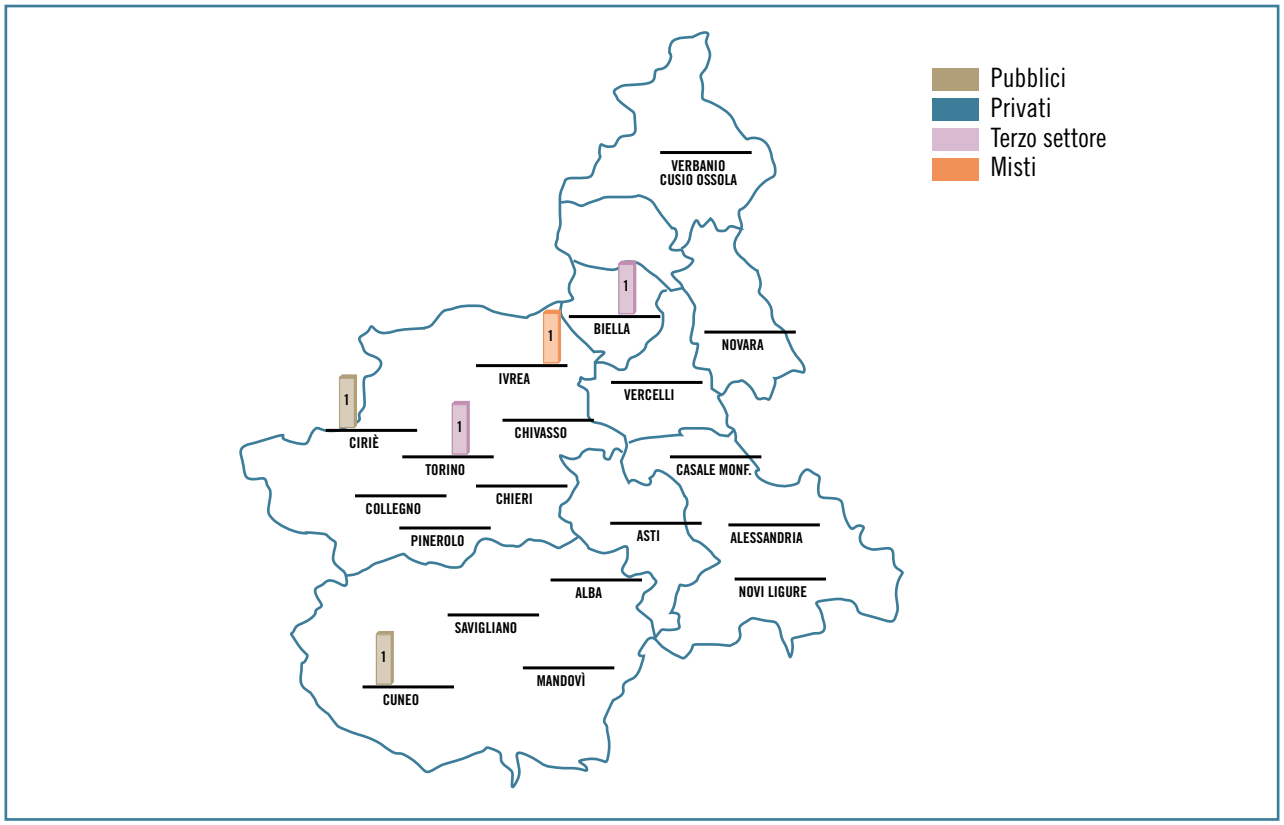
PIEMONTE

Popolazione residente: 4.341.733
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Piemonte **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi cinque hospice**, di cui due pubblici, due gestiti da organizzazioni del Terzo settore e uno a gestione mista pubblico/privato (Figura 25 e Tabella 47).

Questi cinque hospice operativi garantiscono un totale di **51 posti letto, pari a 0,12 posti letto per ogni 10.000 residenti.** In particolare quattro di questi hospice sono stati realizzati grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Figura 25 – Piemonte: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007

Nel mese di maggio 2007 sono stati inaugurati l'hospice di Gattinara dell'ASL 11 di Vercelli (con 10 posti letto) e l'hospice di Galliate dell'ASL 13 di Novara (con 8 posti letto), entrambi a gestione pubblica.

Tabella 47 – Piemonte: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
ASL 1 DI TORINO	**1**	**14**					1	14			256.221	0,55
ASL 2 DI TORINO	**0**	**0**									236.311	-
ASL 3 DI TORINO	**0**	**0**									216.460	-
ASL 4 DI TORINO	**0**	**0**									191.616	-
ASL 5 DI COLLEGNO	**0**	**0**									373.839	-
ASL 6 DI CIRIÈ	**1**	**8**	1	8							178.946	0,45
ASL 7 DI CHIVASSO	**0**	**0**									194.610	-
ASL 8 DI CHIERI	**0**	**0**									295.775	-
ASL 9 DI IVREA	**1**	**8**							1	8	188.583	0,42
ASL 10 DI PINEROLO	**0**	**0**									132.309	-
ASL 11 DI VERCELLI	**0**	**0**									174.936	-
ASL 12 DI BIELLA	**1**	**10**					1	10			178.211	0,56
ASL 13 DI NOVARA	**0**	**0**									332.272	-
ASL 14 VERBANO C.O.	**0**	**0**									173.194	-
ASL 15 DI CUNEO	**1**	**11**	1	11							156.493	0,7
ASL 16 DI MONDOVÌ	**0**	**0**									86.631	-
ASL 17 DI SAVIGLIANO	**0**	**0**									165.127	-
ASL 18 DI ALBA	**0**	**0**									163.695	-
ASL 19 DI ASTI	**0**	**0**									202.158	-
ASL 20 DI ALESSANDRIA	**0**	**0**									186.963	-
ASL 21 DI CASALE MONFER.	**0**	**0**									114.887	-
ASL 22 DI NOVI LIGURE	**0**	**0**									142.496	-
TOTALE	**5**	**51**	**2**	**19**	**0**	**0**	**2**	**24**	**1**	**8**	**4.341.733**	**0,12**

Per integrare l'attuale offerta regionale è stata programmata la realizzazione di nuovi hospice, le cui fasi di attuazione (Tabella 48) si delineano come segue:

- nel corso del biennio 2007-08 si prevede che potranno essere attivati altri 10 hospice pubblici per 116 posti letto, tutti confermati dalla Regione e finanziati ex Legge n. 39/99, di cui otto risultano attualmente in fase di realizzazione e due sono già stati realizzati, ma non sono ancora operativi;
- per il periodo successivo al 2008 risultano previsti ulteriori tre hospice per 24 posti letto, anch'essi tutti pubblici e finanziati dal Ministero ex Legge n. 39/99.

Tabella 48 – Piemonte: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASL 1 DI TORINO	2	24	1	14	1	10			256.221	0,94
ASL 2 DI TORINO	1	8					1	8	236.311	0,34
ASL 3 DI TORINO	1	8					1	8	216.460	0,37
ASL 4 DI TORINO	0	0							191.616	-
ASL 5 DI COLLEGNO	1	8					1	8	373.839	0,21
ASL 6 DI CIRIÈ	2	18	1	8	1	10			178.946	1,01
ASL 7 DI CHIVASSO	1	10			1	10			194.610	0,51
ASL 8 DI CHIERI	0	0							295.775	-
ASL 9 DI IVREA	1	8	1	8					188.583	0,42
ASL 10 DI PINEROLO	1	16			1	16			132.309	1,21
ASL 11 DI VERCELLI (*)	1	10			1	10			174.936	0,57
ASL 12 DI BIELLA	1	10	1	10					178.211	0,56
ASL 13 DI NOVARA (*)	1	8			1	8			332.272	0,24
ASL 14 VERBANO C.O.	1	20			1	20			173.194	1,15
ASL 15 DI CUNEO	1	11	1	11					156.493	0,70
ASL 16 DI MONDOVÌ	0	0							86.631	-
ASL 17 DI SAVIGLIANO	0	0							165.127	-
ASL 18 DI ALBA	1	8			1	8			163.695	0,49
ASL 19 DI ASTI	0	0							202.158	-
ASL 20 DI ALESSANDRIA	1	16			1	16			186.963	0,86
ASL 21 DI CASALE MONF.	1	8			1	8			114.887	0,70
ASL 22 DI NOVI LIGURE	0	0							142.496	-
TOTALE	**18**	**191**	**5**	**51**	**10**	**116**	**3**	**24**	**4.341.733**	**0,44**

(*) Attivati nel 2007 l'hospice c/o Presidio Ospedaliero di Gattinara e l'hospice di Galliate c/o Ospedale San Rocco (vedi Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il Piemonte è stata una delle prime Regioni a definire un quadro normativo specifico nell'ambito delle cure palliative, evidenziando nel tempo la scelta di orientarsi verso un modello flessibile, che vede la collocazione degli hospice non solo nella rete sanitaria ospedaliera, ma anche in quella extra-ospedaliera, con uno stretto coordinamento dell'assistenza palliativa con le altre attività domiciliari.

Già nel 1997 la Giunta regionale aveva deliberato di costituire un primo *gruppo operativo per le cure domiciliari oncologiche*, prevedendo l'elaborazione di specifiche linee guida regionali (**DGR n. 72-17691 del 24 marzo 1997**).

Le principali e più recenti normative della Regione Piemonte che delineano il quadro di riferimento nell'ambito delle cure palliative, sono le seguenti:

- la **DGR n. 17-24510 del 6 maggio 1998** "*Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi, tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte*". Tali linee guida hanno voluto proporre un *modello organizzativo regionale in grado di garantire continuità e specificità delle cure palliative, soprattutto in ambito oncologico* e in particolare:
  - hanno individuato nelle *UOCP* (Unità Operative di Cure Palliative) le organizzazioni a cui si assegna il ruolo di coordinamento e integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, in hospice, in day-hospice) e dei vari soggetti coinvolti (sanitari e sociali, pubblici e privati, ospedalieri e territoriali);
  - hanno stabilito i *requisiti minimi strutturali, organizzativi e gestionali e le modalità di tariffazione degli hospice* (euro 180,76 per giornata di degenza, tariffa che successivamente è stata aggiornata dalla **DGR n. 35-29525 del 1 marzo 2000** e dalla **DGR n. 16-3259 del 18 giugno 2001** fino agli attuali *euro 258,23 per giornata di degenza*).
- la **DGR n. 15-7336 del 14 ottobre 2002** "*Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma regionale per le cure palliative*". In particolare tale delibera ha aggiornato la precedente DGR n. 17-24510 del 6 maggio 1998, adeguando le nuove linee guida all'obiettivo di *realizzare una rete regionale di cure palliative per tutti i pazienti in fase avanzata di patologia, in attuazione della normativa nazionale*.
- la **DGR n. 55-13238 del 3 agosto 2004** "Ulteriori modifiche e integrazioni della DGR n. 41-5952 del 7 maggio 2002, della *DGR n. 15-7336 del 14 ottobre 2002* e della DGR n. 62-9692 del 16 giugno 2003 inerenti, rispettivamente, le linee guida regionali del Servizio cure domiciliari, *le linee guida per l'applicazione delle cure palliative* e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di cure domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate".

In particolare tale delibera:

- ha proposto un *modulo assistenziale di cure palliative domiciliari*, all'interno dell'assistenza domiciliare ad alta intensità;
- ha stabilito come *attuare, rilevare e valorizzare le attività delle UOCP*, differenziandole dalle prestazioni eseguite a livello domiciliare;
- ha stabilito la *tariffa per l'assistenza domiciliare prestata dal personale dell'équipe della UOCP*, pari a euro 70,00 per giornata di effettiva assistenza svolta.

HOSPICE FARO SERGIO SUGLIANO c/o IL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN VITO AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO – FONDAZIONE FARO

Codice: 6

PIEMONTE – AUSL 1 DI TORINO

Dati anagrafici

Indirizzo: Strada Comunale San Vito – Revigliasco, 34 – 10133 Torino (TO)
Telefono: 011-630281
Fax: 011-63028201
E-mail: hospice@fondazionefaro.it
Web: http://www.fondazionefaro.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Giuseppe Cravetto (Fondazione F.A.R.O. onlus)
Responsabile medico: Alessandro Valle
Responsabile infermieristico: Anna Maria Pertile
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 180 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 26/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI LANZO TORINESE
ASL 6 CIRIÈ

Codice: 7

PIEMONTE – ASL 6 DI CIRIÈ

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Marchesi della Rocca, 30 – 10074 Lanzo Torinese (TO)
Telefono: 0123-300545/550
Fax: 0123-300617
E-mail: lanzo.hospice@asl6.piemonte.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giorgio Rabino (ASL 6 di Ciriè)
Responsabile medico: Silvana Sabbaa
Responsabile infermieristico: Sabrina Della Valle
Altro referente: Felicita Mosso (Responsabile attività clinica)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 1999

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2001

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 21/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE VILLA SCLOPIS
ASL 9 IVREA – ASSOCIAZIONE CASAINSIEME

Codice: 208

PIEMONTE – ASL 9 DI IVREA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Sant'Urbano – 10010 Salerano Canavese (TO)
Telefono: non indicato
Fax: non indicato
E-mail: giovanni.bersano@tin.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Marina Fresco (ASL 9 Ivrea)
Responsabile medico: Giovanni Bersano
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: Gaetano Cestonaro (Presidente di Casa Insieme onlus)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria e associazione)
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/10/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice identificato da segnalazione spontanea

HOSPICE FONDAZIONE L'ORSA MAGGIORE
c/o IPAB ISTITUTO BELLETTI BONA DI BIELLA

Codice: 4

PIEMONTE – ASL 12 DI BIELLA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Belletti Bona, 20 – 13900 Biella (BI)
Telefono: 015-8352111
Fax: 015-8352112
E-mail: hospicebiella@tin.it
Web: http://www.legatumoribiella.it
Responsabilità legale: Mauro Valentini (Fondazione L'Orsa Maggiore onlus)
Responsabile medico: Mariangela De Pascalis
Responsabile infermieristico: Monica Rattin
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/08/2006 (non firmato)
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI BUSCA c/o RSA
ASL 15 CUNEO

Codice: 5

PIEMONTE – ASL 15 DI CUNEO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Regina Margherita, 10 – 12022 Busca (CN)
Telefono: 0171-948736
Fax: 0171-948732
E-mail: curepalliative@asl15.it
Web: http://www.uocp.it
Responsabilità legale: Stefano Silvano (ASL 15 di Cuneo)
Responsabile medico: Pietro La Ciura
Responsabile infermieristico: Luisa Bianco
Altro referente: Bruno Durbano (responsabile)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 1999

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 1999

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (11 posti letto in 11 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 135 giorni e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 18/09/2006 e firmato dal Direttore amministrativo
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

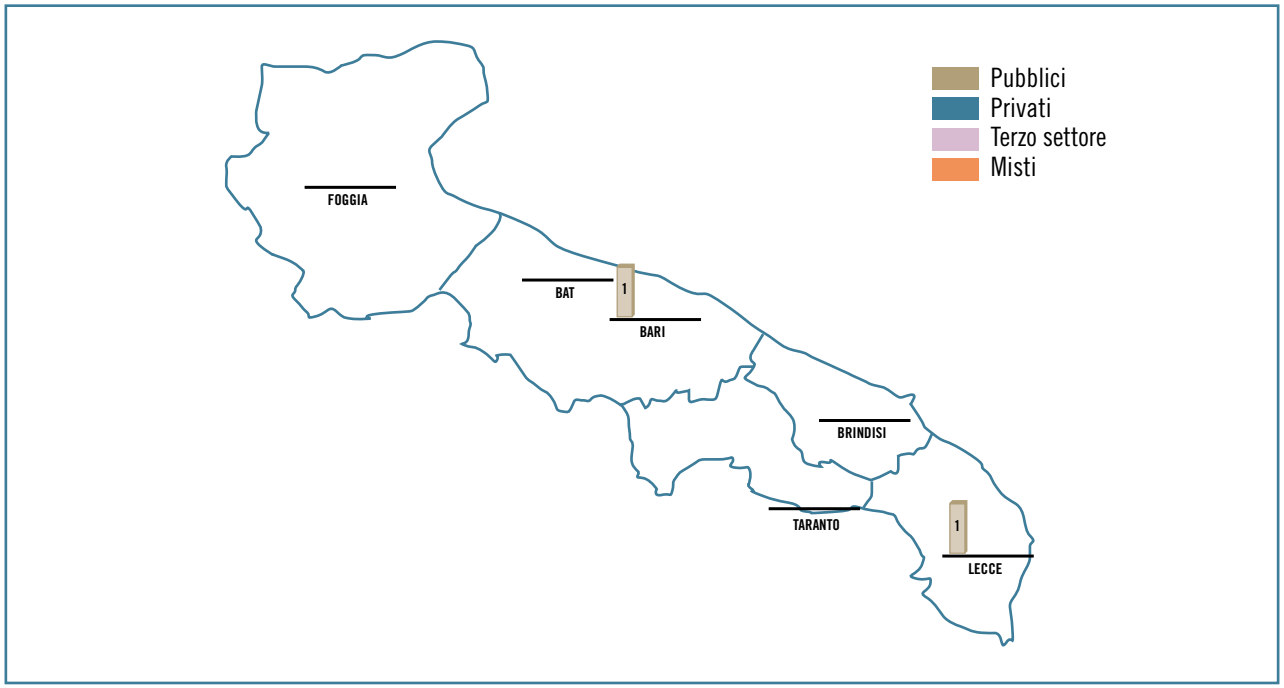
PUGLIA

Popolazione residente: 4.071.518
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Puglia **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice pubblici per un totale di 20 posti letto**, entrambi realizzati grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99.

L'attuale offerta del territorio regionale, pari a **0,05 posti letto in hospice ogni 10.000 residenti** (Figura 26 e Tabella 49) risulta al di sotto della media italiana di 0,23 posti letto ogni 10.000 residenti.

Figura 26 – Puglia: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007

Nel 2007 è diventato operativo anche l'hospice Don Uva - Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza della AUSL di Foggia. Si tratta di un hospice gestito da un Ente ecclesiastico con 12 posti letto, non finanziato dalla Legge n. 39/99.

Tabella 49 – Puglia: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
AUSL BARI	**1**	**8**	1	8							1.248.930	0,06
AUSL BAT (Barletta Andria Trani)	**0**	**0**									387.997	-
AUSL BRINDISI	**0**	**0**									403.786	-
AUSL FOGGIA	**0**	**0**									642.705	-
AUSL LECCE	**1**	**12**	1	12							807.424	0,15
AUSL TARANTO	**0**	**0**									580.676	-
TOTALE	**2**	**20**	**2**	**20**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4.071.518**	**0,05**

La programmazione regionale prevede un'azione piuttosto incisiva, la cui attuazione è già in corso e porterà nei prossimi anni la Puglia ad avere 11 hospice (Tabella 50), di cui:

- sette nuovi hospice che diventeranno operativi presumibilmente già entro la fine del 2008, per un totale di 116 posti letto, tutti in fase di realizzazione o di ultimazione; in particolare, si tratta di due hospice pubblici e uno a gestione mista pubblico/privato (tutti e tre finanziati ex Legge n. 39/99), più altre quattro strutture gestite da organizzazioni religiose, di cui due finanziate ex Legge n. 39/99;
- due ulteriori hospice che saranno operativi dopo il 2008, per 24 posti letto. Nello specifico si tratta di strutture in progetto, di cui un hospice pubblico finanziato ex Legge n. 39/99 e un hospice da realizzarsi presso un IRCCS, auto-finanziato e gestito da un ente ecclesiastico.

Tabella 50 – Puglia: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
AUSL BARI	**4**	**54**	1	8	3	46			1.248.930	0,43
AUSL BAT (Barletta Andria Trani)	**1**	**20**			1	20			387.997	0,52
AUSL BRINDISI	**1**	**8**					1	8	403.786	0,20
AUSL FOGGIA (*)	**3**	**36**			2	20	1	16	642.705	0,56
AUSL LECCE	**2**	**42**	1	12	1	30			807.424	0,52
AUSL TARANTO	**0**	**0**							580.676	-
TOTALE	**11**	**160**	**2**	**20**	**7**	**116**	**2**	**24**	**4.071.518**	**0,39**

(*) Attivato nel 2007 hospice Don Uva - Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza (Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Con la **DGR n. 1299 del 17 ottobre 2000** la Regione Puglia ha approvato il "*Programma per la rete delle cure palliative in Puglia*", esplicitando la necessità di realizzare centri residenziali per le cure palliative e definendo il loro ruolo nell'ambito del *Sistema integrato delle reti di assistenza per le cure palliative*, in modo che la loro operatività a livello locale risultasse in *sinergia con le reti di solidarietà sociale e con i soggetti impegnati nell'ambito dell'assistenza domiciliare*, in un'ottica di sistema con interventi coordinati.

Nel Programma si sottolinea inoltre in modo chiaro l'*importante ruolo del Terzo settore*, visto che "*le Aziende Sanitarie sono tenute a sviluppare la rete delle cure palliative di concerto con gli enti locali, la rete della solidarietà sociale, le associazioni di volontariato impegnate in campo oncologico e altro privato sociale, profit e non, realizzando in tal modo un vero e proprio "patto" con precisa definizione degli impegni cui ciascuna componente dovrà ottemperare*".

Successivamente, con la **DGR n. 1980 del 3 dicembre 2002** e con i successivi aggiornamenti approvati nella **DGR n. 551 del 17 aprile 2003**, è stato definito il "*Programma regionale di completamento per la realizzazione di centri di cure palliative*", con l'obiettivo di identificare gli hospice programmati e distribuire alle varie aziende sanitarie regionali i finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 erogati per la loro realizzazione.

Si sottolinea inoltre che la Regione Puglia, attraverso la **DGR n. 1365 del 3 settembre 2004** "*Determinazione tariffe hospice"*, ha stabilito in *euro 196,22 la tariffa giornaliera da corrispondere agli hospice*.

Per quanto riguarda infine l'autorizzazione e l'accreditamento, gli hospice sono soggetti alla **LR n. 8 del 28 maggio 2004** "*Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*", nella quale non sono individuati requisiti specifici per le strutture residenziali di cure palliative.

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE c/o IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI GRUMO APPULA – AUSL BARI

Codice: 98

PUGLIA - AUSL BARI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via della Repubblica (c/o Ospedale Civile)
70025 Grumo Appula (BA)
Telefono: 080-3830162
Fax: 080-3830867
E-mail: antoimba@libero.it; antoniovitarella@libero.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Lea Cosentino (AUSL BA/3)
Responsabile medico: Luca Savino
Responsabile infermieristico: Teresa Ugenti
Altro referente: Michele Virgilio (Direttore sanitario ASL)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole di cui 6 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/08/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE DI SAN CESARIO
AUSL LECCE

Codice: 97

PUGLIA – AUSL LECCE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Immacolata – 73016 San Cesario di Lecce (LE)
Telefono: 0832-215555
Fax: 0832-2215400
E-mail: hospice.sancesario@libero.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Gianluigi Trianni (AUSL LE/1)
Responsabile medico: Vincenzo Lucio Caroprese
Responsabile infermieristico: Maria Luisa Stefanizzi
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole di cui 8 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

SARDEGNA

Popolazione residente: 1.655.677
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Sardegna **al 31 dicembre 2006 risultava operativo un hospice pubblico con 10 posti letto** (Figura 27 e Tabella 51), attivato nel 2006 e realizzato grazie ai finanziamenti ministeriali della Legge n. 39/99.

Tale struttura posiziona l'offerta regionale a **0,06 posti letto ogni 10.000 residenti**.

Figura 27 – Sardegna: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

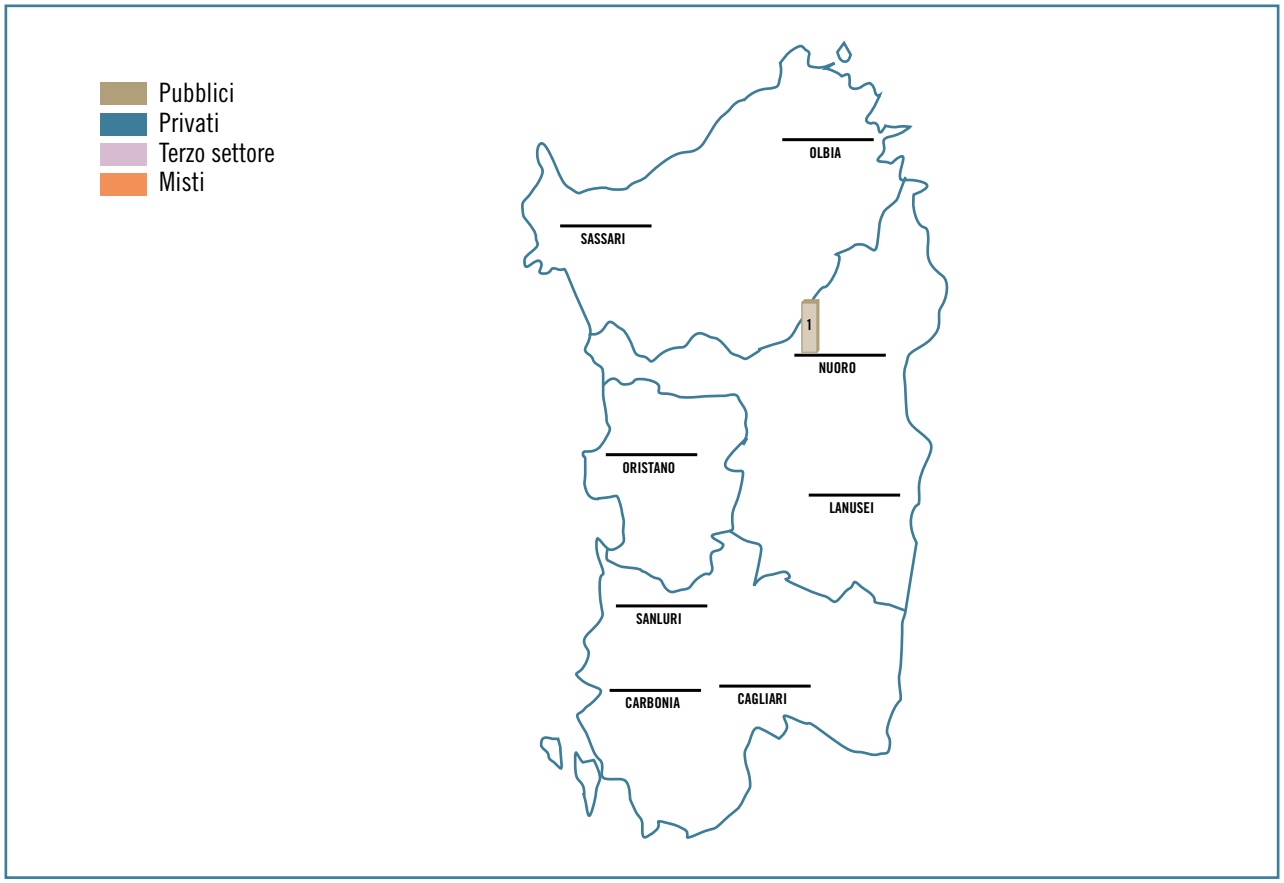


Tabella 51 – Sardegna: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
ASL 1 DI SASSARI	**0**	**0**									332.600	-
ASL 2 DI OLBIA	**0**	**0**									145.450	-
ASL 3 DI NUORO	**1**	**10**	1	10							162.424	0,62
ASL 4 DI LANUSEI	**0**	**0**									58.048	-
ASL 5 DI ORISTANO	**0**	**0**									168.582	-
ASL 6 DI SANLURI	**0**	**0**									104.055	-
ASL 7 DI CARBONIA	**0**	**0**									131.417	-
ASL 8 DI CAGLIARI	**0**	**0**									553.101	-
TOTALE	**1**	**10**	**1**	**10**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.655.677**	**0,06**

La programmazione regionale prevede la realizzazione di due nuovi hospice pubblici finanziati ex Legge n. 39/99 (Tabella 52), per ulteriori 28 posti letto. In particolare, tali hospice risultano attualmente in fase di realizzazione e potrebbero presumibilmente diventare entrambi operativi nel corso del biennio 2007-08.

Tabella 52 – Sardegna: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASL 1 DI SASSARI	0	0							332.600	-
ASL 2 DI OLBIA	0	0							145.450	-
ASL 3 DI NUORO	1	10	1	10					162.424	0,62
ASL 4 DI LANUSEI	0	0							58.048	-
ASL 5 DI ORISTANO	0	0							168.582	-
ASL 6 DI SANLURI	0	0							104.055	-
ASL 7 DI CARBONIA	1	10			1	10			131.417	0,76
ASL 8 DI CAGLIARI	1	18			1	18			553.101	0,33
TOTALE	**3**	**38**	**1**	**10**	**2**	**28**	**0**	**0**	**1.655.677**	**0,23**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Con la **DGR n. 6/6 dell'8 febbraio 2001** la Regione ha approvato il "*Programma di interventi per le cure palliative – DM del 28 settembre 1999*", allineandosi a quanto previsto dalla normativa nazionale. Successivamente, la **DGR n. 17/15 del 30 maggio 2002** ha provveduto ad allocare i finanziamenti 2000-02 per il completamento del "*Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative*".

Nel **Piano Sanitario della Sardegna 2006-08** la Regione ha esplicitato, nell'ambito degli "obiettivi di salute" ritenuti strategici, una particolare attenzione alle *malattie oncologiche* e l'intenzione di "*costituire una rete regionale per l'assistenza oncologica e potenziare le cure palliative, anche attraverso la qualificazione di una rete territoriale*". Più in particolare, tra gli obiettivi specifici viene sottolineato quello di voler "*realizzare la rete di cure palliative-hospice a partire dagli interventi già deliberati dalla Regione*".

Per quanto riguarda le cure palliative "*l'obiettivo strategico del Piano è garantire l'erogazione delle cure palliative prioritariamente in regime domiciliare, superando il ruolo sostitutivo svolto dalle strutture di ricovero in assenza di una adeguata rete distrettuale*", con l'intenzione di coinvolgere tutta la rete territoriale, comprese "le associazioni di volontariato e gli altri soggetti che collaborano al sostegno del malato e dei suoi familiari".
All'interno della rete ospedaliera, il Piano individua inoltre negli *Ospedali di Comunità*[42] (ODC) le strutture più idonee per realizzare l'integrazione ospedale-territorio, in particolare anche per i pazienti terminali bisognosi di cure palliative per i quali non risulterebbe appropriato né il ricovero ospedaliero ordinario né l'assistenza domiciliare.

Si evidenzia infine che, in seguito all'entrata in vigore della **LR n. 10 del 21 luglio 2006**, la Regione Sardegna appare tuttora interessata da notevoli cambiamenti organizzativi dovuti al riordino complessivo del Servizio Sanitario Regionale, tra i quali sono compresi anche i nuovi criteri per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività per le strutture sanitarie pubbliche e private, nonché i requisiti e le procedure per l'accreditamento delle strutture autorizzate.

42. Strutture a bassa intensità assistenziale in grado di garantire adeguate risposte sanitarie con modalità alternative al ricovero ordinario. L'ospedale di comunità si definisce come una struttura caratterizzata da un numero limitato di posti letto e da spazi dove sia possibile socializzare per riprodurre dimensioni simili a quelle dei luoghi familiari (sale da pranzo, soggiorni, locali di incontro per il personale o per – e con – i familiari). L'ospedale di comunità è adatto quindi al ricovero di pazienti con patologie post-acute, in via di stabilizzazione, patologie croniche in fase di riacutizzazione e patologie in fase terminale che non richiedono un'assistenza a elevata complessità medico-specialistica. Per approfondimenti vedere il Piano Sanitario della Sardegna 2006-08.

HOSPICE
c/o OSPEDALE ZONCHELLO – ASL 3 DI NUORO

Codice: 105

SARDEGNA – ASL 3 DI NUORO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Sardegna – 08100 Nuoro (NU)
Telefono: 0784-240770
Fax: 0748-240771
E-mail: hzhospice@aslnuoro.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Franco Mariano Mulas (ASL 3 di Nuoro)
Responsabile medico: Antioca Sias
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori costruzione/adeguamento strutturale: non indicato

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 10 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a marzo 2007 e reperiti da una comunicazione della Regione
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

SICILIA

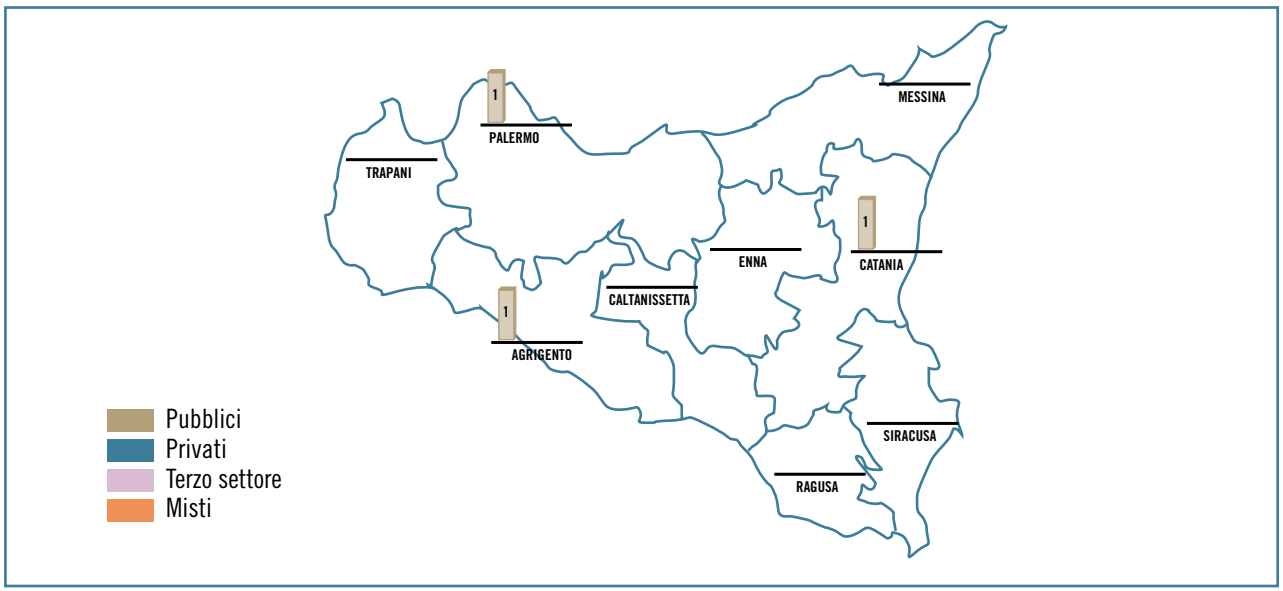
Popolazione residente: 5.017.212
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Sicilia **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi tre hospice pubblici** che, nel complesso, garantiscono **36 posti letto, pari a 0,07 posti letto per ogni 10.000 residenti** (Figura 28 e Tabella 53).
Tutti questi tre hospice sono stati realizzati utilizzando i finanziamenti ex Legge n. 39/99.

Per integrare l'offerta regionale, che attualmente risulta al di sotto della media italiana, la Regione ha confermato che entro la fine del 2008 potranno essere attivati altri 12 hospice (11 pubblici e uno gestito da un'associazione) per 126 posti letto complessivi; tali hospice sono attualmente tutti in fase di realizzazione grazie ai finanziamenti ex Legge n. 39/99 (Tabella 54).

Dopo il 2008 dovrebbe diventare operativo un ulteriore hospice con 15 posti letto, attualmente in fase di progettazione, che sarà gestito da una organizzazione del Terzo settore e finanziato ex Legge n. 39/99.

Figura 28 – Sicilia: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007
Nei primi mesi del 2007 è stato inaugurato l'hospice di Ragusa c/o Azienda Ospedaliera OMPA. Si tratta di un hospice a gestione pubblica dell'AUSL 7 di Ragusa, con 8 posti letto.

Tabella 53 – Sicilia: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL già operativi /10.000 res.
AUSL 1 DI AGRIGENTO	1	10	1	10							450.961	0,22
AUSL 2 DI CALTANISSETTA	0	0									274.001	-
AUSL 3 DI CATANIA	1	12	1	12							1.075.657	0,11
AUSL 4 DI ENNA	0	0									177.647	-
AUSL 5 DI MESSINA	0	0									652.192	-
AUSL 6 DI PALERMO	1	14	1	14							1.245.886	0,11
AUSL 7 DI RAGUSA	0	0									308.103	-
AUSL 8 DI SIRACUSA	0	0									398.330	-
AUSL 9 DI TRAPANI	0	0									434.435	-
TOTALE	**3**	**36**	**3**	**36**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**5.017.212**	**0,07**

Tabella 54 – Sicilia: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
AUSL 1 DI AGRIGENTO	1	10	1	10					450.961	0,22
AUSL 2 DI CALTANISSETTA	2	18			2	18			274.001	0,66
AUSL 3 DI CATANIA	2	22	1	12	1	10			1.075.657	0,20
AUSL 4 DI ENNA	1	10			1	10			177.647	0,56
AUSL 5 DI MESSINA (*)	2	17			2	17			652.192	0,26
AUSL 6 DI PALERMO	3	49	1	14	1	20	1	15	1.245.886	0,39
AUSL 7 DI RAGUSA (**)	2	18			2	18			308.103	0,58
AUSL 8 DI SIRACUSA	2	23			2	23			398.330	0,58
AUSL 9 DI TRAPANI	1	10			1	10			434.435	0,23
TOTALE	**16**	**177**	**3**	**36**	**12**	**126**	**1**	**15**	**5.017.212**	**0,35**

(*) Si evidenzia che presso l'AUSL 5 di Messina (località Taormina) risultava programmato un hospice la cui realizzazione sarebbe stata effettuata utilizzando i fondi ministeriali ex Legge n. 39/99. in base alle ultime informazioni che la Regione ha comunicato al Ministero della Salute, i finanziamenti originariamente destinati per realizzare tale hospice risulterebbero in attesa di essere riallocati per finanziare la realizzazione di posti letto alternativi.
(**) Attivato nel 2007 l'hospice c/o Azienda Ospedaliera OMPA di Ragusa (vedi Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Già dal 1996 la Regione Sicilia ha avviato un proprio percorso di programmazione delle cure palliative e un processo di definizione di servizi a esso collegati. In particolare, la **LR n. 26 del 6 aprile 1996** aveva previsto lo sviluppo di una *rete di servizi per il trattamento delle fasi avanzate e terminali dei pazienti neoplastici* attraverso la riorganizzazione delle *cure domiciliari* e l'istituzione di strutture di ricovero *hospice nella misura di un posto letto ogni 20.000 residenti*. La stessa legge regionale ha individuato nei *settori del Terzo settore e del volontariato* interlocutori privilegiati a supporto della sanità pubblica.
Lo stesso **Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2000-02 – pubblicato con Decreto Presidenziale dell'11 maggio 2000** – individuava, tra gli "*obiettivi regionali di salute*", lo *sviluppo delle cure palliative e dell'ospedalizzazione domiciliare*. In particolare il PSR prevedeva che in ogni azienda territoriale venisse costituita almeno una *unità di valutazione palliativa*[43] e che in ogni provincia fosse organizzata una rete assistenziale coordinata da *dipartimenti interaziendali misti ospedale-territorio* che operino in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale.

Nel 2000 l'Assessorato alla Sanità ha approvato il **Decreto n. 31372 del 20 marzo 2000**, con il quale è stata istituita la commissione per lo studio delle problematiche connesse all'assistenza ai malati in fase avanzata e terminale con il compito di esaminare i progetti preliminari "hospice" in relazione ai finanziamenti ex Legge n. 39/99 e di elaborare il programma regionale di cure palliative.

Successivamente, con il **Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 32881 del 9 ottobre 2000**, la Regione Sicilia ha approvato il "**Programma regionale per la realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata e terminale**". Nel Programma sono identificati due livelli assistenziali:

- il *primo livello* riguarda pazienti che presentano bisogni clinico-sanitari di intensità bassa e che è possibile assistere a *domicilio*;
- il *secondo livello* riguarda pazienti che necessitano di assistenza altamente specialistica e che deve essere garantita dalle *unità operativa di cure palliative*, seguendo un modello integrato tra assistenza domiciliare e residenziale.

Per quanto riguarda gli hospice, il Programma regionale:

- tende a privilegiare la *collocazione degli hospice prevalentemente all'interno della rete sanitaria ospedaliera*;
- fa propri gli stessi *requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi* previsti dal DPCM 20 gennaio 2000;
- specifica la *composizione dell'équipe multi-disciplinare* dell'hospice e la *dotazione di organico in relazione ai posti letto*, definendo i tempi minimi di assistenza che giornalmente devono essere garantiti per ogni paziente.

43. Il 4 ottobre 1999 l'Assessorato della Sanità ha disposto l'attivazione della rete regionale di assistenza ai pazienti in fase terminale e ha istituito le unità di valutazione palliativa e le unità operative di cure palliative nella misura di una per ogni Azienda Unità Sanitaria Locale. Sono stati individuati, infine, quattro grandi bacini di utenza: Palermo, Catania, Messina e Ragusa per la realizzazione di strutture residenziali hospice. Per approfondimenti vedere il Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2000-02.

Il Programma predispone infine un preciso schema tariffario in funzione dei vari livelli assistenziali:

- *ricovero in hospice ospedaliero*: tariffa di 201,4 euro per ogni degenza giornaliera;
- *tariffa aggiuntiva per l'accompagnatore*: 7,7 euro giornaliere;
- *assistenza domiciliare di II livello*: 72,3 euro nella misura pari al 50% della tariffa di day-hospital medico;
- *prestazioni ambulatoriali*: remunerate secondo quanto stabilito da **Decreto 22 luglio 1996 e Decreto n. 24059 dell'11 dicembre 1997** e successive modifiche;
- *day-hospital*: remunerate secondo quanto stabilito dal **Decreto n. 17273 del 7 novembre 1995**.

Con il **Decreto n. 36658 del 5 dicembre 2001** la Regione Sicilia ha successivamente approvato le "*Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative*".

HOSPICE CLINICA DEL DOLORE GIOVANNI PAOLO II AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI DI DIO

Codice: 103

SICILIA – AUSL 1 DI AGRIGENTO

Dati anagrafici

Indirizzo: Contrada Consolida – 92100 Agrigento (AG)
Telefono: 0922-442323/22/20
Fax: 0922-442321
E-mail: novamedi@virgilio.it
Web: http://www.agrigento-hospital.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Giancarlo Manenti
(Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio)
Responsabile medico: Antonio Liotta
Responsabili infermieristici: Giusy Mallia, Calogero Cipolla
Altri referenti: Geraldo Alongi, Paola Toscano (Dirigenti medici)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice Dipartimentale
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 9 camere, di cui 1 doppia e 8 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 24/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE GIOVANNI PAOLO II
AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS GARIBALDI
S. LUIGI CURRÒ ASCOLI TOMASELLI

Codice: 100

SICILIA – AUSL 3 DI CATANIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Palermo, 636 – 95100 Catania (CT)
Telefono: 095-7598565/541
Fax: 095-431683
E-mail: alaimo_angelo@libero.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giuseppe Navarria (Azienda Ospedaliera ARNAS Garibaldi)
Responsabile medico: Angelo Alaimo
Responsabile infermieristico: Cinzia Sapienza
Altro referente: Maria Rosa Calì (Coordinatrice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 1 giorno
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 14/10/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE – AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS CIVICO E BENFRATELLI

Codice: 102

SICILIA – AUSL 6 DI PALERMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Nicola Leotta, 4 – 90100 Palermo (PA)
Telefono: 091-6664668/79
Fax: 091-6664649
E-mail: hospice@ospedalecivicopa.org; gtrizzi@tin.it
Web: http://dominoweb.ospedalecivicopa.org/OspedalePalermo/Gestione.nsf/ContenutoTemplate/FD5B514A9F3D9E81C1257234005BAADC?OpenDocument
Responsabilità legale: Francesco Licata di Baucina (Azienda Ospedaliera ARNAS Civico e Benfratelli)
Responsabile medico: Giorgio Trizzino
Responsabile infermieristico: Vita Pellicane
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2005

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Complessa
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità per 7 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 25/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

TOSCANA

Popolazione residente: 3.619.872
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Toscana **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice pubblici** realizzati grazie ai finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 (Figura 29 e Tabella 55).

Questi due hospice operativi garantiscono un totale di **13 posti letto, pari a 0,04 posti letto per ogni 10.000 residenti**.

Figura 29 – Toscana: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

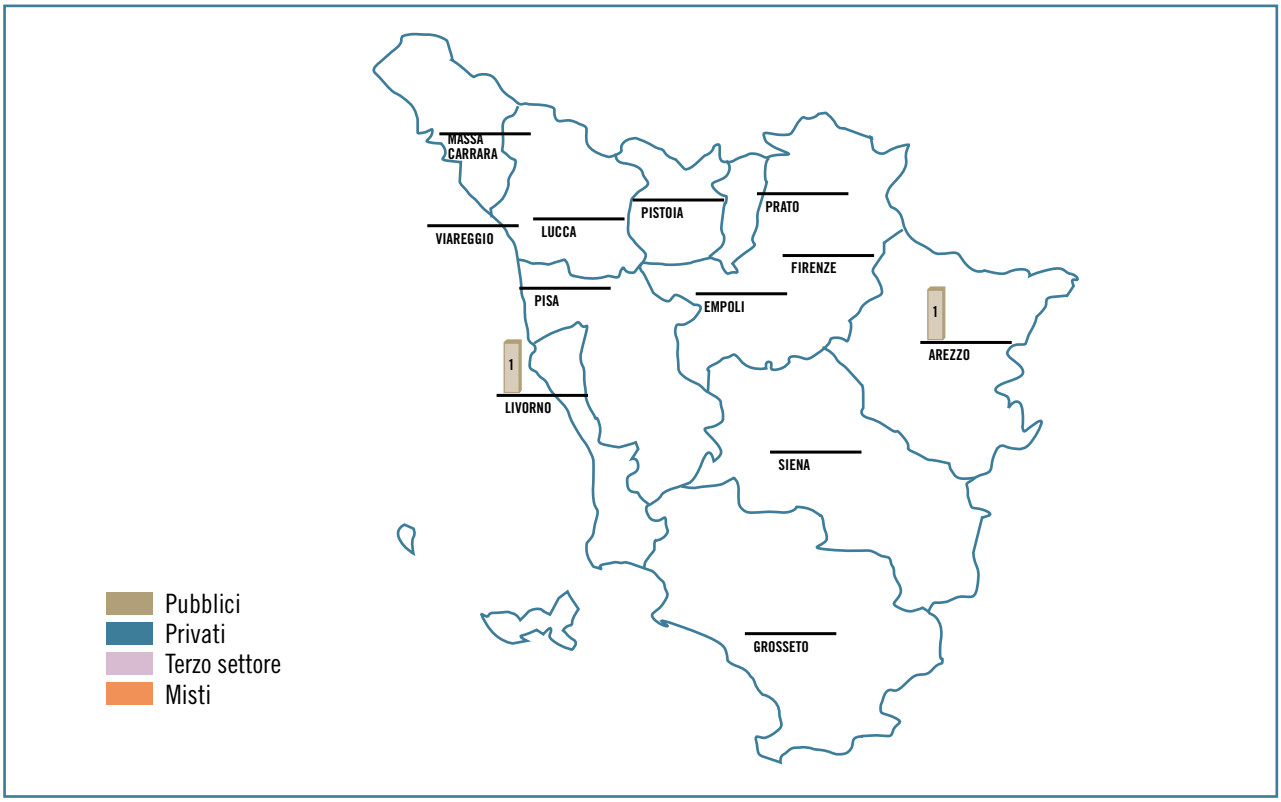


Tabella 55 – Toscana: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
ASF – AZ. SAN. FIRENZE	**0**	**0**									801.060	-
AUSL 1 DI MASSA CARRARA	**0**	**0**									200.793	-
AUSL 2 DI LUCCA	**0**	**0**									214.911	-
AUSL 3 DI PISTOIA	**0**	**0**									279.061	-
AUSL 4 DI PRATO	**0**	**0**									242.497	-
AUSL 5 DI PISA	**0**	**0**									324.631	-
AUSL 6 DI LIVORNO	**1**	**10**	1	10							345.742	0,29
AUSL 7 DI SIENA	**0**	**0**									261.894	-
AUSL 8 DI AREZZO (*)	**1**	**3**	1	3							335.500	0,09
AUSL 9 DI GROSSETO	**0**	**0**									219.496	-
AUSL 11 DI EMPOLI	**0**	**0**									228.961	-
AUSL 12 DI VIAREGGIO (**)	**0**	**0**									165.326	-
TOTALE	**2**	**13**	**2**	**13**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3.619.872**	**0,04**

(*) Si evidenzia che i 3 posti letto indicati per l'AUSL 8 di Arezzo fanno parte di una Struttura Semplice di Cure Palliative attivata presso l'Ospedale Valdarno di Arezzo. Tali posti letto sono riportati per motivi di rendicontazione, poiché sono stati finanziati con i fondi ministeriali ex Legge n. 39/99.
(**) La Regione ha inoltre comunicato che presso l'Ospedale della Versilia (AUSL 12 di Viareggio) è attiva un'altra Struttura Semplice di Cure Palliative con 12 posti letto, i quali però non sono stati rendicontati nella tabella regionale poiché tale struttura non possiede tutti i requisiti per essere classificata come hospice. Per completezza si evidenzia inoltre che l'11 luglio 2007 è giunta alla SICP la notizia "ufficiosa" dell'attivazione di un nuovo hospice privato di 8 posti letto, situato in località Nocchi-Camaiore presso Villa il Contesso; tale hospice non è stato rendicontato poiché non ne è pervenuta conferma ufficiale da parte della Regione Toscana.

La Regione ha inoltre confermato che entro la fine del 2008 potranno presumibilmente essere attivati altri 13 hospice per 126 posti letto complessivi (Tabella 56); tali hospice, dei quali nove risultano attualmente in fase di realizzazione e quattro sono già realizzati ma non ancora operativi, saranno tutti a gestione pubblica (a eccezione di un hospice gestito da una fondazione del Terzo settore) e la loro realizzazione risulta anch'essa finanziata ex Legge n. 39/99.
Vi è infine un ulteriore hospice pubblico con 8 posti letto, confermato dalla Regione e finanziato ex Legge n. 39/99, che attualmente è in fase di progettazione e che diventerà verosimilmente operativo solo dopo il 2008.

Tabella 56 – Toscana: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospiceche diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
ASF – AZ. SAN. FIRENZE	3	32			3	32			801.060	0,40
AUSL 1 DI MASSA CARRARA	1	20			1	20			200.793	1,00
AUSL 2 DI LUCCA	2	12			2	12			214.911	0,56
AUSL 3 DI PISTOIA	2	16			1	8	1	8	279.061	0,57
AUSL 4 DI PRATO	1	12			1	12			242.497	0,49
AUSL 5 DI PISA	1	10			1	10			324.631	0,31
AUSL 6 DI LIVORNO	1	10	1	10					345.742	0,29
AUSL 7 DI SIENA	2	16			2	16			261.894	0,61
AUSL 8 DI AREZZO	1	3	1	3					335.500	0,09
AUSL 9 DI GROSSETO	1	8			1	8			219.496	0,36
AUSL 11 DI EMPOLI	1	8			1	8			228.961	0,35
AUSL 12 DI VIAREGGIO	0	0							165.326	-
TOTALE	**16**	**147**	**2**	**13**	**13**	**126**	**1**	**15**	**3.619.872**	**0,41**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Già nel 1997 la Regione Toscana aveva avviato un percorso di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario, individuando gli *ospedali di comunità*[44] quali strutture sperimentali per rispondere ai bisogni dei malati oncologici e di altri pazienti terminali anche nell'ambito dei trattamenti palliativi (**DCR n. 384 del 25 novembre 1997**).

La "necessità di migliorare la qualità della vita del malato terminale, attraverso la terapia del dolore, ma anche con le cure palliative e l'accompagnamento del morente" venne inoltre sottolineata nel **Piano Sanitario Regionale 1999-2001**, dove si proposero alcune ipotesi per la *de-ospedalizzazione dei malati terminali*.

Successivamente all'approvazione della Legge n. 39/99, con la **DCR n. 128 del 29 febbraio 2000** la Toscana ha delineato l'ambito di fruizione dei finanziamenti ministeriali assegnati, definendo e approvando il proprio "*Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative*". Successivamente il Programma è stato completato e integrato con la **DGR n. 1175 del 29 ottobre 2001** e con la **DCR n. 61 del 9 aprile 2002**, valutandone lo stato di attuazione con la **DGR n. 404 del 26 aprile 2004**.

44. Secondo le tipologie previste dalla DCR n. 384 del 25 novembre 1997, in Toscana viene favorito l'ampliamento e l'implementazione di esperienze alternative alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei medici di Medicina generale nonché quelle relative ai centri residenziali di cure palliative. Tali tipologie di strutture costituiscono una valida alternativa al ricovero per una vasta tipologia di bisogni: fase postacuta soprattutto negli anziani, fase terminale della vita; sollievo ai *care givers* informali in situazioni di particolare impegno assistenziale di durata limitata, patologie invalidanti HIV correlate. In particolare, l'ospedale di comunità provvede all'assistenza infermieristica e sociale e assicura l'assistenza medica attraverso i medici di Medicina generale dei cittadini ricoverati. La durata del ricovero in ospedale di comunità è comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, e non configura in nessun caso la lungodegenza.

Le "*Linee guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative*" (**DGR n. 996 del 26 settembre 2000**) rappresentano il documento cardine che orienta la realizzazione della rete delle cure palliative nel territorio regionale, definendo l'ambito di applicazione, le metodologie assistenziali e i criteri organizzativi. In sintesi le Linee guida:

- definiscono i *criteri generali per l'organizzazione di una rete di assistenza ai pazienti terminali* (rete integrata di servizi distrettuali e ospedalieri);
- specificano i diversi *livelli assistenziali* che devono essere garantiti (residenziali, day-hospital, ambulatoriale e domiciliare) privilegiando, quando possibile, *l'assistenza domiciliare integrata*;
- sottolineano il ruolo fondamentale attribuito alle *organizzazioni di volontariato*;
- descrivono gli elementi costitutivi delle *Unità di Cure Palliative* (UCP), specificandone la composizione, i compiti e l'assetto organizzativo;
- definiscono i *centri residenziali di cure palliative* (hospice).

La volontà della Regione Toscana di *valorizzare ed estendere l'Assistenza Domiciliare Integrata*, soprattutto in riferimento agli anziani non autosufficienti e nell'ambito delle cure palliative, resta confermata anche dai più recenti e importanti orientamenti normativi (**Piano Sanitario Regionale 2005-07 e DGR n. 402 del 26 aprile 2004**).

Per quanto riguarda infine *l'autorizzazione e l'accreditamento*, gli hospice sono soggetti alla **LR n. 8 del 23 febbraio 1999** "*Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento*" e successive modifiche, dove non sono individuati requisiti specifici per le strutture residenziali di cure palliative, oltre a quanto già previsto.

UNITÀ FUNZIONALE DI CURE PALLIATIVE c/o SPEDALI RIUNITI LIVORNO AUSL 6 DI LIVORNO

Codice: 167

TOSCANA – AUSL 6 DI LIVORNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Alfieri, 36 – 57100 Livorno (LI)
Telefono: 0586-223062
Fax: 0586-223062/3469
E-mail: a.mazzoni@nord.usl6.toscana.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Fausto Mariotti (AUSL 6 di Livorno)
Responsabile medico: Antonia Mazzoni
Responsabile infermieristico: Elisa Presta
Altro referente: Edoardo Quagli
(Responsabile Assistenza Domiciliare – infermiere professionale)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: servizio autorizzato
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 14/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla OICP

HOSPICE
c/o OSPEDALE VALDARNO – AUSL 8 DI AREZZO

Codice: 79

TOSCANA – AUSL 8 DI AREZZO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza del Volontariato, 2 – 52025 Montevarchi (AR)
Telefono: 055-9106607
Fax: 055-9106699
E-mail: g.brandini@usl8.toscana.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Monica Calamai (AUSL 8 di Arezzo)
Responsabile medico: Pier Domenico Maurizi
Responsabile infermieristico: Paolo Dragoni
Altro referente: Maria Grazia Brandini (Dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (3 posti letto in 3 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
Non è disponibile la carta dei servizi
L'Hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 25/07/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

TRENTINO ALTO ADIGE

Popolazione residente: 985.128
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Trentino Alto Adige **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi due hospice (uno in provincia di Trento e uno in provincia di Bolzano)**, per un totale di **12 posti letto in hospice, pari a 0,12 posti letto per ogni 10.000 residenti** (Figura 30 e Tabella 57).

Questi due hospice, uno pubblico e uno gestito da un ente religioso, hanno entrambi usufruito dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99.

Figura 30 – Trentino Alto Adige: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

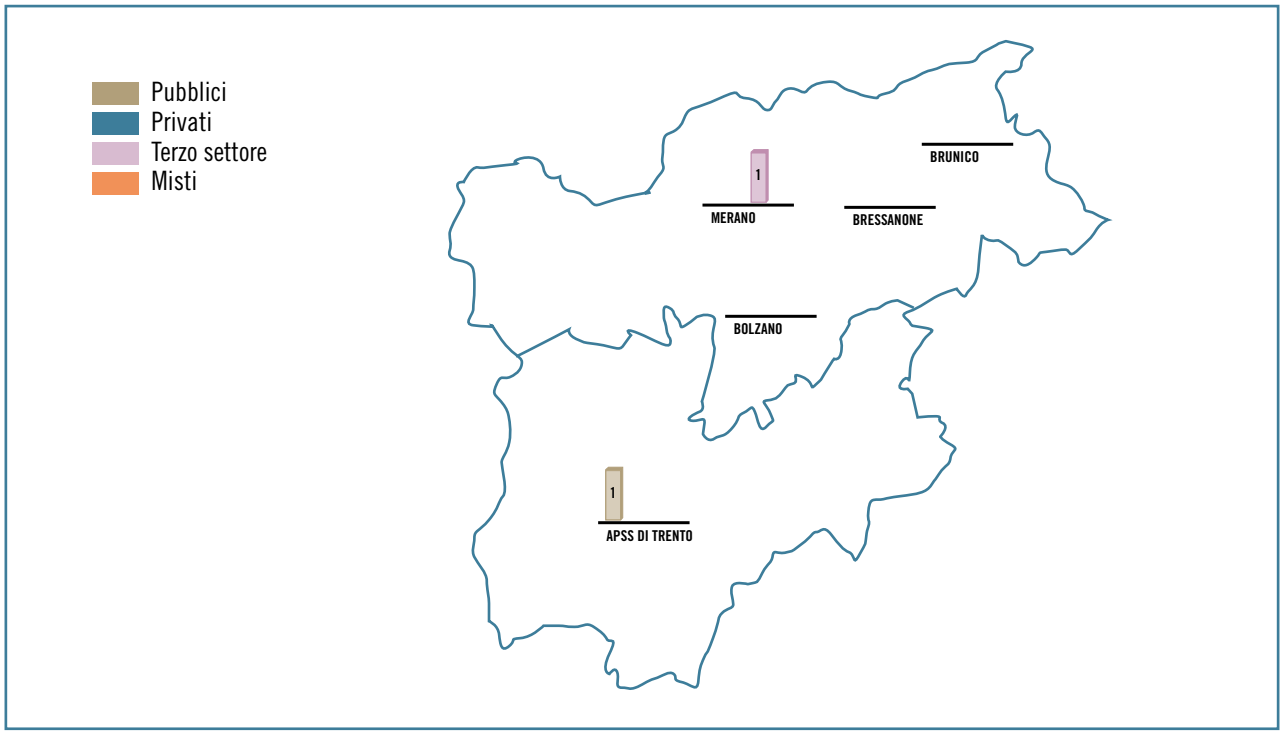


Tabella 57 – Trentino Alto Adige: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
APSS DI TRENTO (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)	**1**	**6**	1	6							502.478	0,12
AZ. SAN. DI BOLZANO (*)	**0**	**0**									214.558	-
AZ. SAN. DI BRESSANONE	**0**	**0**									69.127	-
AZ. SAN. DI BRUNICO	**0**	**0**									72.944	-
AZ. SAN. DI MERANO	**1**	**6**					1	6			126.021	0,48
TOTALE	**2**	**12**	**1**	**6**	**0**	**0**	**1**	**6**	**0**	**0**	**985.128**	**0,12**

(*) L'Azienda Sanitaria di Bolzano ha comunicato alla SICP che presso l'Ospedale Generale Regionale di Bolzano è stata istituita una Struttura Semplice di Cure Palliative con 12 posti letto all'interno di un reparto di Geriatria. Tale struttura non è stata rendicontata nella tabella regionale poiché al momento non possiede i requisiti per essere classificata come hospice.

Nell'ambito della programmazione sanitaria, la Provincia autonoma di Trento ha comunicato che sono stati recentemente previsti altri due hospice con 10 posti letto ciascuno, i quali saranno realizzati nei prossimi anni e diventeranno verosimilmente operativi solo dopo il 2008 (Tabella 58).

In base alle informazioni attualmente disponibili, i due hospice potrebbero essere uno a gestione pubblica (finanziato ex Legge n. 39/99) e uno gestito da un'organizzazione del Terzo settore.

Tabella 58 – Trentino Alto Adige: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
APSS DI TRENTO (*) (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)	**3**	**26**	1	6			2	20	502.478	0,52
AZ. SAN. DI BOLZANO	**0**	**0**							214.558	-
AZ. SAN. DI BRESSANONE	**0**	**0**							69.127	-
AZ. SAN. DI BRUNICO	**0**	**0**							72.944	-
AZ. SAN. DI MERANO	**1**	**6**	1	6					126.021	0,48
TOTALE	**4**	**32**	**2**	**12**	**0**	**0**	**2**	**20**	**985.128**	**0,32**

(*) Oltre ai tre hospice previsti (di cui uno già operativo), la Provincia di Trento ha approvato un altro progetto nell'ambito delle cure palliative – finanziato ex Legge n. 39/99 – che prevede la realizzazione di 12 camere di degenza per pazienti terminali presso sei ospedali distrettuali (2 posti letto per ogni ospedale). I 12 posti letto relativi a tali progetti non sono stati rendicontati nella tabella regionale, poiché non sono collocati all'interno di strutture che hanno i requisiti necessari per essere classificate come hospice.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Le due province di Trento e Bolzano esercitano la propria autonomia anche per quanto riguarda gli orientamenti normativi in ambito sanitario.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Già nel 1999 la Provincia di Trento aveva attivato uno specifico gruppo tecnico incaricato di affrontare gli aspetti programmatori, organizzativi e finanziari per la realizzazione di una *rete provinciale di servizi per le cure palliative*. Nello stesso anno l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) elaborò un progetto preliminare per l'attivazione della rete di cure palliative, approvato con la **DGP n. 800 del 7 aprile 2000**.

Con la **DGP n. 1354 del 2 giugno 2000** è stato successivamente approvato il **Piano Sanitario Provinciale 2000-02**, che definisce uno specifico progetto riferito ai malati che affrontano la fase terminale della vita, con l'obiettivo di assicurare "*assistenza coordinata di buona qualità nella fase terminale della vita*".

Con la **DGP n. 2427 del 29 settembre 2000** la Provincia ha approvato il "*Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento*", integrato successivamente dalla **DGP n. 439 dell'8 marzo 2002**. In particolare, il Programma recepisce quanto previsto dalla normativa nazionale nell'ambito delle cure palliative, adattandosi alle peculiarità e agli orientamenti propri della Provincia e approvando i progetti degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99.
Nella **DGP n. 3403 del 30 dicembre 2002** vengono inoltre definiti i *requisiti minimi specifici per l'autorizzazione delle strutture residenziali di cure palliative* (strutturali, tecnologici e organizzativi).

Per quanto riguarda infine la *tariffa riconosciuta* per le prestazioni in hospice ospedaliero, la **DGP n. 1506 del 27 giugno 2003** ha stabilito per l'Hospice S. Camillo di Trento (hospice non più operativo da quando è stato attivato il nuovo Hospice di Mezzolombardo) una tariffa di *euro 190,00 per giornata di degenza* del paziente, a cui si aggiunge la tariffa di *euro 50,00 giornaliere per l'accompagnatore*.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nell'ambito delle cure palliative erogate in regime residenziale, la Provincia di Bolzano ha scelto la *strategia del decentramento*, stabilendo (**LP n. 7 del 5 marzo 2001** "*Riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale*", Art. 39/bis) la *possibilità di concedere finanziamenti a organizzazioni private del Terzo settore per realizzare strutture residenziali dedicate alle cure palliative*, a patto che tali strutture venissero realizzate nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 39/99 e dal DPCM del 20 gennaio 2000 e che l'organizzazione si impegnasse a stipulare convenzioni con le Aziende Sanitarie territorialmente competenti.

La **DGP n. 4555 del 17 dicembre 2001** ha successivamente approvato le "*Linee guida per le istituzioni che realizzano strutture per le cure palliative*", definendo i criteri, le modalità dei tempi per presentare i progetti e richiedere i finanziamenti. A seguito delle domande presentate, la Giunta della Provincia di Bolzano ha approvato il progetto per realizzare una struttura di cure palliative (**DGP n. 4747 del 28 dicembre 2001**) e in particolare per realizzare 6 posti letto presso la Clinica Martinsbrunn – Fonte San Martino (**DGP n. 235 del 3 febbraio 2003**). L'Unità Operativa per le Cure Palliative della Clinica Martinsbrunn è stata *provvisoriamente accreditata* (**DGP n. 3876 del 4 novembre 2003**) determinando contestualmente anche lo standard di personale per l'assistenza in regime di ricovero e la retta onnicomprensiva di *410 euro per giornata di degenza* (**DGP n. 3874 del 4 novembre 2003**), confermata anche per l'anno 2005 (**DGP n. 2603 del 18 luglio 2005**).

HOSPICE
DI MEZZOLOMBARDO – APSS DI TRENTO

Codice: 50

TRENTINO ALTO ADIGE – APSS DI TRENTO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Alpini, 11 – 38017 Mezzolombardo (TN)
Telefono: 0461-611137
Fax: 0461-611133
E-mail: curepalliativehospice@apss.tn.it; Marina.Mastellaro@apss.tn.it
Web: http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=26795&h=-2147452672&s=&l=1
Responsabilità legale: Carlo Favaretti
(Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento)
Responsabile medico: Luca Ottolini
Responsabile infermieristico: Carlo Tenni
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (presidio ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'Hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/08/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato da Provincia Autonoma di Trento e Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

REPARTO CURE PALLIATIVE
c/o CLINICA MARTINSBRUNN
(FONTE SAN MARTINO)

Codice: 130

TRENTINO ALTO ADIGE – AZ. SAN. DI MERANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Laurin, 70 – 39012 Merano (BZ)
Telefono: 0473-205614
Fax: non indicato
E-mail: palliativstation@martinsbrunn.it
Web: http://www.martinsbrunn.it/it/?page=palliativzentrum
Responsabilità legale: Suor Frieda Mair (Clinica Privata Martinsbrunn)
Responsabile medico: Andrea Gabis
Responsabile infermieristico: Monika Köllemann
Altro referente: Andreas Franzelin (Coordinatore progetto)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
Anno di attivazione: 2003

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2003

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 26/07/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato da Provincia Autonoma di Bolzano e Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dall'Azienda Sanitaria

UMBRIA

Popolazione residente: 867.878
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Umbria **al 31 dicembre 2006 non risultavano hospice operativi**.

La programmazione regionale prevede comunque la realizzazione di quattro hospice pubblici finanziati ex Legge n. 39/99, dei quali due risultano già realizzati ma non ancora operativi e due sono attualmente in fase di realizzazione.

In base alle conferme pervenute dalla Regione, tutte le quattro strutture residenziali potranno diventare operative presumibilmente entro la fine del 2008 (Tabella 59), portando l'Umbria ad avere una disponibilità di 34 posti letto, pari a 0,39 posti letto ogni 10.000 residenti.

Tabella 59 – Umbria: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 – CITTÀ DI CASTELLO	1	5			1	5			115.915	0,43
ASL 2 – PERUGIA	1	12			1	12			354.015	0,34
ASL 3 – FOLIGNO	1	7			1	7			172.714	0,41
ASL 4 – TERNI	1	10			1	10			225.234	0,44
TOTALE	**4**	**34**	**0**	**0**	**4**	**34**	**0**	**0**	**867.878**	**0,39**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Con la **DGR n. 1111 del 27 settembre 2000** la Regione Umbria ha definito il "*Progetto regionale per la realizzazione della rete di assistenza ai malati terminali – Legge n. 39/99. Approvazione progetti hospice ai fini del relativo finanziamento da parte del Ministero della Sanità*".

Più recentemente la Regione ha fornito ulteriori specificazioni sul modello regionale di assistenza ai malati terminali, definendo una specifica azione progettuale inserita nella **DCR n. 314 del 23 luglio 2003** "*Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-05. Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità*".

In particolare nel PSR 2003-05 si sottolinea *l'importanza di garantire la continuità assistenziale ai pazienti terminali*, individuando nei *servizi socio-sanitari distrettuali e territoriali i nodi essenziali della rete*, promuovendo inoltre la *valorizzazione del ruolo del volontariato* e della *rete ADI* (Assistenza Domiciliare Integrata).

Risultano inoltre aspetti importanti del progetto *l'approccio multidisciplinare dell'assistenza*, il *rispetto delle scelte del paziente e della famiglia* e il *rafforzamento degli altri livelli assistenziali* (residenziale, day-hospital e ambulatoriale).

Con la **DGR n. 1481 del 6 ottobre 2004**, la Regione Umbria ha definito le "*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-05: 1) servizi di cure palliative; 2) servizi di terapia del dolore*", le quali intendono fornire gli orientamenti per l'applicazione di quanto previsto dal capitolo 8 del PSR 2003-05.
In particolare, per quanto riguarda le cure palliative in ambito residenziale, viene esplicitato il *ruolo dei Centri Residenziali per Malati Terminali* (CRMT) a supporto dell'assistenza domiciliare nei casi in cui i pazienti debbano e/o preferiscano essere ricoverati.

Nell'ottica dell'integrazione, viene inoltre specificato che la *rete territoriale delle cure domiciliari* e *l'assistenza residenziale in hospice* si possano avvalere del *supporto della Unità Aziendale di Cure Palliative*.

Le strutture residenziali di cure palliative devono attenersi alle normative regionali in materia di autorizzazione (**RR n. 2 del 25 febbraio 2002**) e di accreditamento (**RR n. 3 del 31 luglio 2002 e DGR n. 1991 del 15 dicembre 2004**) delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, che comunque non prevedono criteri specifici per gli hospice.

VALLE D'AOSTA

Popolazione residente: 123.978
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Valle d'Aosta **al 31 dicembre 2006 non risultavano hospice operativi.**

La programmazione regionale (Tabella 60) prevede un hospice pubblico con 7 posti letto, finanziato ex Legge n. 39/99 e attualmente in fase di progettazione, che sarà presumibilmente realizzato nel corso del biennio 2007-08.

Dato il contenuto numero di residenti della Regione, tale hospice sarà sufficiente a posizionare la Valle d'Aosta ai vertici della graduatoria nazionale elevando l'entità dell'offerta di posti letto per 10.000 residenti a 0,56.

Tabella 60 – Valle d'Aosta: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL previsti /10.000 res.**
AUSL VALLE D'AOSTA	**1**	**7**			1	7			123.978	0,56
TOTALE	**1**	**7**	**0**	**0**	**1**	**7**	**0**	**0**	**123.978**	**0,56**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Al fine di migliorare l'offerta regionale nell'ambito dell'assistenza in cure palliative e di utilizzare i finanziamenti messi a disposizione dalla Legge n. 39/99, con la **DGR n. 3239 del 25 settembre 2000** la Regione Valle d'Aosta ha definito il proprio "*Programma per la realizzazione di un centro residenziale per cure palliative – hospice*".

Nel **Piano Sanitario Regionale 2002-04** (approvato con la **LR n. 18 del 4 settembre 2001**) viene infatti specificato come obiettivo prioritario quello della "*gestione della fase terminale della vita*", e in particolare viene ribadita la *necessità di realizzare un centro residenziale di cure palliative che si inserisca e si integri nell'ambito della rete di servizi socio-sanitari*, garantendo assistenza ai pazienti terminali (prioritariamente con patologie neoplastiche) che non possono essere assistiti a domicilio.

L'hospice avrà le caratteristiche strutturali e organizzative previste dalle normative nazionali e regionali vigenti, in particolare alla **DGR n. 2103 del 21 giugno 2004** per quanto riguarda l'*autorizzazione* e alla **DGR n. 1232 del 26 aprile 2004** per quanto concerne l'*accreditamento*.

La Regione non ha dunque ravvisato la necessità di prevedere ulteriori criteri di autorizzazione e accreditamento specifici per gli hospice.

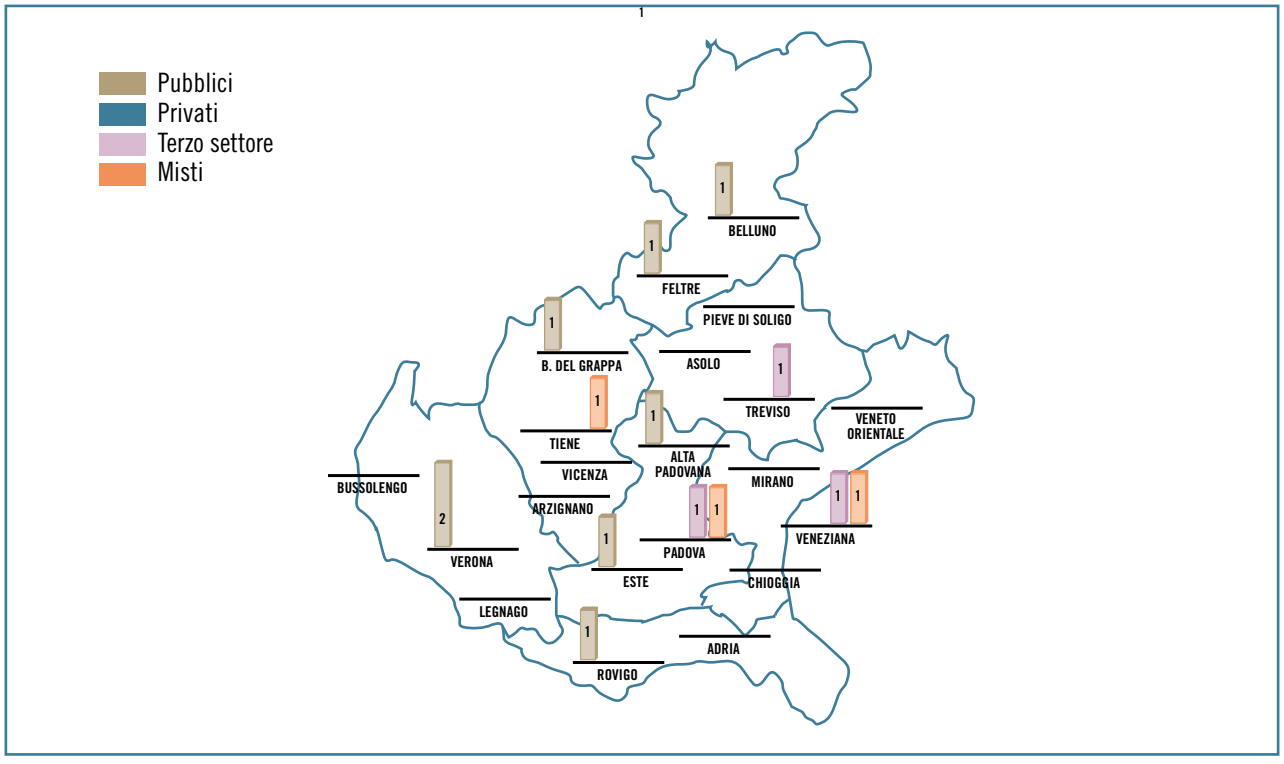
VENETO

Popolazione residente: 4.738.313
(fonte ISTAT – 2006)

Nella Regione Veneto **al 31 dicembre 2006 risultavano operativi 14 hospice**, di cui otto pubblici, tre gestiti da organizzazioni del Terzo settore e tre a gestione mista pubblico/privato (Figura 31 e Tabella 61).

In particolare, nove di questi hospice sono stati realizzati utilizzando i finanziamenti previsti ex Legge n. 39/99. Complessivamente le 14 strutture attualmente operative garantiscono **126 posti letto in hospice, pari a 0,27 posti letto per ogni 10.000 residenti**.

Figura 31 – Veneto: hospice già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione



Aggiornamenti 2007
A settembre 2007 è stato inaugurato l'hospice Centro Residenziale Cure Palliative per Bambino presso la ULSS 16 Padova, con 4 posti letto.

Tabella 61 – Veneto: hospice e posti letto già operativi nel 2006 per Azienda Sanitaria Locale e tipo di gestione

	Hospice già operativi nel 2006		Pubblici		Privati		Terzo settore		Misti			
Aziende Sanitarie Locali	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Popolazione residente**	**PL già operativi /10.000 res.**
ULSS 1 DI BELLUNO	**1**	**8**	1	8							129.085	0,62
ULSS 2 DI FELTRE	**1**	**4**	1	4							83.131	0,48
ULSS 3 DI B. DEL GRAPPA	**1**	**8**	1	8							173.640	0,46
ULSS 4 DI THIENE	**1**	**9**							1	9	182.240	0,49
ULSS 5 DI ARZIGNANO	**0**	**0**									175.500	-
ULSS 6 DI VICENZA	**0**	**0**									307.357	-
ULSS 7 DI PIEVE DI SOLIGO	**0**	**0**									213.367	-
ULSS 8 DI ASOLO	**0**	**0**									239.715	-
ULSS 9 DI TREVISO	**1**	**12**					1	12			396.273	0,30
ULSS 10 VENETO ORIENTALE	**0**	**0**									206.886	-
ULSS 12 VENEZIANA	**2**	**16**					1	8	1	8	303.166	0,53
ULSS 13 DI MIRANO	**0**	**0**									252.666	-
ULSS 14 DI CHIOGGIA	**0**	**0**									131.730	-
ULSS 15 ALTA PADOVANA	**1**	**6**	1	6							237.670	0,25
ULSS 16 DI PADOVA	**2**	**26**					1	7	1	19	398.383	0,65
ULSS 17 DI ESTE	**1**	**8**	1	8							190.086	0,42
ULSS 18 DI ROVIGO	**1**	**8**	1	8							172.420	0,46
ULSS 19 DI ADRIA	**0**	**0**									74.876	-
ULSS 20 DI VERONA	**2**	**21**	2	21							432.190	0,49
ULSS 21 DI LEGNAGO	**0**	**0**									170.026	-
ULSS 22 DI BUSSOLENGO	**0**	**0**									267.906	-
TOTALE	**14**	**126**	**8**	**63**	**0**	**0**	**3**	**27**	**3**	**36**	**4.738.313**	**0,27**

La Regione ha inoltre confermato altri tre hospice per 23 posti letto (Tabella 62), che entro la fine del 2008 potranno presumibilmente essere operativi; di questi due saranno pubblici e realizzati utilizzando i finanziamenti ex Legge n. 39/99 e uno a gestione mista (Ente pubblico/Ente ecclesiastico).

Risultano infine previsti altri tre hospice pubblici, tutti finanziati ex Legge n. 39/99, i quali diventeranno verosimilmente operativi solo dopo il 2008.

Tabella 62 – Veneto: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008			
Aziende Sanitarie Locali	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
ULSS 1 DI BELLUNO	**1**	**8**	1	8					129.085	0,62
ULSS 2 DI FELTRE	**1**	**4**	1	4					83.131	0,48
ULSS 3 DI B. DEL GRAPPA	**1**	**8**	1	8					173.640	0,46
ULSS 4 DI THIENE	**2**	**18**	1	9	1	9			182.240	0,99
ULSS 5 DI ARZIGNANO	**0**	**0**							175.500	-
ULSS 6 DI VICENZA	**1**	**7**					1	7	307.357	0,23
ULSS 7 DI PIEVE DI SOLIGO	**0**	**0**							213.367	-
ULSS 8 DI ASOLO	**0**	**0**							239.715	-
ULSS 9 DI TREVISO	**1**	**12**	1	12					396.273	0,30
ULSS 10 VENETO ORIENT.	**1**	**10**			1	10			206.886	0,48
ULSS 12 VENEZIANA	**2**	**16**	2	16					303.166	0,53
ULSS 13 DI MIRANO	**1**	**8**					1	8	252.666	0,32
ULSS 14 DI CHIOGGIA	**0**	**0**							131.730	-
ULSS 15 ALTA PADOVANA	**1**	**6**	1	6					237.670	0,25
ULSS 16 DI PADOVA (*)	**3**	**30**	2	26	1	4			398.383	0,75
ULSS 17 DI ESTE	**1**	**8**	1	8					190.086	0,42
ULSS 18 DI ROVIGO	**1**	**8**	1	8					172.420	0,46
ULSS 19 DI ADRIA	**0**	**0**							74.876	-
ULSS 20 DI VERONA	**3**	**31**	2	21			1	10	432.190	0,72
ULSS 21 DI LEGNAGO	**0**	**0**							170.026	-
ULSS 22 DI BUSSOLENGO	**0**	**0**							267.906	-
TOTALE	**20**	**174**	**14**	**126**	**3**	**23**	**3**	**25**	**4.738.313**	**0,37**

(*) Attivato nel 2007 il Centro Residenziale Cure Palliative per Bambino (vedi Allegato 5.1).

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Nell'ambito delle cure palliative, la Regione Veneto tracciò la direzione del modello assistenziale regionale già con la **DGR n. 5273 del 1998**, la quale *definì l'assetto complessivo del sistema delle cure domiciliari* (in particolare dell'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI), tenendo conto delle specifiche *esigenze dei malati terminali* e dimensionando il numero complessivo dei trattamenti attivabili a domicilio in misura tale da coprire lo specifico fabbisogno di questa tipologia di malati.

Successivamente, con la **DGR n. 2989 del 22 settembre 2000** la Regione Veneto ha definito le proprie "*Linee di indirizzo regionali alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione dei servizi assistenziali integrati ai pazienti in fase terminale*", specificando inoltre i *requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per gli hospice* (documento di recepimento regionale del DPCM del 20 gennaio 2000).
In sintesi, gli obiettivi della delibera sono i seguenti:

- creare le condizioni per garantire un *continuum assistenziale di alta qualità per i malati gravi e in condizioni terminali* (prevalentemente neoplastici) attraverso il coordinamento delle attività sanitarie e l'integrazione tra ospedale e domicilio (*privilegiando quando possibile l'assistenza domiciliare*);
- utilizzare al meglio i finanziamenti ex Legge n. 39/99 e *ampliare adeguatamente il numero di strutture residenziali di cure palliative* sul territorio regionale.

La delibera stabilisce come deve essere organizzata la *rete delle cure palliative*, specificando le caratteristiche di tutti i *livelli assistenziali integrati* (ambulatoriale, domiciliare e residenziale) e promuovendo anche il *coinvolgimento del volontariato e delle organizzazioni del Terzo settore*.
In particolare, per quanto riguarda le strutture residenziali, sono definite due diverse tipologie di hospice:

- **hospice extra-ospedaliero**, funzionalmente autonomo e fisicamente separato dalla struttura ospedaliera. Il tratto peculiare è costituito dalle *piccole dimensioni* (10-20 posti letto), dal *basso contenuto tecnologico e sanitario* e dall'*elevato supporto umano* orientato al sostegno psicologico, relazionale e spirituale dei pazienti e delle loro famiglie;[45]
- **hospice intra-ospedaliero** (hospital hospice), collocato all'interno di una struttura ospedaliera e dotato di autonomia funzionale. Tale collocazione può consentire la coesistenza di una *assistenza sanitaria avanzata*, specializzata nel trattamento dei sintomi che accompagnano la fase terminale di malattia, con un *approccio globale e olistico* nei confronti della sofferenza del paziente.

La delibera richiama inoltre quanto già stabilito dalla **DGR n. 751 del 2000**, specificando che nelle singole Aziende Sanitarie *l'attivazione dei moduli di hospice è subordinata al raggiungimento di almeno il 50% della copertura del fabbisogno locale di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dedicata ai malati terminali* (7.000 pazienti all'anno per l'intera Regione).[46]

45. Tali caratteristiche hanno favorito la collocazione degli hospice extra-ospedalieri nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari (residenze sanitarie assistenziali, istituti di riabilitazione, case di riposo)
46. L'orientamento della Regione Veneto, volto a favorire l'assistenza domiciliare nell'ambito delle cure palliative, è sottolineato anche dalla DGR n. 4395 del 30 dicembre 2005 dove, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – MMG (ACN) del 23 marzo 2005, vengono stabiliti i criteri per l'incentivazione, la formazione, la responsabilizzazione e il coinvolgimento dei MMG nella definizione e gestione dei *sistemi di assistenza domiciliare* (in particolare dell'ADI rivolta ai pazienti terminali), in virtù del loro ruolo determinante per garantire a ogni paziente continuità e adeguatezza assistenziale.

È infine importante sottolineare come la Regione Veneto abbia attivato un *sistema di monitoraggio e valutazione dell'effettiva attuazione dei programmi e dell'impatto economico e gestionale dei servizi istituiti*.
In particolare, è stato attivato un **Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore** (istituito con **DGR n. 71 del 17 gennaio 2006**) che nella primavera 2006 ha effettuato un'indagine per verificare lo stato di attuazione della suddetta DGR n. 2989/2000.

In Veneto è attivo il *primo hospice pediatrico in Italia* (Centro Residenziale Cure Palliative per Bambino, a Padova).[47] In considerazione della maggiore complessità assistenziale dei pazienti pediatrici, la Regione ha definito tariffe specifiche (**DGR n. 3242 del 17 ottobre 2006**), in particolare è prevista una *tariffa giornaliera di 500 euro per la degenza ordinaria* e *450 euro per il day-hospice*; inoltre è stata stabilita una tariffa di *200 euro per ogni consulenza formalizzata a distanza* e di *800 euro al mese per il percorso di presa in carico integrata*.
La stessa DGR n. 71/2006 aggiorna inoltre *la tariffa regionale per gli hospice per adulti, pari a 232 euro al giorno (onnicomprensivo)*.

In materia di "autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" (**LR n. 22 del 16 agosto 2002**) vale quanto previsto dalla **DGR n. 447/2000** per cui – in attesa che la Giunta regionale definisca le norme procedurali per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio delle strutture socio-sanitarie nonché per l'accreditamento – la competenza al rilascio dell'*autorizzazione all'esercizio degli hospice extra-ospedalieri* è in capo al Dirigente regionale "Piani e Programmi Socio-Sanitari" (previa attestazione delle Aziende Sanitarie dei requisiti minimi prescritti dalla DGR n. 2989/2000). Contestualmente, oltre all'autorizzazione all'esercizio, viene disposto anche l'accreditamento della struttura con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

47. È stato inaugurato a settembre 2007.

CASA TUA DUE
ULSS 1 BELLUNO

Codice: 54

VENETO – ULSS 1 DI BELLUNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Europa, 22 – 32100 Belluno (BL)
Telefono: 0437-516652
Fax: 0437-516658
E-mail: casatua2@ulss.belluno.it
Web: http://web.ulss.belluno.it/html/casatua2ass_base.html
Responsabilità legale: Alberto Vielmo (ULSS 1 Belluno)
Responsabile medico: Piergiorgio Facchin
Responsabile infermieristico: Michele Feltrin
Altro referente: Agostino Mascanzoni (Coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2002

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'cospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE
LE VETTE – ASL 2 FELTRE

Codice: 107

VENETO – ULSS 2 DI FELTRE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Bagnols sur Cèze, 3 – 32032 Feltre (BL)
Telefono: 0439-883071
Fax: 0439-883072
E-mail: non indicato
Web: non indicato
Responsabilità legale: Bortolo Simoni (ULSS 2 Feltre)
Responsabile medico: Francesco Benazzi
Responsabile infermieristico: Albino Ventimiglia
Altro referente: Gino Gobber (Medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario (hospice extra-ospedaliero)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (4 posti letto in 4 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 28/02/2007 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla Regione

HOSPICE
CASA GEROSA

Codice: 108

VENETO – ULSS 3 DI BASSANO DEL GRAPPA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ognissanti, 6 – 36061 Bassano del Grappa (VI)
Telefono: 0424-525883
Fax: 0424-525883
E-mail: Giovanni.Ballestrin@aslbassano.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Giuseppe Simini (ULSS 3 Bassano del Grappa)
Responsabile medico: Giovanni Ballestrin
Responsabile infermieristico: Marina Lucia Dissegna
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2004
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (casa di riposo)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole senza posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 25/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla Regione

CENTRO RESIDENZIALE GUIDO NEGRI
ASL 4 DI THIENE
FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE

Codice: 53

VENETO – ULSS 4 DI THIENE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Liguria, 22 – 36016 Thiene (VI)
Telefono: 0445-309000
Fax: non indicato
E-mail: oicthiene@oiconlus.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Sandro Caffi (ULSS 4 Alto Vicentino)
Responsabile medico: non indicato
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: non indicato
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria e Fondazione ecclesiastica)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato in un centro residenziale per anziani

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
Lavori ultimati nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: 9 posti letto
Ambulatorio: non indicato
Day-hospital – day-hospice: non indicato
Assistenza domiciliare integrata: non indicato
Ospedalizzazione domiciliare: non indicato

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non indicato
Supporto al lutto dei familiari: non indicato
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Dati aggiornati a luglio 2006 e reperiti da una comunicazione della Regione
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CASA DEI GELSI
FONDAZIONE AMICI ASSOCIAZIONE ADVAR

Codice: 61

VENETO – ULSS 9 DI TREVISO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Fossagera 4/C – 31100 Treviso (TV)
Telefono: 0422-358311
Fax: 0422-358333
E-mail: casadeigelsi@virgilio.it
Web: http://www.advar.it/index.php?module=pagemaster&PAGE_user_op=view_page&PAGE_id=57&MMN_position=39:62
Responsabilità legale: Anna Mancini
(Fondazione Amici Associazione ADVAR onlus)
Responsabile medico: Antonio Orlando
Responsabile infermieristico: Lucia Nicolao
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2004

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2004

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 11 camere, di cui 1 doppia e 10 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 60 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

CENTRO NAZARET
OPERA SANTA MARIA DELLA CARITÀ

Codice: 63

VENETO – ULSS 12 VENEZIANA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Castellana, 69 – 30174 Zelarino (VE)
Telefono: 041-5055988
Fax: 041-5041404
E-mail: cnazaret@osmc.org
Web: http://www.osmc.org/nazaret.php
Responsabilità legale: Mons. Mario Senigaglia
(Fondazione Opera Santa Maria della Carità)
Responsabile medico: Giampepi Rizzi
Responsabile infermieristico: Eddi Chinellato
Altro referente: Roberta Perin (medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria e Fondazione ecclesiastica)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CASA SAN GIOVANNI DI DIO
OSPEDALE FATEBENEFRATELLI
SAN RAFFAELE ARCANGELO

Codice: 284

VENETO – ULSS 12 VENEZIANA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Madonna dell'Orto, 3458 – 30121 Venezia (VE)
Telefono: 041-783440
Fax: 041-718063
E-mail: s.raffaele@fatebenefratelli.it; velo.zanette@libero.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Fra Sergio Schiavon
(Ospedale Fatebenefratelli San Raffaele Arcangelo)
Responsabile medico: Rodolfo Scognamiglio
Responsabile infermieristico: Maria Josè Perez Alfonso
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale privato)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato l'08/01/2007 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla Regione

HOSPICE DI CAMPOSAMPIERO
ULSS 15 ALTA PADOVANA – CENTRO SERVIZI PER ANZIANI ANNA MORETTI BONORA

Codice: 59

VENETO – ULSS 15 ALTA PADOVANA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Moretti Bonora, 30 – 35012 Camposampiero (PD)
Telefono: 049-9317500
Fax: 049-9317165
E-mail: hospice@csabonora.it
Web: http://www.csabonora.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Pietro Gonella
(IPAB Azienda ULSS 15 Alta Padovana)
Responsabile medico: Concetta Paolello
Responsabile infermieristico: non indicato
Altro referente: Chiara Azzalin (Responsabile organizzativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2002

Tipo di struttura e sede

L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti totalmente
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/08/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE CENTRO CURA E SOLLIEVO PAOLO VI
ULSS 16 PADOVA
FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE

Codice: 57

VENETO – ULSS 16 DI PADOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Gemona, 8 – 35142 Padova (PD)
Telefono: 049-8672300
Fax: 049-8672310
E-mail: hospice@sanita.padova.it
Web: http://www.oiconlus.it/giubileo.html
Responsabilità legale: Daniele Donato (ULSS 16 Padova)
Responsabile medico: Modesto Zago
Responsabile infermieristico: Tiziano Fauretto
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista (Azienda Sanitaria e Fondazione ecclesiastica)
Anno di attivazione: 2000

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (RSA)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 2000

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (19 posti letto in 19 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 26/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

CASA SANTA CHIARA
ISTITUTO SUORE TERZIARIE FRANCESCANE ELISABETTINE

Codice: 109

VENETO – ULSS 16 DI PADOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Giovanni da Verdara, 56 – 35137 Padova (PD)
Telefono: 049-8762117
Fax: 049-8762117
E-mail: casasantachiara@tiscali.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Maria Prado
(Istituto Suore Terziarie Francescane Elisabettine)
Responsabile medico: Paolo Forzan
Responsabile infermieristico: Anna Odorizzi
Altro referente: Daria Gaspardo (Direttrice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo settore (Ente ecclesiastico)
il medico è in convenzione con l'ULSS 16
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (casa alloggio per malati di AIDS)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole senza posto letto per un familiare, ci sono 4 camere singole per ospitare i familiari)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
È disponibile la carta dei servizi
L'Hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 12/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla Regione

HOSPICE
c/o EX OSPEDALE MONTAGNANA

Codice: 56

VENETO – ULSS 17 DI ESTE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lavoro – 35044 Montagnana (PD)
Telefono: 0429-808723
Fax: 0429-808720
E-mail: hospice.montagnana@ulss17.it; cureprimarie@ulss17.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Ugo Zurlo (Azienda ULSS 17)
Responsabile medico: Lucio Conforto
Responsabile infermieristico: Osvaldo Pasin
Altro referente: Roberto Marchetto (dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2001

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo sanitario (ospedale pubblico)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: sì
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Non sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 1 giorno
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 25/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice segnalato dalla SICP

CASA DEL VENTO ROSA
IPAB DELL'ULSS 18 ROVIGO

Codice: 62

VENETO – ULSS 18 DI ROVIGO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via del Santuario, 31 – 45026 Lendinara (RO)
Telefono: 0425-641015/600370
Fax: 0425-604336
E-mail: casalbergo@netmarket.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Loris Veronese (IPAB Casa Albergo per Anziani)
Responsabile medico: Bruno Piva
Responsabile infermieristico: Loredana Mengoni
Altro referente: non indicato

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una struttura di tipo socio-assistenziale (casa di riposo)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti sono stati ricevuti
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2005

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 29/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SAN CRISTOFORO
IPAB DOMENICO CARDO

Codice: 55

VENETO – ULSS 20 DI VERONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Rinascimento, 20 – 37044 Cologna Veneta (VR)
Telefono: 0442-426066
Fax: 0442-411818
E-mail: info.cdrcardo@tin.it
Web: http://www.ulss20.verona.it/showstr.php?codstr=308055&ar=
Responsabilità legale: Giulio Bertinato
(IPAB Casa di Riposo Domenico Cardo)
Responsabile medico: Giovanni Pedelini
Responsabile infermieristico: Jessica Pedrina
Altro referente: Maria Beatrice Gazzola (Medico di distretto)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
La ristrutturazione è stata ultimata nell'anno 1999
Anno di attivazione: 1999

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative a Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo socio-sanitario (centro polifunzionale)

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

I finanziamenti non sono stati richiesti

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 6 camere, di cui 1 doppia e 5 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato per 2 giorni e mediante gruppi di mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 12/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice segnalato dalla SICP

HOSPICE SAN GIUSEPPE DI MARZANA ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI

Codice: 210

VENETO – ULSS 20 DI VERONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Lambranzi, 37 – Marzana – 37100 Verona (VR)
Telefono: 045-8075486
Fax: 045-8075471
E-mail: roberto.borin@ulss20.verona.it; tiziana.mondin@iaaverona.it
Web: non indicato
Responsabilità legale: Roberto Maria Rubini
(IPAB Istituto Assistenza Anziani)
Responsabile medico: Gianvito Romanelli
Responsabile infermieristico: Sara Ferrari
Altro referente: Roberto De Mori (Responsabile servizi assistenziali)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria e IPAB)
Anno di attivazione: 2006

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata quale Struttura Semplice
L'hospice è situato in una struttura dedicata e autonoma di tipo sanitario

Finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99 e conseguente costruzione/adeguamento strutturale

Ricezione dei finanziamenti: non indicato
La nuova costruzione è stata ultimata nell'anno 2006

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day-hospice: no
Assistenza domiciliare integrata: no
Ospedalizzazione domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di mutuo aiuto
Carta dei servizi: non indicato
Certificazione ISO 9000/2000: non indicato

Questionario compilato il 12/09/2006 e firmato dal Responsabile legale
Hospice confermato dalla Regione

Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99

Hospice identificato da segnalazione spontanea

ALLEGATI

5.1 HOSPICE NON ANCORA OPERATIVI AL 31 DICEMBRE 2006, ATTIVATI NEI PRIMI MESI DEL 2007

Nella seguente tabella sono elencati gli hospice che, in base alle informazioni raccolte durante gli ultimi mesi di realizzazione della presente pubblicazione, risultano certamente attivati nei primi mesi del 2007. Gli hospice compaiono ordinati per Regione e Azienda Sanitaria.

Regione	Azienda sanitaria	Attivazione nei primi mesi del 2007	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Basilicata	AUSL 5 DI MONTALBANO J.	Certa	Contatto telefonico	185	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Stigliano – AUSL 5 Montalbano Jonico	Stigliano	MT	Pubblica	8	★
Campania	ASL SALERNO 2	Certa	Comunicazione e-mail	283	Hospice Il Giardino dei Girasoli di Eboli – ASL Salerno 2	Eboli	SA	Pubblica	10	No
Emilia Romagna	AUSL DI BOLOGNA	Certa	Contatto telefonico	214	Hospice c/o Ospedale Bellaria – AUSL Bologna	Bologna	BO	Mista	13	★
Lombardia	ASL PROV. DI MILANO 1	Certa	Azienda sanitaria	205	Hospice c/o RSA Don G. Cuni di Magenta – ASL Milano 1	Magenta	MI	Pubblica	8	★
Piemonte	ASL 11 DI VERCELLI	Certa	Questionario	244	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Gattinara – ASL 11 Vercelli	Gattinara	VC	Pubblica	10	★
Piemonte	ASL 13 DI NOVARA	Certa	Questionario	207	Hospice di Galliate c/o Ospedale San Rocco – ASL 13 Novara	Galliate	NO	Pubblica	8	★
Puglia	AUSL FOGGIA	Certa	Questionario	114	Hospice Don Uva - Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza	Foggia	FG	Terzo settore	12	No
Sicilia	AUSL 7 DI RAGUSA	Certa	Questionario	220	Hospice – Azienda Ospedaliera OMPA di Ragusa	Ragusa	RG	Pubblica	8	★
Veneto	ULSS 16 DI PADOVA	Certa	Regione	110	Centro Residenziale Cure Palliative per Bambino – ULSS 16 Padova	Padova	PD	Pubblica	4	★

5.2 HOSPICE NON ANCORA OPERATIVI AL 31 DICEMBRE 2006, IN FASE DI REALIZZAZIONE O PROGETTAZIONE, PER REGIONE E AZIENDA SANITARIA

Nella seguente tabella sono elencati gli hospice non ancora operativi, ordinati per Regione e Azienda Sanitaria.

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Abruzzo	ASL DI AVEZZANO-SULMONA	In fase di progettazione	Regione	186	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola – AUSL 1 Avezzano Sulmona	Avezzano	AQ	Pubblica	10	★
Abruzzo	ASL DI CHIETI	In fase di progettazione	Questionario	152	Hospice del Comune di Torrevecchia Teatina	Torrevecchia Teatina	CH	Pubblica	18	★
Abruzzo	ASL DI CHIETI	In fase di realizzazione	Questionario	188	Hospice di Chieti c/o ex Presidio Ospedaliero SS. Annunziata – ASL Chieti	Chieti	CH	Pubblica	10	★
Abruzzo	ASL DI LANCIANO-VASTO	In fase di realizzazione	Questionario	189	Hospice c/o ex IPAB di Lanciano – AUSL 3 Lanciano Vasto	Lanciano	CH	Pubblica	10	★
Abruzzo	ASL DI L'AQUILA	In fase di progettazione	Regione	95	Unità Struttura Semplice Terapie di supporto e riabilitazione c/o Ospedale San Salvatore – ASL 4 L'Aquila	L'Aquila	AQ	Pubblica	10	★
Abruzzo	ASL DI PESCARA	Già realizzato ma non operativo	Questionario	172	Centro Residenziale di Cure Palliative – AUSL Pescara	Pescara	PE	Pubblica	10	★
Abruzzo	ASL DI TERAMO	In fase di progettazione	Regione	187	Hospice c/o Ospedale Civile Mazzini di Teramo – ASL Terma	Teramo	TE	Pubblica	10	★
Basilicata	AUSL 2 DI POTENZA	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	184	Hospice di Viggiano – ASL 2 Potenza	Viggiano	PZ	Pubblica	10	★
Basilicata	AUSL 4 DI MATERA	In fase di programmazione	Comunicazione Ministero della Salute	182	Hospice dell'Ospedale di Matera – ASL 4 Matera	Matera	MT	Pubblica	10	★
Basilicata	AUSL 1 DI VENOSA	Già realizzato ma non operativo	Questionario	183	Hospice – CROB Ospedale Oncologico Regionale Rionero in Vulture	Rionero in Vulture	PZ	Pubblica	8	★
Calabria	ASL 4 DI COSENZA	In fase di realizzazione	Questionario	228	Hospice Oltre il dolore – ASL 4 Cosenza	Cosenza	CS	Pubblica	10	★
Calabria	ASL 5 DI CROTONE	In fase di progettazione	Azienda Sanitaria	212	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero San Giovanni in Fiore – ASL 5 Crotone	San Giovanni in Fiore	CS	Pubblica	6	No
Calabria	ASL 5 DI CROTONE	In fase di progettazione	Azienda Sanitaria	176	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 5 Crotone	Crotone	KR	Pubblica	6	No
Calabria	ASL 7 DI CATANZARO	In fase di progettazione	Regione	194	Hospice – ASL 7 di Catanzaro	Catanzaro	CZ	Pubblica	10	★
Calabria	ASL 8 DI VIBO VALENTIA	In fase di progettazione	Regione	195	Hospice c/o ex dispensario di Tropea – ASL 8 Vibo Valentia	Tropea	VV	Pubblica	12	★
Calabria	ASL 9 DI LOCRI	In fase di progettazione	Regione	192	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Siderno – ASL 9 Locri	Siderno	RC	Pubblica	18	★
Calabria	ASL 10 DI PALMI	In fase di realizzazione	Questionario	191	Hospice c/o ex ostello della gioventù di Melicucco – ASL 10 Palmi	Melicucco	RC	Pubblica	12	★
Campania	ASL AVELLINO 2	In fase di realizzazione	Questionario	146	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Landolfi di Solofra – ASL Avellino 2	Solofra	AV	Pubblica	12	★
Campania	ASL BENEVENTO 1	In fase di progettazione	Questionario	147	Hospice – Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento	Benevento	BN	Pubblica	6	★
Campania	ASL CASERTA 1	In fase di realizzazione	Regione	2	Unità Operativa di Fisiopatologia, Terapia del Dolore e Cure Palliative – Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta	Caserta	CE	Pubblica	10	★

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Campania	ASL NAPOLI 1	In fase di programmazione	Regione	145	Hospice c/o IRCCS Istituto Nazionale Tumori – Fondazione G. Pascale	Napoli	NA	Pubblica	11	★
Campania	ASL NAPOLI 1	In fase di realizzazione	Regione	3	Unità Operativa Fisiopatologia, Terapia del Dolore e Cure Palliative – Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli di Napoli	Napoli	NA	Pubblica	9	★
Campania	ASL NAPOLI 2	In fase di realizzazione	Regione	148	Centro Residenziale per le Cure Palliative Santa Maria delle Grazie – ASL Napoli 2	Pozzuoli	NA	Pubblica	8	★
Campania	ASL NAPOLI 3	In fase di realizzazione	Regione	149	Hospice di Casavatore – ASL Napoli 3	Frattamaggiore	NA	Pubblica	12	★
Campania	ASL SALERNO 2	In fase di realizzazione	Questionario	150	Hospice c/o Ospedale San Giovanni da Procida – ASL Salerno 2	Salerno	SA	Pubblica	12	★
Campania	ASL SALERNO 3	Già realizzato ma non operativo	Regione	151	Hospice c/o Ospedale Sant'Arsenio di Vallo della Lucania – ASL Salerno 3	Polla di Sant'Arsenio	SA	Pubblica	10	★
Emilia Romagna	AUSL DI BOLOGNA	In fase di realizzazione	Azienda Sanitaria	215	Hospice c/o RSA di Casalecchio di Reno – AUSL Bologna	Casalecchio di Reno	BO	Pubblica	15	★
Emilia Romagna	AUSL DI FERRARA	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	234	Hospice c/o Ospedale di Cona – Azienda Ospedaliera Ferrara	Cona	FE	Pubblica	12	★
Emilia Romagna	AUSL DI FERRARA	Già realizzato ma non operativo	Comunicazione Ministero della Salute	232	Hospice c/o Ospedale di Codigoro – AUSL Ferrara	Codigoro	FE	Mista	11	★
Emilia Romagna	AUSL DI MODENA	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	293	Hospice c/o Ospedale Sant'Agostino Estense di Baggiovara – AUSL Modena	Baggiovara	MO	Pubblica	10	★
Emilia Romagna	AUSL DI PIACENZA	In fase di progettazione	Regione	112	Hospice di Piacenza – AUSL Piacenza e Comune di Piacenza	Piacenza	PC	Mista	15	No
Emilia Romagna	AUSL DI RAVENNA	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	235	Hospice c/o Villa Agnesina di Castel Raniero di Faenza – AUSL Ravenna	Faenza	RA	Pubblica	10	★
Emilia Romagna	AUSL DI RAVENNA	In fase di realizzazione	Questionario	281	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Lugo – ASL Ravenna	Lugo	RA	Pubblica	10	★
Emilia Romagna	AUSL DI RIMINI	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	233	Hospice c/o ex RSA – AUSL di Rimini	Rimini	RN	Pubblica	10	★
Emilia Romagna	AUSL DI PARMA	In fase di realizzazione	Questionario	122	Centro di Cure Palliative Piccole Figlie – Istituto Piccole Figlie dei SS. Cuori di Gesù e Maria	Parma	PR	Terzo settore	8	★
Emilia Romagna	AUSL DI REGGIO EMILIA	In fase di realizzazione	Questionario	133	Hospice ospedaliero di Guastalla – AUSL Reggio Emilia	Guastalla	RE	Pubblica	14	★
Friuli Venezia Giulia	ASS 4 MEDIO FRIULI	In fase di progettazione	Regione	126	Hospice Fondazione Morpurgo Hofmann	Udine	UD	Terzo settore	15	★
Friuli Venezia Giulia	ASS 4 MEDIO FRIULI	In fase di programmazione	Regione e Azienda Sanitaria	127	Hospice Cividale del Friuli – ASS 4 Medio Friuli	Cividale del Friuli	UD	Pubblica	10	★
Friuli Venezia Giulia	ASS 5 BASSO FRIULI	In fase di realizzazione	Questionario	128	Centro Residenziale di Cure Palliative c/o Ospedale di Latisana – ASS 5 Bassa Friulana	Latisana	UD	Pubblica	10	★
Friuli Venezia Giulia	ASS 6 FRIULI OCC.	In fase di realizzazione	Regione e Azienda Sanitaria	129	Hospice c/o Ospedale San Vito al Tagliamento – ASS 6 Friuli Occidentale	San Vito al Tagliamento	PN	Pubblica	10	★
Lazio	AUSL DI FROSINONE	In fase di realizzazione	Regione	197	Hospice c/o ex Presidio Ospedaliero di Isola di Liri – ASL Frosinone	Isola di Liri	FR	Pubblica	25	★
Lazio	AUSL ROMA D	Già realizzato ma non operativo	Regione	196	Hospice c/o IRCCS Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani	Roma	RM	Terzo settore	8	★

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Lazio	AUSL ROMA E	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	288	Hospice c/o Comprensorio Sanitario Santa Maria della Pietà (ex manicomio, padiglione 22) – ASL Roma E	Roma	RM	Pubblica	14	★
Lazio	AUSL ROMA H	In fase di realizzazione	Regione	286	Hospice c/o Ospedale A. e C. Cartoni di Rocca Priora – ASL Roma H	Rocca Priora	RM	Pubblica	18	★
Liguria	ASL 3 GENOVESE	In fase di progettazione	Regione	138	Hospice San Martino c/o padiglione Maragliano – Azienda Ospedaliera San Martino di Genova	Genova	GE	Pubblica	12	★
Liguria	ASL 3 GENOVESE	In fase di progettazione	Regione	140	Hospice di Villa Salus – Associazione Gigi Ghirotti	Genova	GE	Terzo settore	12	No
Liguria	ASL 3 GENOVESE	In fase di programmazione	Regione	135	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero San Carlo di Genova a Voltri – ASL 3 Genovese	Genova-Voltri	GE	Pubblica	10	★
Liguria	ASL 3 GENOVESE	In fase di realizzazione	Questionario	139	Hospice c/o ex Seminario Minore del Chiappeto – Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova	Genova	GE	Terzo settore	8	No
Liguria	ASL 4 CHIAVARESE	In fase di realizzazione	Questionario	136	Hospice c/o ex ospedale di Chiavari – ASL 4 Chiavarese	Chiavari	GE	Pubblica	10	★
Liguria	ASL 5 SPEZZINO	In fase di progettazione	Regione	137	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero di Sarzana – ASL 5 Spezzino	Sarzana	SP	Pubblica	12	★
Lombardia	ASL CITTÀ DI MILANO	In fase di realizzazione	Regione	203	Hospice Cascina Brandezzata – IRCCS Ospedale Maggiore	Milano	MI	Terzo settore	12	★
Lombardia	ASL CITTÀ DI MILANO	Già realizzato ma non operativo	Contatto telefonico	202	Hospice – Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda	Milano	MI	Mista	15	★
Lombardia	ASL PROV. DI BRESCIA	In fase di realizzazione	Azienda Sanitaria	132	Hospice di Pontevico – Cooperativa Sociale Il Gabbiano	Pontevico	BS	Terzo settore	15	★
Lombardia	ASL PROV. DI BRESCIA	In fase di realizzazione	Questionario	45	Unità Struttura Complessa di Cure Palliative c/o il Presidio Ospedaliero di Gavardo – Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda	Gavardo	BS	Pubblica	10	★
Lombardia	ASL PROV. DI LODI	Già realizzato ma non operativo	Questionario	199	Hospice di Codogno – ASL Provincia di Lodi	Codogno	LO	Mista	14	No
Lombardia	ASL PROV. DI LODI	Già realizzato ma non operativo	Regione D.G. Sanità, progetti finanziati ex L.39/99	292	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Casalpusterlengo – ASL Provincia di Lodi	Casalpusterlengo	LO	Pubblica	14	★
Lombardia	ASL PROV. DI MANTOVA	In fase di realizzazione	Regione	200	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Carlo Poma di Mantova – Azienda Ospedaliera Carlo Poma	Mantova	MN	Pubblica	15	★
Lombardia	ASL PROV. DI MILANO 1	Già realizzato ma non operativo	Questionario	282	Hospice di Cuggiono – Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano	Cuggiono	MI	Pubblica	11	★
Lombardia	ASL PROV. DI MILANO 1	In fase di realizzazione	Questionario	206	Hospice c/o RSA – Comune di Lainate	Lainate	MI	Pubblica	8	★
Lombardia	ASL PROV. DI MILANO 3	Già realizzato ma non operativo	Questionario	119	Hospice c/o RSA Mons. Carlo Testa – Comune di Cologno Monzese	Cologno Monzese	MI	Pubblica	8	★
Lombardia	ASL PROV. DI MILANO 3	Già realizzato ma non operativo	Questionario	204	Unità Struttura Semplice di Cure Palliative c/o il Presidio Ospedaliero Bassini di Cinisello Balsamo – Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza	Cinisello Balsamo	MI	Pubblica	12	★
Lombardia	ASL PROV. DI PAVIA	In fase di realizzazione	Azienda Sanitaria	144	Centro Residenziale per le Cure Palliative c/o Presidio di Belgioioso – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Belgioioso	PV	Terzo settore	10	★
Lombardia	ASL PROV. DI VARESE	In fase di progettazione	Regione	201	Hospice c/o ex Padiglione di Medicina di Velate – Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi	Cittiglio	VA	Pubblica	10	★

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Lombardia	ASL PROV. DI VARESE	In fase di realizzazione	Questionario	41	Unità Struttura Semplice di Cure Palliative – Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	Busto Arsizio	VA	Pubblica	8	★
Marche	ASUR – ZONA 3 Fano	In fase di progettazione	Regione	236	Hospice c/o Ospedale di Fossombrone – ASUR Marche Zona Territoriale 3	Fossombrone	PU	Pubblica	8	★
Marche	ASUR – ZONA 6 Fabriano	In fase di realizzazione	Regione	229	Hospice c/o Ospedale di Fabriano – ASUR Marche Zona territoriale 6	Fabriano	AN	Pubblica	8	★
Marche	ASUR – ZONA 9 Macerata	In fase di progettazione	Regione	237	Hospice c/o Ospedale di Macerata – ASUR Marche Zona Territoriale 9	Macerata	MC	Pubblica	8	★
Marche	ASUR – ZONA 10 Camerino	Già realizzato ma non operativo	Questionario	209	Hospice c/o Ospedale di San Severino Marche – ASUR Marche Zona Territoriale 10	San Severino Marche	MC	Pubblica	12	★
Marche	ASUR – ZONA 11 Fermo	Già realizzato ma non operativo	Regione	211	Hospice di Montegranaro – ASUR Marche Zona Territoriale 11	Montegranaro	AP	Pubblica	10	★
Marche	ASUR – ZONA 13 Ascoli Piceno	In fase di realizzazione	Regione	238	Hospice c/o RSA di Offida – ASUR Marche Zona Territoriale 13	Offida	AP	Pubblica	9	★
Piemonte	ASL 1 DI TORINO	Già realizzato ma non operativo	Regione	239	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Valletta – ASL 1 Torino	Torino	TO	Pubblica	10	★
Piemonte	ASL 2 DI TORINO	In fase di progettazione	Regione	248	Hospice c/o Ospedale Martini – ASL 2 Torino	Torino	TO	Pubblica	8	★
Piemonte	ASL 3 DI TORINO	In fase di progettazione	Regione	249	Hospice c/o Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia e Birago di Vische – ASL 3 Torino	Torino	TO	Pubblica	8	★
Piemonte	ASL 5 DI COLLEGNO	In fase di progettazione	Regione	250	Hospice di Orbassano – Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga	Orbassano	TO	Pubblica	8	★
Piemonte	ASL 6 DI CIRIÈ	In fase di realizzazione	Regione	287	Hospice c/o ex RSA – ASL 6 di Ciriè	Ciriè	TO	Pubblica	10	★
Piemonte	ASL 7 DI CHIVASSO	In fase di realizzazione	Regione	241	Hospice c/o ex RSA Foglizzo – ASL 7 Chivasso	Foglizzo	TO	Pubblica	10	★
Piemonte	ASL 10 DI PINEROLO	In fase di realizzazione	Regione	242	Hospice – ASL 10 Pinerolo	Pinerolo	TO	Pubblica	16	★
Piemonte	ASL 14 VERBANO C.O.	In fase di realizzazione	Regione	245	Hospice c/o RSA ex Ospedale S. Rocco di Verbania – ASL 14 Verbano Cusio Ossola	Verbania	VB	Pubblica	20	★
Piemonte	ASL 18 DI ALBA	In fase di realizzazione	Questionario	106	Hospice c/o Ospedale S. Spirito di Bra – ASL 18 Alba-Bra	Bra	CN	Pubblica	8	★
Piemonte	ASL 20 DI ALESSANDRIA	In fase di realizzazione	Questionario	111	Hospice Pietro Caramello – ASL 20 Alessandria	Alessandria	AL	Pubblica	16	★
Piemonte	ASL 21 DI CASALE MONFERRATO	In fase di realizzazione	Regione	247	Hospice c/o RSA di Piazza C. Battisti – ASL 21 Casale Monferrato	Casale Monferrato	AL	Pubblica	8	★
Puglia	AUSL BARI	Già realizzato ma non operativo	Questionario	116	Hospice San Camillo – AUSL Bari	Monopoli	BA	Mista	8	★
Puglia	AUSL BARI	In fase di realizzazione	Azienda Sanitaria	177	Hospice c/o Distretto Socio-sanitario n.5 di Triggiano – AUSL Bari	Triggiano	BA	Pubblica	8	★
Puglia	AUSL BARI	In fase di realizzazione	Regione	180	Hospice Fondazione onlus Opera Santi Medici Cosma e Damiano	Bitonto	BA	Terzo settore	30	★
Puglia	AUSL BAT	In fase di realizzazione	Regione	314	Hospice Casa Divina Provvidenza – Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza	Bisceglie	BA	Terzo settore	20	No
Puglia	AUSL BRINDISI	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	178	Hospice di San Pietro Vernotico (ex Hospice di Latiano) – AUSL Brindisi	San Pietro Vernotico	BR	Pubblica	8	★

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Puglia	AUSL FOGGIA	In fase di progettazione	Regione	335	Hospice c/o IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza – Opera di San Pio	San Giovanni Rotondo	FG	Terzo settore	16	No
Puglia	AUSL FOGGIA	In fase di realizzazione	Regione	179	Hospice c/o RSA Ospedale di Torremaggiore-San Severo – AUSL Foggia	Torremaggiore	FG	Pubblica	8	★
Puglia	AUSL LECCE	In fase di realizzazione	Regione	181	Hospice di Tricase – Azienda Ospedaliera Pia Fondazione di Culto e Religione Cardinale G. Panico	Tricase	LE	Terzo settore	30	★
Sardegna	ASL 7 DI CARBONIA	In fase di realizzazione	Regione	253	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Santa Barbara di Iglesias – ASL 7 Carbonia	Iglesias	CA	Pubblica	10	★
Sardegna	ASL 8 DI CAGLIARI	Già realizzato ma non operativo	Questionario	104	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Businco di Cagliari – ASL 8 Cagliari	Cagliari	CA	Pubblica	18	★
Sicilia	AUSL 2 DI CALTANISSETTA	In fase di realizzazione	Regione	222	Hospice – Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela	Gela	CL	Pubblica	8	★
Sicilia	AUSL 2 DI CALTANISSETTA	In fase di realizzazione	Questionario	218	Hospice Delia – ASL 2 Caltanissetta	Delia	CL	Pubblica	10	★
Sicilia	AUSL 3 DI CATANIA	In fase di realizzazione	Regione	223	Hospice – Azienda Ospedaliera Gravina di Caltagirone	Caltagirone	CT	Pubblica	10	★
Sicilia	AUSL 4 DI ENNA	In fase di realizzazione	Regione	115	Hospice – Azienda Ospedaliera Umberto I di Enna	Enna	EN	Pubblica	10	★
Sicilia	AUSL 5 DI MESSINA	Già realizzato ma non operativo	Regione	224	Hospice – Policlinico Universitario G. Martino di Messina	Messina	ME	Pubblica	7	★
Sicilia	AUSL 5 DI MESSINA	In fase di realizzazione	Regione	221	Hospice – Azienda Ospedaliera Papardo di Messina	Messina	ME	Pubblica	10	★
Sicilia	AUSL 6 DI PALERMO	In fase di progettazione	Regione	226	Hospice c/o ex Clinica Villa Florio di Palermo – Soc. Coop. Nuove Solidarietà Onlus	Palermo	PA	Terzo settore	15	★
Sicilia	AUSL 6 DI PALERMO	In fase di realizzazione	Regione	219	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Pisani – AUSL 6 Palermo	Palermo	PA	Pubblica	20	★
Sicilia	AUSL 7 DI RAGUSA	In fase di realizzazione	Questionario	113	Hospice c/o Ospedale Maggiore di Modica – ASL 7 Ragusa	Modica	RG	Pubblica	10	★
Sicilia	AUSL 8 DI SIRACUSA	Già realizzato ma non operativo	Regione	217	Hospice – Azienda Ospedaliera Umberto I di Siracura	Siracusa	SR	Pubblica	8	★
Sicilia	AUSL 8 DI SIRACUSA	In fase di realizzazione	Regione	227	Hospice in Via Serra di Falco – S.A.M.O.T. Associazione per l'Assistenza al Malato Oncologico Terminale	Siracusa	SR	Terzo settore	15	★
Sicilia	AUSL 9 DI TRAPANI	In fase di realizzazione	Regione	225	Hospice – AUSL 9 Trapani	Salemi	TP	Pubblica	10	★
Toscana	ASF – AZ. SAN. FIRENZE	Già realizzato ma non operativo	Questionario	263	Hospice c/o Convento delle Oblate Francescane – ASF Azienda Sanitaria Firenze	Firenze	FI	Pubblica	10	★
Toscana	ASF – AZ. SAN. FIRENZE	In fase di realizzazione	Regione	264	Hospice c/o ex convitto centro di riabilitazione San Felice a Ema – ASF Azienda Sanitaria Firenze	Firenze	FI	Pubblica	10	★
Toscana	ASF – AZ. SAN. FIRENZE	In fase di realizzazione	Contatto telefonico	78	Hospice c/o Ospedale S. Giovanni Di Dio Torregalli – ASF Azienda Sanitaria Firenze	Firenze	FI	Pubblica	12	★
Toscana	AUSL 1 DI MASSA CARRARA	In fase di realizzazione	Regione	280	Hospice di Carrara – Fondazione Don Gnocchi	Marina di Massa	MS	Terzo settore	20	★
Toscana	AUSL 2 DI LUCCA	Già realizzato ma non operativo	Regione	266	Hospice c/o RSA di Maggiano – AUSL 2 Lucca	Lucca	LU	Pubblica	7	★
Toscana	AUSL 2 DI LUCCA	In fase di realizzazione	Questionario	257	Hospice Valle del Serchio c/o Ospedale Santa Croce di Castelnuovo Garfagnana – AUSL 2 Lucca	Castelnuovo Garfagnana	LU	Pubblica	5	★
Toscana	AUSL 3 DI PISTOIA	In fase di progettazione	Questionario	267	Hospice c/o ex Convento Santa Maria delle Grazie – AUSL 3 Pistoia	Pistoia	PT	Pubblica	8	★

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice (dicembre 2006)	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Toscana	AUSL 3 DI PISTOIA	In fase di realizzazione	Regione	258	Hospice c/o RSA di Spicchio di Lamporecchio – AUSL 3 Pistoia	Lamporecchio	PT	Pubblica	8	★
Toscana	AUSL 4 DI PRATO	In fase di realizzazione	Questionario	259	Hospice c/o RSA Rosa Giorgi di Prato – AUSL 4 Prato	Prato	PO	Pubblica	12	★
Toscana	AUSL 5 DI PISA	In fase di realizzazione	Regione	260	Hospice c/o RSA U. Viale di Pisa – AUSL 5 Pisa	Pisa	PI	Pubblica	10	★
Toscana	AUSL 7 DI SIENA	Già realizzato ma non operativo	Questionario	261	Hospice c/o Ospedale Valdelsa di Poggibonsi loc. Campostaggia – AUSL 7 Siena	Poggibonsi	SI	Pubblica	10	★
Toscana	AUSL 7 DI SIENA	In fase di realizzazione	Questionario	268	Hospice c/o Ospedale Valdichiana Presidio Ospedaliero Monoblocco di Nottola – AUSL 7 Siena	Montepulciano	SI	Pubblica	6	★
Toscana	AUSL 9 DI GROSSETO	Già realizzato ma non operativo	Regione	262	Hospice c/o il Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto – AUSL 9 Grosseto	Grosseto	GR	Pubblica	8	★
Toscana	AUSL 11 DI EMPOLI	In fase di realizzazione	Regione	265	Hospice c/o Ospedale di Empoli – ASL 11 Empoli	Empoli	FI	Pubblica	8	★
Trentino Alto Adige	APSS DI TRENTO	In fase di programmazione	Regione	294	Hospice Trento sud	Trento	TN	Terzo settore	10	No
Trentino Alto Adige	APSS DI TRENTO	In fase di programmazione	Regione	295	Hospice di Mori	Mori	TN	Pubblica	10	★
Umbria	ASL 1 UMBRIA – CITTÀ DI CASTELLO	Già realizzato ma non operativo	Regione	269	Hospice c/o Ospedale Umbertide – ASL 1 Umbria	Città di Castello	PG	Pubblica	5	★
Umbria	ASL 2 UMBRIA – PERUGIA	Già realizzato ma non operativo	Regione	270	Hospice c/o ex struttura psichiatrica padiglione Zurli di Perugia – ASL 2 Perugia	Perugia	PG	Pubblica	12	★
Umbria	ASL 3 UMBRIA – FOLIGNO	In fase di realizzazione	Questionario	142	Hospice c/o Ospedale di Spoleto – ASL 3 Umbria	Spoleto	PG	Pubblica	7	★
Umbria	ASL 4 UMBRIA – TERNI	In fase di realizzazione	Contatto telefonico	271	Hospice c/o il Centro geriatrico Le grazie di Terni – ASL 4 Terni	Terni	TR	Pubblica	10	★
Valle d'Aosta	AUSL VALLE D'AOSTA	In fase di progettazione	Questionario	117	Nucleo Residenziale Cure Palliative c/o Presidio Beauregard – AUSL Valle d'Aosta	Aosta	AO	Pubblica	7	★
Veneto	ULSS 4 DI THIENE	In fase di realizzazione	Comunicazione Ministero della Salute	275	Hospice c/o Ospedale di Thiene – ULSS 4 Thiene	Thiene	VI	Pubblica	9	★
Veneto	ULSS 6 DI VICENZA	In fase di progettazione	Questionario	143	Hospice c/o Residenza Ottavio Trento – IPAB Proti Salvi Trento di Vicenza	Vicenza	VI	Pubblica	7	★
Veneto	ULSS 10 VENETO ORIENTALE	In fase di progettazione	Azienda Sanitaria	118	Hospice c/o RSA di Portogruaro – ASSL 10 Veneto Orientale	Portogruaro	VE	Mista	10	No
Veneto	ULSS 13 DI MIRANO	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	276	Hospice c/o Ospedale P.F. Calvi di Noale – ULSS 13 Mirano	Noale	VE	Pubblica	8	★
Veneto	ULSS 20 DI VERONA	In fase di progettazione	Comunicazione Ministero della Salute	277	Hospice c/o Policlinico G.B. Rossi di Borgo Roma – Azienda Ospedaliera di Verona	Borgo Roma	VR	Pubblica	10	★

Altre strutture di Cure Palliative segnalate da Regioni e Aziende Sanitarie, di cui è pervenuto il questionario alla SICP

Alcune Regioni e Aziende Sanitarie hanno segnalato diverse strutture operative nell'ambito delle cure palliative le quali però, a seguito di una verifica dei dati contenuti nel questionario, non sono risultate in possesso di tutti i requisiti per essere classificate come hospice. Per completezza riportiamo di seguito l'elenco di tali strutture.

Regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività dell'hospice	Fonte ultimo aggiornamento	Hospice (codice e denominazione)		Città	Prov.	Gestione	Posti letto	Fin L 39/99
Friuli Venezia Giulia	ASS 2 ISONTINA	Già operativo	Questionario	124	Hospice del Distretto Basso Isontino – ASS 2 Isontina di Gorizia	Monfalcone	GO	Pubblica	5	No
Friuli Venezia Giulia	ASS 2 ISONTINA	Già operativo	Questionario	123	Hospice del Distretto Alto Isontino – ASS 2 Isontina di Gorizia	Gorizia	GO	Pubblica	5	No
Friuli Venezia Giulia	ASS 3 ALTO FRIULI	Già operativo	Questionario	125	Hospice Gemona del Friuli – ASS 3 Alto Friuli	Gemona del Friuli	UD	Pubblica	3	No
Lazio	AUSL ROMA D	Già operativo	Questionario	213	Hospice c/o Ospedale Israelitico	Roma	RM	Pubblica	3	No
Toscana	AUSL 12 DI VIAREGGIO	Già operativo	Questionario	166	Hospice Unità Struttura Semplice di Cure Palliative c/o Ospedale Versilia – AUSL 12 Viareggio	Camaiore frazione Lido	LU	Pubblica	12	No
Trentino Alto Adige	AZ. SAN. DI BOLZANO	Già operativo	Questionario	159	Unità di Cure Palliative c/o Reparto Geriatria 3 – Ospedale Generale Regionale – ASL Bolzano	Bolzano	BZ	Pubblica	12	No
Veneto	ULSS 12 VENEZIANA	Già operativo	Questionario	60	Hospice Unità Struttura Semplice Cure Supporto Oncologico – Casa di Cura Policlinico San Marco	Venezia Mestre	VE	Privata	30	No

5.3 NORMATIVA

5.3.1 Riferimenti nazionali

Un forte impulso allo sviluppo della rete per le Cure Palliative in Italia è stato dato dal **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** (PSN[48] 1998-2000), tra i cui "obiettivi di salute" venne specificato *il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita*, privilegiando in particolare azioni volte al *potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica*.
Inoltre, in relazione all'obiettivo di contrastare le principali patologie, il PSN 1998-2000 promuoveva l'attivazione di appropriati programmi di terapia palliativa quali interventi prioritari per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti oncologici in fase critica.

In attuazione del PSN 1998-2000 è stato emanato il **DL n. 450 del 28 dicembre 1998**, convertito con modificazioni dalla **Legge n. 39 del 26 febbraio 1999**. Tale Decreto stabiliva lo stanziamento di finanziamenti per l'implementazione del "***Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative***" prevedendo la realizzazione, in ciascuna Regione e Provincia Autonoma, di un numero adeguato di *strutture residenziali per l'assistenza ai pazienti non guaribili*, da ubicarsi sul territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie.
Il decreto aveva inoltre previsto che fossero le regioni e le province autonome a presentare al Ministero della Salute i progetti per l'attivazione o la realizzazione delle strutture, conformi alle indicazioni del programma e tali da assicurare *l'integrazione tra assistenza residenziale, assistenza domiciliare e altri livelli assistenziali socio-sanitari e sociali* erogati nei vari ambiti territoriali.

La costruzione delle strutture residenziali dedicate alle cure palliative è sicuramente la parte più rilevante del programma, ma l'obiettivo è in realtà più ampio: costituire una rete integrata di assistenza, da realizzarsi attraverso il lavoro di *équipe multidisciplinari specializzate*, incentrata *prioritariamente sull'assistenza domiciliare*. Nei casi in cui tale forma di assistenza non sia praticabile, l'organizzazione della rete deve prevedere il ricovero in apposite strutture residenziali – *gli hospice* – ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.
All'assistenza, infine, si devono affiancare iniziative relative alla formazione e alla comunicazione.

Il **DM del 28 settembre 1999**, attuativo della Legge n. 39/99, ha successivamente stabilito di adottare il "*Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*". In sintesi, gli elementi principali del Programma sono i seguenti:

- *realizzazione dei centri residenziali* (hospice), con particolare riguardo all'adeguamento e alla riconversione di strutture non utilizzate di proprietà delle Aziende Sanitarie o degli Ospedali;
- *attivazione della rete di assistenza ai malati terminali*, articolata in diversi livelli assistenziali integrati (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera, in hospice);
- *valutazione della qualità assistenziale* attraverso specifici indicatori;
- affidamento alle Regioni del compito di definire *programmi regionali e protocolli operativi* e per la comunicazione/informazione nei confronti degli operatori e della popolazione;
- *ripartizione dei finanziamenti* da destinare alle regioni, per la realizzazione delle strutture di cure palliative.

48. In allegato sono riportate le abbreviazioni utilizzate per indicare i provvedimenti normativi (rif. Paragrafo 5.3.4).

In particolare il decreto ha complessivamente *assegnato alle Regioni 256,5 miliardi di lire (132,5 milioni di euro)*, di cui 155,9 miliardi di lire (80,5 milioni di euro) per l'anno 1998 e 100,6 miliardi di lire (52,0 milioni di euro) per l'anno 1999.

Qualche mese dopo nel **DPCM del 20 gennaio 2000** venivano stabiliti i *requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri residenziali (hospice)*, a integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con il DPR del 14 gennaio 1997.

I programmi e i relativi progetti presentati dalle singole Regioni sono stati progressivamente valutati e approvati dal Ministero della Salute con i DM del 28 marzo 2001, del 4 maggio 2001 e del 6 dicembre 2001, i quali hanno ammesso al finanziamento i progetti considerati coerenti con le specifiche indicazioni nel programma nazionale e hanno avviato concretamente *l'erogazione del 5% della somma assegnata a ciascuna Regione per il 1998 e 1999*, al fine di provvedere alla progettazione esecutiva dei centri residenziali.

Con il **DM del 5 settembre 2001** sono state *assegnate alle Regioni ulteriori risorse finanziarie relative agli anni 2000, 2001 e 2002, per complessivi 143,5 miliardi di lire (74,1 milioni di euro)*, riguardanti ulteriori progetti di 16 Regioni, molti dei quali hanno previsto l'aumento dei posti letto per i centri che avevano ottenuto il primo finanziamento.

Complessivamente i DM del 28 settembre 1999 e del 5 settembre 2001 hanno dunque assegnato alle Regioni circa 400 miliardi di lire (206,6 milioni di euro). Considerando che i progetti ammessi al finanziamento sono 188[49] per un totale di 2.054 posti letto (in media 10,9 posti letto per ogni hospice), ne consegue che lo Stato ha messo sinora a disposizione delle Regioni in media 2 miliardi di lire (oltre 1 milione di euro) per la realizzazione di ciascun hospice, e più precisamente circa 100.584 euro per ogni posto letto.
Per quanto riguarda l**o stato di attuazione dei 188 hospice finanziati dal Ministero ex Legge n. 39/99**, i risultati delle ricerca evidenziano che *a dicembre 2006 risultano già operative 62 strutture finanziate* (33,0% delle 188 strutture finanziate) *per 680 posti letto* (33,1% del totale posti letto finanziati).

Tabella 63 – Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (dal 2006 al 2008)

Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99	Strutture finanziate		Posti letto finanziati		Posti letto risultanti dalla ricerca (*)	
Già operativi a dicembre 2006	**62**	33,0%	**680**	33,1%	**649**	32,2%
Saranno presumibilmente operativi entro fine 2008 (**)	**94**	50,0%	**1.040**	50,6%	**1.028**	51,0%
Nuove attivazioni dopo il 2008	**32**	17,0%	**334**	16,3%	**340**	16,8%
Totale hospice finanziati ex Legge n. 39/99	**188**	**100,0%**	**2.054**	**100,0%**	**2.017**	**100,0%**

(*) I posti letto risultanti dalla ricerca differiscono dai posti letto finanziati soprattutto perché parte dei posti letto previsti deve ancora essere completata all'interno di strutture già operative.
(**) Durante le fasi di realizzazione del presente rapporto si è avuta notizia che, tra i 94 hospice finanziati che a dicembre 2006 sono risultati non ancora operativi ma che lo diventeranno entro la fine del 2008, sette hospice sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, andandosi quindi a sommare ai 62 hospice finanziati già operativi a dicembre 2006. In base alle dichiarazioni pervenute attraverso i questionari, altri 32 hospice finanziati dovrebbero inoltre diventare operativi entro il 2007.

49. Dati aggiornati a luglio 2007, sulla base dei controlli effettuati in collaborazione con il Ministero della Salute sui documenti di programmazione sanitaria delle Regioni.

Nel corso del biennio 2007-08 dovrebbero tuttavia diventare operative altre 94 strutture finanziate per 1.040 posti letto (in particolare nei primi mesi del 2007, durante la realizzazione della presente pubblicazione, si è avuta notizia dell'attivazione di sette tra questi 94 hospice). *Alla fine del 2008 saranno quindi presumibilmente completati 156 hospice dei 188 finanziati (83,0%) e 1.720 posti letto dei 2.054 finanziati (83,7%).*
Infine, ulteriori 32 strutture per 334 posti letto dovrebbero diventare operative solo dopo il 2008.

Ulteriori riferimenti normativi, specifici in materia di cure palliative o di carattere più generale, sono riportati di seguito in ordine cronologico:

- **Legge n. 12 dell'8 febbraio 2001** "*Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*";
- **Accordo dell'8 marzo 2001 tra Ministero della Sanità, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano** sulle "*Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia*";
- **Accordo del 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata** sul "*Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative*", che prevede l'applicazione delle cure palliative ai malati affetti da AIDS e ai pazienti con patologie non neoplastiche ad andamento progressivo. L'accordo rafforza inoltre la definizione dei livelli assistenziali e l'integrazione dei servizi nella rete, ridefinisce i percorsi assistenziali delle cure palliative, prevede modalità di formazione specifica per i dirigenti degli hospice, valorizza il ruolo degli enti locali e la sinergia di azione;
- **DM del 27 aprile 2001** che ha previsto l'istituzione del "*corso-pilota*" a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative (in realtà mai attuato);
- **Accordo del 24 maggio 2001 tra Ministero della Sanità, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano** sul documento di linee guida inerente il progetto "*Ospedale Senza Dolore*", al fine di consentire la realizzazione di progetti regionali indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore nei pazienti;
- **DPCM del 29 novembre 2001** "*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*", dove *è stato stabilito di inserire le cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, quali servizi afferenti all'area di integrazione socio-sanitaria.
- **DM del 21 dicembre 2001** che ha istituito il *Comitato Cure Palliative*;
- **Accordo del 31 gennaio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano**, sulle modalità di erogazione dei fondi relativi al "*Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*" di cui alla Legge n. 39/99;
- **DM del 12 aprile 2002** che ha istituito il *Comitato sull'Ospedalizzazione Domiciliare*;
- **Accordo del 19 dicembre 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano**, sulla *semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità*, ivi comprese quelle riferite al Programma nazionale per la realizzazione di strutture dedicate alle cure palliative.

- **Accordo del 13 marzo 2003 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano** sul documento recante "*Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate*". Tale documento recepisce un sistema di indicatori elaborato dalle direzioni generali della programmazione sanitaria e del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici (SISIST) del Ministero della Salute.
  In particolare, l'accordo prevede che i dati necessari alla costruzione degli indicatori siano raccolti annualmente a livello regionale e che le regioni li trasmettano telematicamente al Ministero della Salute. Gli indicatori sono raggruppati nelle seguenti cinque categorie:
  - *accessibilità alla rete di cure palliative*, capacità della rete di soddisfare le richieste del territorio;
  - *risorse impiegate*, umane, strutturali e organizzative;
  - *attività assistenziali erogate* a livello residenziale e domiciliare;
  - *risultati ottenuti dalla rete*, ovvero raggiungimento degli obiettivi prefissati;
  - *qualità delle prestazioni erogate* rispetto ai bisogni dei pazienti, dei familiari e degli operatori.

Per quanto riguarda i più recenti sviluppi normativi, il **19 ottobre 2006 il Consiglio dei Ministri ha approvato un Disegno di Legge presentato dal Ministero della Salute per agevolare l'utilizzo dei farmaci nel campo della lotta contro il dolore**. La proposta presenta forti innovazioni, consentendo ai medici di prescrivere morfina e derivati oppioidi utilizzando il normale ricettario del Servizio Sanitario Nazionale. Altre due importanti innovazioni approvate sono l'introduzione nella farmacopea italiana dei derivati di sintesi della *cannabis*, utili nel controllo di alcuni sintomi dei malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata, e la possibilità da parte del Ministero di introdurre nuove molecole nell'elenco dei farmaci oppioidi, attraverso un semplice atto amministrativo, senza la necessità, sinora obbligatoria, di un passaggio legislativo.

Il **4 dicembre 2006** il Ministro della Salute Livia Turco ha inoltre insediato la "**Commissione sulla terapia del dolore, le cure palliative e la dignità del fine vita**", istituita con il **DM del 1 dicembre 2006** e successivamente integrata dal **DM del 26 gennaio 2007**.
La commissione, coordinata dal ministro stesso, è composta da *30 membri* di diversa estrazione professionale e ha come finalità quella di *elaborare un documento di riferimento generale sullo stato dei servizi e delle procedure inerenti la terapia del dolore, le cure palliative e le cure di fine vita*. In particolare, la commissione dovrà evidenziare gli eventuali elementi di criticità e le priorità sulle quali deve essere posta una particolare attenzione dalle istituzioni interessate per il *miglioramento dei servizi e dei protocolli assistenziali nelle diverse realtà del Paese*. La commissione resterà in carica un anno.

Il 22 febbraio 2007 è stato approvato il Decreto del Ministero della Salute n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311".

5.3.2 Riferimenti regionali

Nel presente si riepilogano i principali riferimenti normativi[50] approvati a livello regionale, nell'ambito delle cure palliative.

50. Nell'Allegato 5.3.4 sono riportate le principali abbreviazioni utilizzate per indicare i provvedimenti normativi.

Tabella 65 – Sintesi della normativa regionale: la rete di cure palliative, i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice, le tariffe riconosciute

	Normativa inerente la RETE DI CURE PALLIATIVE	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli hospice	Tariffa riconosciuta per la DEGENZA in hospice	Tariffa aggiuntiva per l'ACCOMPAGNATORE
ABRUZZO	**DGR n. 1227/2000** "Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" **DGR n. 191/2002** "Finalizzazione della 2ª trance dei finanziamenti ex L 39/99 e approvazione delle linee guida per la realizzazione della rete territoriale"				
BASILICATA	**DGR n. 2077/2000** "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali"				
CALABRIA	**DGR n. 466/2000** "Programma regionale per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative (hospice) all'interno della rete di assistenza ai malati terminali" con annessi i "requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi" **DGR n.320/2006** "Attivazione della rete dei servizi per i malati terminali (Cure Palliative)"				
CAMPANIA	**DGR n.4408/2001** "Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali" **DGR n.2750/2002** "Integrazione al Programma regionale concernente la rete di assistenza ai malati terminali" **DGR n.3329/2003** "Linee guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai Malati terminali tra gli Hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposto alle Cure Palliative"	**DGR n. 6418/2001 - Doc. Sezione C** "Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture residenziali per cure palliative (pubbliche e private) ed all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio sanitarie presso tali strutture"			
EMILIA ROMAGNA	**DGR n.456/2000** "Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative" **DGR n.1602/2000, DGR n.2231/2001, DGR n.591/2002, DGR n.2134/2003** "Programmazione e finanziamento strutture hospice ex L.39/99"	**DGR n.327 del 23/02/2004** "Applicazione della L.R. n.34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale		Euro 175,6 al giorno per il 2003, al netto di farmaci e visite specialistiche (DGR n.589/2002) successivamente aggiornata ad euro 188,0 al giorno	
FRIULI VENEZIA GIULIA	**DGR n.947/1993** "Atto di indirizzo e coordinamento sull'avvio sperimentale in ambito regionale di unità di cure palliative e terapia del dolore per l'assistenza ai malati terminali" **DGR n.1487/2000** "Linee Guida per la gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali" **DGR n.486/2002** "Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali"	**DGR n.486/2002** "Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali"		Euro 260,0 al giorno (DGR n.3529/2003)	
LAZIO	**DGR n.37/2001** "Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali 'HospicĖex L.39/99" **DGR n.315/2003** "Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative nella Regione Lazio – L.39/99. Completamento fase sperimentale"			Euro 180,8 al giorno, sia per l'assistenza residenziale che domiciliare, esclusi i farmaci (DGR n.1731/2000)	

	Normativa inerente la RETE DI CURE PALLIATIVE	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli hospice	Tariffa riconosciuta per la DEGENZA in hospice	Tariffa aggiuntiva per l'ACCOMPAGNATORE
LIGURIA	**DGR n.830/2000, DGR n. 340/2002, DGR n.12/2006** "Realizzazione di strutture per l'erogazione di cure palliative a malati terminali (hospice)" e successivi aggiornamenti **DGR n.1281/2005** "Rete di assistenza oncologica" **DGR n.277 del 16 marzo 2007** "La rete delle cure palliative: modello organizzativo"				
LOMBARDIA	**DGR 39990/1998** "Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative" (specificazione di requisiti differenziati tra UOCP e Hospice) **DGR 1884/2000** "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative" **DGR 12619/2003** "Aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice"			Euro 201,0 al giorno per le UOCP (DGR 39990/1998) Euro 163,1 al giorno per gli hospice (DGR n.12904/2003)	Euro 51,6 al giorno
MARCHE	**DGR n.1993/2000** e successiva **DGR n.649/2002** "Progetto regionale Hospice"		**Manuale di Accreditamento – Allegato sub. A** – "Sistema e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della regione Marche" (ai sensi della LR n.20/2000		
MOLISE	**DGR n.1203/2000, GDR n.802/2002, DGR n.1117/2003, DGR n.111/2004, DGR n.112/2004** "Progetto per realizzare un hospice regionale" definizione preliminare, approvazione e successivi aggiornamenti				
PIEMONTE	**DGR n.17-24510/1998** "Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte" **DGR n.15-7336/2002** "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative" **DGR n.55-13238/2004** "Ulteriori modifiche ed integrazioni delle linee guida per l'applicazione delle cure palliative"			Euro 258,23 al giorno (DGR n.16-3259/2001) Euro 70,00 al giorno per assistenza domiciliare svolta da UOCP (DGR n.55-13238/2004)	
PUGLIA	**DGR n.1299/2000** "Programma per la rete delle cure palliative in Puglia" **DGR n.1980/2002**, **DGR n.551/2003** "Programma regionale di completamento per la realizzazione di centri di cure palliative" e successivo aggiornamento			Euro 196,22 al giorno (DGR n.1365/2004)	
SARDEGNA	**DGR n.6/6 del 2001** "Programma di interventi per le cure palliative – DM del 28 settembre 1999" **DGR n.17/15 del 2002** allocazione dei finanziamenti 2000-2002 per il completamento del "Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative"				

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli hospice	Tariffa riconosciuta per la DEGENZA in hospice	Tariffa aggiuntiva per l'ACCOMPAGNATORE
SICILIA	**Decreto Assessore Sanità n. 32881/2000** "Programma regionale per la realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata e terminale" e "requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi previsti dal DPCM 20 gennaio 2000"			Euro 201,4 al giorno per gli hospice ospedalieri (Decreto n. 32881/2000)	Euro 7,70 al giorno
	Decreto Assessore Sanità n. 36658/2001 "Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative"			Euro 72,3 al giorno per l'assistenza domiciliare	
TOSCANA	**DCR n. 128/2000, DGR n. 1175/2001 DCR n. 61/2002** "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative" e successivi aggiornamenti				
	DGR n. 404/2004 "Valutazione dello stato di attuazione del Programma"				
	DGR n. 996/2000 "Linee guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative"				
	DGR n. 402/2004 "Valorizzazione ed estensione dell'ADI per gli anziani non autosufficienti e nell'ambito delle cure palliative"				
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	**DGP n. 2427/2000, DGP n. 439/2002** "Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento" e successivo aggiornamento	**DGP n. 3403/2002** (Allegato A, Par. 5.5) "Requisiti minimi specifici per l'autorizzazione delle strutture residenziali di cure palliative"		Euro 190,0 al giorno (DGP n. 1506/2003)	Euro 50,0 al giorno
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	**DGP n. 4555/2001** "Linee guida per le istituzioni che realizzano strutture per le cure palliative"		**DGP n. 3876/2003** "Accreditamento provvisorio dell'UOCP della Clinica Martinsbrunn"	Euro 410,0 al giorno onnicomprensivi (DGP n. 3874/2003, DGP n. 2603/2005)	
	DGP n. 4747/2001 "Approvazione del progetto per realizzare una struttura di cure palliative presso la Clinica Martinsbrunn"				
UMBRIA	**DGR n. 1111/2000** "Progetto regionale per la realizzazione delle rete di assistenza ai malati terminali – L 39/99. Approvazione progetti hospice ai fini del relativo finanziamento da parte del Ministero della Sanità"				
	DGR n. 1481/2004 "Linee indirizzo alle Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-05: 1) servizi di cure palliative; 2) servizi di terapia del dolore"				
VALLE D'AOSTA	**DGR n. 3239/2000** "Programma per la realizzazione di un centro residenziale per cure palliative – hospice"				
VENETO	**DGR n.2989/2000** "Linee di indirizzo regionali alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione dei servizi assistenziali integrati ai pazienti in fase terminale" e Allegato 1 - Prima Appendice "Documento di recepimento del DPCM del 20 gennaio 2000 relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per gli hospice"			Euro 232,0 al giorno onnicomprensivi, per i pazienti adulti	
	DGR n.71/2006 "Istituzione dell'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore" operativo della gestione del sistema di monitoraggio e valutazione dell'effettiva attuazione dei programmi regionali e dell'impatto economico e gestionale dei servizi istituiti.			Euro 500 al giorno onnicomprensivi, per i pazienti pediatrici (DGR n. 3242/2006)	

5.3.3 Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99, per regione

	Totale hospice finanziati ex L 39/99 (*)		Hospice finanziati, già operativi nel 2006		Hospice finanziati, che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08 (**)		Hospice finanziati, che diventeranno operativi dopo il 2008	
REGIONI	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**	**Strutture**	**Posti letto**
ABRUZZO	**7**	**78**			3	30	4	48
BASILICATA	**5**	**45**	1	12	2	16	2	17
CALABRIA	**7**	**84**	2	22	2	22	3	40
CAMPANIA	**9**	**89**			4	37	5	52
EMILIA ROMAGNA	**20**	**217**	10	102	10	115		
FRIULI VENEZIA GIULIA	**4**	**45**			2	20	2	25
LAZIO	**6**	**99**	2	45	3	40	1	14
LIGURIA	**7**	**72**	3	30	1	8	3	34
LOMBARDIA	**30**	**317**	16	174	14	143		
MARCHE	**9**	**87**	3	32	4	39	2	16
MOLISE	**1**	**17**	1	17				
PIEMONTE	**18**	**202**	5	52	10	126	3	24
PUGLIA	**8**	**108**	2	16	5	84	1	8
SARDEGNA	**3**	**40**	1	10	2	30		
SICILIA	**16**	**177**	3	36	12	126	1	15
TOSCANA	**16**	**176**	2	24	13	146	1	6
TRENTINO ALTO ADIGE	**3**	**33**	2	23			1	10
UMBRIA	**4**	**38**			4	38		
VALLE D'AOSTA	**1**	**7**			1	7		
VENETO	**14**	**123**	9	85	2	13	3	25
TOTALE ITALIA	**188**	**2.054**	**62**	**680**	**94**	**1.040**	**32**	**334**

(*) Dati aggiornati a luglio 2007, sulla base dei controlli effettuati in collaborazione con il Ministero della Salute sui documenti di programmazione sanitaria delle regioni.
(**) Durante le fasi di realizzazione del presente rapporto si è avuta notizia che, tra questi 94 hospice finanziati che a dicembre 2006 sono risultati non ancora operativi ma che lo diventeranno presumibilmente entro la fine del 2008, sette hospice sono già diventati operativi nei primi mesi del 2007, andandosi quindi a sommare ai 62 hospice finanziati già operativi a dicembre 2006. In base alle dichiarazioni pervenute attraverso i questionari, altri 32 hospice finanziati dovrebbero inoltre diventare operativi entro il 2007.

5.3.4 Abbreviazioni utilizzate per i provvedimenti normativi

DCR	DECRETO DEL CONSIGLIO REGIONALE
DGP	DECRETO DELLA GIUNTA PROVINCIALE
DGR	DECRETO DELLA GIUNTA REGIONALE
DL	DECRETO LEGGE
DM	DECRETO MINISTERIALE
DPCM	DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
L	LEGGE
LP	LEGGE PROVINCIALE
LR	LEGGE REGIONALE
PSN	PIANO SANITARIO NAZIONALE
PSR	PIANO SANITARIO REGIONALE

5.4 APPROFONDIMENTI METODOLOGICI: LE FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La realizzazione del progetto può essere descritta in nove fasi operative che descrivono il percorso metodologico adottato.

Fase 0 – Definizione della metodologia di ricerca, costruzione del questionario e pianificazione delle fasi operative del progetto (aprile 2006 – giugno 2006)

Fase 1 – Invio comunicazione alle regioni e richiesta di adesione al progetto (luglio 2006)

Fase 2 – Invio comunicazione alle Aziende Sanitarie, richiesta di adesione al progetto e avvio della fase di rilevazione (luglio 2006)

Fase 3 – Strutturazione del database dei potenziali hospice, ricerca e aggiornamento dei dati (luglio 2006 – febbraio 2007)

Fase 4 – Invio del questionario SICP a tutti i potenziali hospice identificati e completamento dell'avvio della fase di rilevazione (settembre 2006 – novembre 2006)

Fase 5 – Supporto alla compilazione e sollecito telefonico (luglio 2006 – febbraio 2007)

Fase 6 – Raccolta dei questionari compilati, controllo dei dati e codifica su supporto informatico (luglio 2006 – febbraio 2007)

Fase 7 – Elaborazione dei dati, redazione della monografia e delle schede individuali degli hospice già operativi (febbraio 2007 – maggio 2007)

Fase 8 – Analisi degli orientamenti programmatici e delle normative nazionali e regionali (aprile 2007 – giugno 2007)

Fase 0 – Definizione della metodologia di ricerca, costruzione del questionario e pianificazione delle fasi operative del progetto

Durante i mesi da aprile 2006 a giugno 2007 è stato definito l'impianto metodologico complessivo del progetto, programmando le attività, specificando le risorse necessarie e stabilendo i tempi di esecuzione. L'attività più delicata e impegnativa è certamente stata l'impostazione, l'affinamento e la stesura definitiva del questionario di indagine da somministrare ai responsabili legali degli hospice.

Fase 1 – Invio comunicazione alle Regioni e richiesta di adesione al progetto

Descrizione della fase	Output ottenuti
Nel mese di luglio 2006 la SICP ha inviato una lettera a tutte le 19 Regioni italiane e le due Province autonome di Trento e Bolzano – in particolare agli assessorati regionali competenti in materia sanitaria e sociale – nella quale è stato descritto il progetto e le sue finalità, il coinvolgimento del Ministero della Salute e degli altri partner, nonché le fasi operative previste. Nella lettera è stato inoltre richiesto alle Regioni che intendessero aderire al progetto, di inviare alla SICP: • una lettera di adesione ufficiale al progetto; • l'elenco esaustivo degli hospice regionali, già realizzati e programmati, compresi i riferimenti per poter inviare il questionario SICP ai rispettivi responsabili legali; • il nominativo del referente regionale per le cure palliative (se nominato); • i riferimenti normativi approvati dalla regione, in merito alla "rete di cure palliative" e agli "hospice" (programma regionale per le cure palliative, requisiti specifici per l'autorizzazione e l'accreditamento, tariffe riconosciute dalla Regione, ecc.). Durante i mesi da luglio 2006 a febbraio 2007, tutti i referenti delle Regioni sono stati ricontattati telefonicamente per accertare se la comunicazione SICP fosse arrivata a destinazione, per verificare l'intenzione di aderire al progetto e per supportare gli stessi referenti nell'esecuzione degli adempimenti richiesti.	*Hanno ufficialmente aderito al progetto tutte le 20 Regioni italiane* (comprese le due Province autonome di Trento e Bolzano), inviando alla SICP la propria comunicazione di adesione.

Fase 2 – Invio comunicazione alle Aziende Sanitarie, richiesta di adesione al progetto e avvio della fase di rilevazione

Descrizione della fase	Output ottenuti
Nel mese di luglio 2006 la SICP ha inviato una lettera anche ai direttori generali di tutte le 192 Aziende Sanitarie italiane. Nella lettera è stato descritto il progetto e le sue finalità, specificando che la "*richiesta di adesione è stata inoltrata anche a tutte le Regioni e Province Autonome italiane*". Insieme alla lettera è stato inviato anche il questionario di indagine, ed è stato richiesto di restituire alla SICP: • i questionari compilati, relativamente agli hospice gestiti direttamente dall'Azienda Sanitaria; • l'elenco esaustivo degli hospice, già realizzati e previsti per il futuro, che hanno/avranno sede nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria (compresi quelli non gestiti direttamente dall'Azienda Sanitaria). Durante i mesi da luglio 2006 a febbraio 2007 sono stati ricontattati telefonicamente tutti i referenti delle Aziende Sanitarie, al fine di accertare se la comunicazione della SICP fosse arrivata a destinazione e per sollecitare sia la restituzione dei questionari compilati, sia l'invio dell'elenco degli hospice con sede nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie stesse.	*Hanno inviato esplicita adesione al progetto 107 Aziende Sanitarie su 192*. Alla SICP sono arrivati *65 questionari di hospice la cui responsabilità legale è in capo alle Aziende Sanitarie.*

Fase 3 – Strutturazione del database dei potenziali hospice, ricerca e aggiornamento dei dati

Descrizione della fase	Output ottenuti
Contestualmente all'invio delle comunicazioni alle Regioni e alle Aziende Sanitarie, a luglio 2006 è stata avviata la fase di realizzazione del database dei potenziali hospice segnalati dai vari soggetti coinvolti nel progetto o dei quali è stata trovata notizia consultando le varie fonti disponibili. In particolare il database è stato strutturato in modo che fosse possibile gestire e aggiornare le informazioni pervenute dalle seguenti fonti di segnalazione: • elenchi degli hospice comunicati ufficialmente alla SICP dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie (come da richiesta), oppure pubblicati sui siti Internet delle regioni e delle Aziende Sanitarie; • elenchi di hospice, Unità di Cure Palliative, strutture sanitarie e socio-sanitarie operative nell'ambito delle cure palliative, messe a disposizione on line dalle più importanti associazioni e organizzazioni di riferimento (SICP – Società Italiana di Cure Palliative, FedCP – Federazione di Cure Palliative, OICP – Osservatorio Italiano di Cure Palliative); • elenchi dei progetti relativi agli hospice finanziati ex Legge n. 39/99, pubblicati sul sito del Ministero della Salute; • elenchi di altre strutture sanitarie e socio-sanitarie pubblicate sul sito del Ministero della Salute; • siti Internet degli hospice e/o delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, sedi di hospice (Aziende Ospedaliere, ospedali, case di cura, IRCCS – Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, policlinici universitari, RSA – Residenze Sanitarie Assistenziali, IPAB – Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, ASP – Aziende di Servizi alla Persona, enti locali); • segnalazioni spontanee (ricevute in seguito alle comunicazioni inviate dalla SICP alle Regioni e alle Aziende Sanitarie). Il database è stato strutturato, alimentato e progressivamente aggiornato fino al termine della fase di rilevazione (febbraio 2007), utilizzando le informazioni provenienti dalle diverse fonti e provvedendo inoltre alle necessarie attività di controllo e verifica dei dati, sia rispetto alle conferme ricevute dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie, sia attraverso i vari contatti telefonici attivati.	L'attività di strutturazione e alimentazione del database ha portato a identificare *297 potenziali hospice*, compresi quelli già operativi, in fase di realizzazione o previsti per il futuro. Di questi, sono stati *confermati 243 hospice (attivi e previsti per il futuro)* a seguito delle attività di controllo e verifica e delle conferme pervenute da fonti ufficiali (Regioni e Aziende Sanitarie) o da altre fonti (progetti finanziati ex Legge n. 39/99, autodichiarazioni, contatti telefonici e verifiche da siti Internet).

Fase 4 – Invio del questionario SICP a tutti i potenziali hospice identificati e completamento dell'avvio della fase di rilevazione

Descrizione della fase	Output ottenuti
Nei mesi da settembre a novembre 2006, a tutti i 297 hospice potenziali identificati nel database è stato inviato il questionario SICP (a esclusione degli hospice che nel frattempo erano stati eliminati in seguito alle attività di controllo e verifica, oppure che avevano già inviato alla SICP il questionario compilato, come richiesto alle Aziende Sanitarie nella precedente Fase 2). In particolare il questionario è stato inviato via e-mail (in formato pdf) ai responsabili legali degli hospice, e agli stessi è stato chiesto di stamparlo su carta, di compilarlo e di "certificarne" i dati apponendo sulla prima pagina la loro firma autografa. Il questionario così compilato e firmato è stato successivamente inviato alla SICP tramite posta prioritaria.	Nel complesso sono stati *restituiti alla SICP 152 questionari compilati*, di cui: • *96 questionari di hospice operativi (sul totale di 105);* • *17 questionari di hospice già realizzati ma non ancora operativi (su un totale di 32);* • *24 questionari di hospice in fase di realizzazione (su un totale di 64);* • *5 questionari di hospice in fase di progettazione o di programmazione (su un totale di 42);* • *10 questionari di altre strutture operative nell'ambito delle cure palliative che, in seguito a successive verifiche documentali, non sono risultate in possesso dei requisiti necessari per essere classificate come hospice.*

Fase 5 – Supporto alla compilazione e sollecito telefonico

Durante i mesi della rilevazione, da luglio 2006 a febbraio 2007, è stato attivato un supporto telefonico per agevolare la compilazione del questionario. Inoltre, sono stati contattati telefonicamente tutti i responsabili legali degli hospice a cui è stato inviato il questionario, sollecitandone più volte la compilazione, con particolare attenzione per quanto riguarda gli hospice già operativi.

Fase 6 – Raccolta dei questionari compilati, controllo dei dati e codifica su supporto informatico

I questionari cartacei pervenuti alla SICP da luglio 2006 a febbraio 2007 sono stati innanzi tutto controllati rispetto ai dati riportati. In alcuni casi è stato utile ricontattare telefonicamente il referente per la compilazione, chiedendo chiarimenti sulle risposte fornite oppure integrando gli eventuali dati mancanti.

Particolarmente prezioso è stato il supporto fornito dai *referenti regionali della SICP,* i quali hanno effettuato anche controlli sul campo al fine di verificare la correttezza e completezza delle informazioni pervenute mediante i questionari, soprattutto per quanto riguarda gli hospice operativi.

I dati sono successivamente stati codificati su supporto informatico utilizzando una maschera elettronica, grazie alla quale sono stati effettuati ulteriori controlli sulla congruità, coerenza e completezza dei dati.

Fase 7 – Elaborazione dei dati, redazione della monografia e delle schede individuali degli hospice già operativi
Nel corso dei mesi di febbraio e marzo 2007 i dati sono stati elaborati al fine di descrivere in modo chiaro e sintetico i fenomeni, gli scenari e le varie dimensioni oggetto di indagine, facendo emergere in particolare le tendenze più significative sull'andamento delle cure palliative nell'ambito delle strutture residenziali ed elaborando stime e previsioni per il futuro.
I mesi da aprile a giugno 2007 sono stati invece dedicati alla redazione della monografia. Particolare attenzione è stata dedicata ai contenuti delle schede individuali relative agli hospice già operativi nel 2006.

Fase 8 – Analisi degli orientamenti programmatici e delle normative nazionali e regionali
Al fine di permettere un'analisi più dettagliata ed esaustiva, da aprile a giugno 2007 è stata effettuata anche una ricerca e prodotta una sintesi dei principali orientamenti normativi e di programmazione sanitaria a livello sia nazionale sia regionale, con particolare riferimento all'ambito delle cure palliative.

GLOSSARIO ESSENZIALE

Autorizzazione e Accreditamento

In Italia l'autorizzazione e l'accreditamento sono le due modalità previste per identificare e abilitare i diversi soggetti, pubblici e privati, che possono operare "in nome e per conto" del Servizio Sanitario Nazionale.
Le normative e le procedure si differenziano a livello regionale, ma sostanzialmente si sviluppano in tre fasi:

Autorizzazione: le strutture che intendono operare in ambito sanitario devono dimostrare di possedere precisi requisiti strutturali e di qualità per essere autorizzate a esercitare qualsiasi attività sanitaria. L'apertura delle nuove strutture è subordinata anche alla verifica dell'effettivo fabbisogno rispetto alla programmazione territoriale.

Accreditamento: attraverso l'accreditamento i soggetti autorizzati possono accedere ai finanziamenti dei vari Servizi Sanitari Regionali, purché in possesso di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di qualità previsti dall'apposita normativa nazionale e regionale. L'accreditamento è dunque il secondo passaggio – dopo l'autorizzazione – per rientrare nell'albo dei possibili erogatori di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Pubblico e, in particolare è subordinato al possesso di una serie di ulteriori requisiti rispetto ai precedenti che documentino la capacità di rendere servizi di livello qualitativamente elevato: i criteri di valutazione sono stabiliti a livello nazionale; la determinazione dei requisiti spetta, invece, alle singole Regioni.

Accordi contrattuali: sono il vero passaporto per il Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta dei "contratti" sottoscritti tra Regioni e strutture erogatrici accreditate, in cui si specifica la quantità di prestazioni da erogare e i relativi costi.

Cure Palliative

Esistono varie definizioni di cure palliative, a livello internazionale e nazionale. Di seguito ne riportiamo alcune particolarmente autorevoli, citando le fonti.[51]

Definizione 1 (*National Council for Hospice and Palliative Care Services WHO-OMS 1990 modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999*).

Le cure palliative si occupano in maniera "totale" dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento terapeutico. In particolare le cure palliative:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

51. Tratto da Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) – Ricerca sulle cure palliative finanziata dal Ministero della Salute ex art. 12 DLgs 502/92. Glossario di riferimento in cure palliative

Definizione 2 *(European Association for Palliative Care – EAPC)*

Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Prevedono una presa in carico del paziente tale da garantire i bisogni più elementari ovunque si trovi il paziente, a casa o in ospedale. Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

Definizione 3 *(Commissione Ministeriale per le cure palliative, 1999: Caratteristiche delle cure palliative)*

- la globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici ma si estende al sostegno psicologico, relazionale, sociale e spirituale;
- la valorizzazione delle risorse del malato e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti;
- la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura;
- il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- la forte integrazione e il pieno inserimento nella rete dei servizi sanitari e sociali;
- l'intensità delle cure che devono essere in grado di dare risposte pronte ed efficaci al mutare dei bisogni del malato;
- la continuità della cura fino all'ultimo istante;
- la qualità delle prestazioni erogate.

Definizione 4 *(Vittorio Ventafridda 1993)*

Per Medicina o Cure Palliative si intende la disciplina che propone di migliorare la qualità della vita dei malati in fase terminale. La Medicina Palliativa riconosce la morte come un processo naturale che non va accelerato né rallentato. Le principali caratteristiche delle cure palliative consistono nei seguenti punti:

- sono focalizzate sulla qualità della vita del malato e considerano il morire un processo naturale;
- non affrettano né pospongono la morte;
- provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi soggettivi del paziente;
- integrano nella cura del paziente gli aspetti psicologici, sociali, culturali e spirituali;
- offrono sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del paziente fino alla morte;
- offrono supporto alla famiglia durante la malattia della persona e durante il lutto;
- sono multidisciplinari nella loro operatività;
- le indagini sono ridotte al minimo e i trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non a quello della malattia;
- la radioterapia, la chemioterapia e la chirurgia hanno un posto nella cure palliative, in particolare vengono usate per garantire benefici sintomatologici in assenza di svantaggi che abbiano un peso sulla buona qualità di vita.

Definizione 5 *(Conferenza Stato-Regioni del 13 marzo 2003)*
Le cure palliative costituiscono una serie di interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.

Dipartimento
Articolazione operativa delle organizzazioni sanitarie pubbliche, funzionale alla razionalità organizzativa, polispecialistica e multiprofessionale, che governa macroprocessi assistenziali a favore della popolazione. Mette in campo consistenti risorse umane, tecniche e finanziarie in modo stabilmente integrato e realizza la convergenza di competenze o di esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse e attività. Si tratta di una Struttura Complessa a livello di azienda, di distretto o di presidio ospedaliero, è costituita da unità operative e da moduli organizzativi, ha autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti imposti dagli obiettivi e dalle risorse attribuite. È preposto alla produzione e alla erogazione di prestazioni e servizi (cure appropriate, tempestive, efficaci, tecnicamente qualificate, soddisfacenti, nella logica della continuità), nonché alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate.

Livelli Assistenziali nelle Rete delle Cure Palliative
Poiché il malato può modificare le proprie volontà ed i bisogni possono continuamente modificarsi, le cure palliative devono essere garantite da una rete assistenziale caratterizzata da Centri e da Soggetti erogatori tra loro strettamente integrati, sia da un punto di vista organizzativo sia da quello relazionale. In realtà, in assenza di un modello nazionale definitivamente accettato da tutte le regioni, la Rete delle cure palliative italiana si articola nei seguenti poli, con differenza enfasi su ciascuno a seconda delle filosofie regionali.

Assistenza Residenziale (degenza): modalità assistenziale caratterizzata dalla presa in carico del paziente in regime di ricovero, presso una struttura residenziale per le cure palliative. Tale livello assistenziale viene attivato quando non è più possibile gestire il paziente a domicilio o controllarne adeguatamente i sintomi, oppure quando è il paziente stesso e/o i suoi familiari a scegliere tale opzione.

Day-hospice: modalità assistenziale definibile come hospice diurno, riservato a malati che possono trascorrere alcune ore fuori casa nel corso della giornata, per alleggerire il peso assistenziale alla famiglia o per arricchire l'offerta assistenziale. Si differenzia dal day-hospital sia per le finalità (non ha direttamente scopi terapeutici o diagnostici bensì prevalentemente psico-sociali) sia per gli strumenti (impiego prevalentemente di volontari, scarso impiego di risorse mediche e infermieristiche).

Assistenza Domiciliare: modalità assistenziale caratterizzata dal trasferimento presso il domicilio del malato delle professionalità necessarie a garantire le cure adeguate. Essa si rivolge a persone per le quali l'ospedalizzazione sia inappropriata o non desiderata. In letteratura scientifica, normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane vengono spesso differenziate in distinte tipologie (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, ecc.).

Assistenza Domiciliare Integrata: modalità assistenziale caratterizzata dall'integrazione tra varie professionalità (mediche generiche e specialistiche, infermieristiche, riabilitative e sociali) facenti riferimento al medico di Medicina generale come case manager e al distretto socio-sanitario come riferimento organizzativo.

Ospedalizzazione Domiciliare: modalità di cura caratterizzata da elevata intensità assistenziale, erogata da una équipe multiprofessionale che deve assicurare continuità e pronta disponibilità 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, unitamente alla fornitura di farmaci e presidi.

Va inoltre ricordato che, non esaurendosi l'intervento palliativo con l'erogazione di prestazioni di tipo sanitario o socio-sanitario, la rete dovrebbe garantire attraverso l'intervento degli Enti Locali o dai Soggetti delegati, tutte le prestazioni di supporto alla famiglia e alla persona che rientrano tipicamente nella voce "interventi socio-assistenziali"

Struttura Organizzativa

In ambito sanitario la Struttura Organizzativa è definita come la "dimensione organizzativa complessiva di tutte le funzioni svolte", la cui specificazione e il cui funzionamento sono regolamentati a livello regionale. In particolare è configurata dall'esistenza di funzioni di direzione gestionale, tecnica, organizzativa e, a volte, anche amministrativa.

Struttura Semplice

È una struttura organizzativa che comprende attività di una o più unità operative, il cui fine è quello di assicurare, a seconda dei casi, la qualità del processo assistenziale e/o la corretta gestione delle risorse aziendali. Ciò avviene sia attraverso l'integrazione operativa delle differenti risorse tecnico-professionali, sia attraverso la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi. Si tratta quindi di un'articolazione organizzativa intradipartimentale, collocata di norma all'interno di una sola Struttura Complessa. Può essere volta a realizzare particolari funzioni assistenziali (day-hospital, ospedalizzazione domiciliare, attività ambulatoriali, ecc.) o tecniche. Generalmente ha risorse assegnate, ma non ha autonomia gestionale.

Struttura Complessa

È una struttura organizzativa del Dipartimento che aggrega risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicura la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza. Comprende diverse aree di attività: day-hospital, ricovero ordinario, sale operatorie, area ambulatoriale oppure attività specializzate. Il numero e la denominazione delle Strutture Complesse è determinata nell'Atto Aziendale di ciascuna Struttura Sanitaria, variando a livello di ciascuna regione il livello di programmazione/autorizzazione/verifica, a seconda delle differenti filosofie di rapporto tra centralizzazione e decentramento. La Struttura Complessa è posta sotto la responsabilità organizzativo/gestionale di un Direttore, che ha le caratteristiche dell'apicalità (ex primario o Dirigente di secondo livello).

Struttura Sanitaria

Struttura pubblica o privata dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie, per esempio ospedale, presidio, poliambulatorio e ambulatorio.

Struttura Socio-sanitaria

Struttura che eroga servizi socio-sanitari, in cui è necessario garantire contemporaneamente prestazioni di natura sia sanitaria sia socio-assistenziale, come per esempio una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) oppure un centro polifunzionale gestito da una IPAB (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza) o da una ASP (Azienda di Servizi alla Persona). Rappresenta il punto di raccordo tra le competenze sanitarie proprie delle Aziende Sanitarie, e quelle socio-assistenziali proprie dei comuni.

Struttura Socio-assistenziale

Struttura preposta all'espletamento dei servizi socio-assistenziali, ma non delle prestazioni e cure di tipo sanitario. Fa parte della rete territoriale dei servizi socio-assistenziali, solitamente gestiti dal comune. Sono esempi di strutture socio-assistenziali le case protette, le case di riposo, le case alloggio o le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) a bassa o nulla valenza sanitaria.

Tipo di gestione degli hospice

Nella presente pubblicazione si fa riferimento al termine "tipo di gestione degli hospice" per indicare la natura – pubblica, privata, del terzo settore oppure mista – delle organizzazioni che gestiscono gli hospice, ovvero che sono coinvolte nei processi economici, decisionali, organizzativi ed operativi riguardanti gli approvvigionamenti, la logistica, l'amministrazione, il personale e tutte le attività necessarie all'operatività dell'hospice.

In particolare sono definiti quattro tipi di gestione degli hospice:

Hospice a gestione pubblica: sono gli hospice gestiti da Aziende Sanitarie, aziende ospedaliere, IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), ASP (Aziende di Servizi alla Persona) di diritto pubblico, ospedali pubblici, IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) pubblici, RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) pubbliche, policlinici universitari, enti locali (per esempio, comuni) e altre istituzioni di diritto pubblico (per esempio, fondazioni pubbliche). Vi sono casi in cui diverse organizzazioni pubbliche siano coinvolte nella gestione dell'hospice.

Hospice a gestione privata: sono gli hospice gestiti da società di capitali che hanno prevalentemente forma giuridica di S.p.a. oppure S.r.l.

Hospice gestiti dal Terzo settore: sono gli hospice gestiti dalle organizzazioni del Terzo settore, prevalentemente fondazioni, associazioni, cooperative sociali ed enti ecclesiastici.

Hospice a gestione mista: gli hospice a gestione mista "pubblico-privato" sono quelli in cui le decisioni organizzative/gestionali dipendono, totalmente o in parte, da uno o più soggetti di natura giuridica "opposta" (pubblica/privata) rispetto a chi detiene la responsabilità legale dell'hospice. Allo stato attuale si possono presentare tre casi:

- responsabilità legale pubblica, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore;

- responsabilità legale pubblica, gestione totalmente privata e/o del Terzo settore;
- responsabilità legale privata e/o del Terzo settore, gestione in parte pubblica in parte privata e/o del Terzo settore.

Attualmente non esistono casi di hospice dove la responsabilità legale sia in capo a soggetti privati, mentre la gestione sia totalmente pubblica.

Unità Operativa di Cure Palliative

Con questa o simili denominazioni alcune Regioni hanno indicato le Strutture Organizzative multi-disciplinari e multi-professionali deputate alla erogazione delle Cure Palliative a livello sia domiciliare che residenziale, alle quali è affidata la presa in carico e la gestione "totale" del paziente. La legislazione della Lombardia, ad esempio, ha stabilito che la *Unità Operativa di Cure Palliative* (UOCP) è una struttura integrata che deve garantire continuità assistenziale, si articola in reparto di degenza, ambulatorio, day hospital e cure domiciliari ed è collocata in ambito sanitario. La Regione Campania ha invece definito le *Unità di Terapia del Dolore e Cure Palliative*. In altre regioni sono state adottate denominazioni ancora diverse, come ad esempio *Centri di Terapia antalgica e cure palliative*, Centri di Cure palliative oppure Centri di terapia antalgica. Una Unità Operativa di Cure Palliative può essere una Struttura Semplice o Complessa.

ENTI COINVOLTI NELLA RICERCA

SICP – Società Italiana di Cure Palliative

La Società Italiana di Cure Palliative, fondata a Milano nel 1986 da Vittorio Ventafridda, è l'unica Società scientifica italiana che ha come principale obiettivo statutario a diffusione dei principi delle cure palliative in Italia. Con oltre 2.500 iscritti, un Direttivo Nazionale e 18 Sedi Regionali, opera in unità d'intenti con la Federazione Cure Palliative, che coordina 60 Organizzazioni non profit italiane, ed è Membro collettivo dell'*European Association for Palliative Care* (EAPC). La SICP rappresenta e coordina in Italia le istanze culturali, formative e scientifiche di chi dedica la propria attività professionale e solidaristica alla cura e assistenza di oltre 250.000 malati inguaribili che ogni anno muoiono nel nostro Paese, offrendo supporto alle loro famiglie. Si batte per garantire lo sviluppo di una rete assistenziale qualitativamente adeguata ai bisogni di chi soffre, fondato sugli hospice e le cure palliative domiciliari.

Organizza annualmente il Congresso Nazionale e numerose iniziative scientifiche e formative regionali. È provider per la Educazione Continua in Medicina. Pubblica trimestralmente la "Rivista Italiana di Cure Palliative" e ha attivato da anni il proprio sito www.sicp.it, il sito italiano più aggiornato sul mondo delle cure palliative.

Ha realizzato monografie tra le quali il "Libro Bianco", il "Libro Blu" sulle Unità di Cure Palliative in Italia e "Requisiti minimi tecnologici, organizzativi e strutturali per le Unità di Cure Palliative e le ONP". Ha realizzato la traduzione italiana delle monografie dell'OMS "Cure Palliative. I fatti concreti" e "Migliori Cure palliative per le persone anziane".

Ogni 11 Novembre partecipa all'iniziativa annuale della FCP "Giornata Nazionale contro la Sofferenza Inutile", meglio conosciuta come l'Estate di S. Martino.

La SICP ha sede a Milano, in via Privata N. Bonnet, 2 - Milano.
Tel. (0039) 02.29002975
E-mail: sicpmail@tin.it

Fondazione Floriani

La Fondazione Floriani, nata nel 1977 grazie a una donazione di Virgilio e Loredana Floriani, ha promosso dapprima la cultura del trattamento del dolore da cancro e, successivamente, ha allargato i propri obiettivi allo sviluppo delle cure palliative.

Per prima in Italia, in collaborazione con la Sezione milanese della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ha istituito un servizio per assistere gratuitamente a domicilio i malati terminali e le loro famiglie operando all'interno delle strutture pubbliche e in stretto collegamento con esse. In questo ambito molto noto è diventato il modello assistenziale fondato sul lavoro d'équipe, denominato modello Floriani, che è stato accolto e adottato anche da altri Paesi.

L'influenza della Fondazione si è affermata non solo sugli aspetti assistenziali, ma anche su quelli clinici, informativi, formativi, etici, politici e organizzativi.

In quasi trent'anni di attività la Fondazione Floriani ha raccolto e messo a disposizione degli operatori sanitari e di tutti gli interessati la documentazione scientifica sull'argomento, ha sviluppato le proprie competenze scientifiche attraverso attività di ricerca, ha supportato programmi di formazione per gli operatori di cure palliative, ha organizzato numerose iniziative congressuali nazionali e internazionali per promuovere la cultura e diffondere la formazione tecnico scientifica in questa materia, ha stimolato l'elaborazione di nuove leggi sul dolore e sulle cure palliative.

Presso la sede della Fondazione Floriani è aperta al pubblico una Biblioteca di Cure Palliative che offre lettura e consultazione in sede, fotocopiatura di materiale, catalogo delle riviste, ricerca su banche dati, ricerca bibliografica su banche dati specializzate, accesso a Internet e document delivery via posta, fax o mail.

La Fondazione Floriani ha sede in Via Privata N. Bonnet, 2 - Milano
Tel. (0039) 02.6261111
E-mail: ffloriani@ffloriani.it

Fondazione Isabella Seràgnoli

La Fondazione Isabella Seràgnoli (IS) è una fondazione privata e indipendente creata nel 2002 per consolidare e sviluppare, in un'attività più istituzionale, gli interventi filantropici della famiglia Seràgnoli, già finanziatrice, attraverso l'impresa familiare, di progetti socio-sanitari fin dagli anni '70.
Le aree di intervento della famiglia erano articolate in ambito onco-ematologico con la realizzazione nell'anno 1978 dell'Istituto di Ematologia e Oncologia Medica "L. e A. Seràgnoli" presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi, il finanziamento di opere di ampliamento e ristrutturazione nel corso degli anni dello stesso istituto, la ristrutturazione dell'Onco-Ematologia Pediatrica sempre presso il medesimo policlinico e la costruzione dell'Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli, aperto nel 2001 a Bentivoglio.
La Fondazione Isabella Seràgnoli, dalla sua costituzione, ha previsto tra i suoi scopi il consolidamento delle attività esistenti e l'avvio di nuove iniziative a livello locale, regionale e nazionale attraverso l'ideazione di progetti propri o in partnership con altre organizzazioni, confermando i criteri ispiratori di intervento precedenti la sua nascita.
In materia di assistenza socio-sanitaria ha sostenuto e finanziato Casa AIL, una casa di accoglienza messa a disposizione di BolognAIL per i pazienti e i familiari dell'Istituto di Ematologia e Oncologia Medica "L. e A. Seràgnoli", e per lo stesso istituto supporta progetti di ricerca scientifica e borse di studio. Di recente ha supportato l'Associazione Rivivere nella realizzazione del primo servizio gratuito di aiuto psico-sociale di assistenza al lutto per la comunità di Bologna e provincia.
Unitamente alla Fondazione Hospice MT.C. Seràgnoli, ha promosso lo sviluppo delle cure palliative e ha attuato un modello di intervento completo costituendo nel 2006 l'Accademia delle Scienze in Medicina Palliativa, integrando quindi l'assistenza con l'attività di formazione e di ricerca in comunità d'intenti con la Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna, tra i soci fondatori dell'Accademia. Una delle prime iniziative dell'Accademia è stata la creazione di un Master Universitario di I Livello in Organizzazione, Gestione ed Assistenza in Hospice, in collaborazione con l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, già al secondo anno di attuazione.

La Fondazione Isabella Seràgnoli ha sede in via Putti, 17 - Bologna
Tel. (0039) 051.230462
E-mail: cm@piazzasandomenico.it

Fondazione Nomisma Terzo settore

Il comune interesse della Fondazione Isabella Seràgnoli e di Nomisma SpA per le tematiche inerenti la responsabilità sociale delle organizzazioni profit e non-profit, ha portato alla costituzione di una Fondazione orientata allo studio dell'economia sociale e civile e all'offerta di servizi e soluzioni innovative idonei a favorire lo sviluppo di un sistema economico che abbia come perno istituzioni, imprese, enti territoriali e organizzazioni del Terzo settore che promuovano comportamenti, pratiche, sistemi gestionali interni e strumenti di comunicazione esterna ispirati da un forte senso di responsabilità sociale, accountability e trasparenza.
Nel 2002, con questi presupposti, è nata la Fondazione Nomisma Terzo Settore, ente che opera come soggetto indipendente, senza scopo di lucro, per il sostegno di una economia etica.
La Fondazione Nomisma Terzo Settore si propone come:

- centro di ricerca applicata sui temi economico-sociali;
- laboratorio di soluzioni innovative che coinvolgano il settore profit e non-profit;
- punto d'incontro sui temi sociali ed economici inerenti la responsabilità sociale delle imprese, degli enti territoriali e del Terzo settore.

Anche in virtù del sostengno e della collaborazione con la Fondazione Isabella Seràgnoli, la Fondazione Nomisma Terzo Settore (FNTS) ha sviluppato negli ultimi anni una competenza specifica nell'ambito socio-sanitario.

La Fondazione Nomisma Terzo Settore ha sede in via Strada Maggiore, 44 - Bologna
Tel. (0039) 051.260956
E-mail: danielia@fnts.it

TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA VALLE D'AOSTA
FRIULI VENEZIA GIULIA PIEMONTE VENETO LIGURIA
EMILIA ROMAGNA TOSCANA MARCHE ABRUZZO LAZIO
PUGLIA BASILICATA CAMPANIA UMBRIA CALABRIA
SICILIA SARDEGNA TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA
VALLE D'AOSTA FRIULI VENEZIA GIULIA PIEMONTE
TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA VALLE D'AOSTA
FRIULI VENEZIA GIULIA PIEMONTE VENETO LIGURIA
EMILIA ROMAGNA TOSCANA MARCHE ABRUZZO LAZIO
PUGLIA BASILICATA CAMPANIA UMBRIA CALABRIA
SICILIA SARDEGNA TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA
VALLE D'AOSTA FRIULI VENEZIA GIULIA PIEMONTE
TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA VALLE D'AOSTA
FRIULI VENEZIA GIULIA PIEMONTE VENETO LIGURIA
EMILIA ROMAGNA TOSCANA MARCHE ABRUZZO LAZIO
PUGLIA BASILICATA CAMPANIA UMBRIA CALABRIA
SICILIA SARDEGNA TRENTINO ALTO ADIGE LOMBARDIA

EURO 58,00