HOSPICE IN ITALIA
SECONDA RILEVAZIONE UFFICIALE
2010

a cura di Furio Zucco

Con il patrocinio del

Ministero della Salute

HOSPICE IN ITALIA
SECONDA RILEVAZIONE UFFICIALE
2010

a cura di Furio Zucco

Bononia University Press
Via Farini 37 – 40124 Bologna
tel. (+39) 051 232 882
fax (+39) 051 221 019

www.buponline.com
email: info@buponline.com

© 2010 Bononia University Press

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

ISBN: 978-88-7395-558-0

Impaginazione: Lucia Bottegaro

Stampa: Grafiche Zanini
Prima edizione: agosto 2010

La pubblicazione **"HOSPICE IN ITALIA. Seconda rilevazione ufficiale 2010"**

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.**

Direttore scientifico e curatore dell'opera
*Furio Zucco**

***** Furio Zucco dirige dal 2004 il Dipartimento Gestionale di Anestesia Rianimazione Cure palliative e Medicina del dolore dell'Azienda Ospedaliera G.Salvini di Garbagnate Milanese di cui è articolazione funzionale la Unità Operativa Complessa di cure palliative e medicina del dolore, con Hospice e Assistenza Domiciliare.
Ha ricoperto la carica di Presidente della Federazione Cure Palliative (www.fedcp.org) dalla sua fondazione nel 1999 sino al 2004, anno in cui è stato eletto Presidente della Società Italiana di Cure Palliative (www.sicp.it), della quale dal 2007 riveste la carica di Past President. È Presidente dell'Associazione di Volontariato Presenza Amica, (www.presenzamica.it).
Furio Zucco ha curato la "*Prima Rilevazione ufficiale sugli hospice in Italia-2006*"

Email fzucco@aogarbagnate.lombardia.it Tel. 0039 02 994302 483 oppure 522 (anche fax)
c/o Unità di Cure Palliative e Medicina del Dolore Ospedale G.Salvini, Viale Forlanini 121 20024 Garbagnate Mil.se (Milano)

Sviluppo degli strumenti di indagine, autore dell'analisi dei dati e co-autore dei testi
Daniele Crivellaro

Raccolta dei dati e rassegna delle normative
Eugenia Ferrara, Matteo Castellucci, Giulia Cinelli

Coordinamento Operativo
Daniela Piccinini

FERS – **Fondazione per l'Economia e la Responsabilità Sociale** (*già Fondazione Nomisma Terzo Settore*)
Piazza S. Domenico, 9 - 40124 Bologna (Italia)
Email: info@f-ers.it; website: www.f-ers.it

RINGRAZIAMENTI
Questa pubblicazione è stata resa possibile grazie a:
- il Ministro della Salute Ferruccio Fazio e Ministero della Salute; in particolare, Filippo Palumbo, Guido Fanelli, Marco Spizzichino per il continuo sostegno all'opera.
- Isabella Seràgnoli e Maurizio Petta, Presidente della Fondazione Isabella Seràgnoli, sostenitori e partner dell'opera.
- Loredana Floriani, Presidente della Fondazione Floriani di Milano e il CdA della FF, sostenitore e partner dell'opera.
- Giovanni Zaninetta, Presidente della Società Italiana di Cure Palliative, sostenitore e partner dell'opera.
- Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli per il contributo dato dalla Direzione e dai collaboratori.
- Il Comitato Scientifico della Fondazione Floriani: Franco De Conno, Gian Lorenzo Scaccabarozzi, Francesca Crippa in Floriani (del CS FF fanno parte parte il già citato Giovanni Zaninetta e il curatore dell'opera, Furio Zucco).
- Il Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana per le Cure Palliative: Antonio Conversano, Vittorio Donato, Adiberto Favilli, Micaela Lo Russo, GianVito Romanelli, Danila Valenti (del CDN della SICP fanno parte i già citati: Giovanni Zaninetta (Presidente), GianLorenzo Scaccabarozzi, Francesca Crippa in Floriani e il curatore, Furio Zucco).
- I Coordinatori regionali della SICP: M. Michela Vecchioni, Abruzzo; Gianvito Corona, Basilicata; Lidia Pecoriello, Calabria; Gianluigi Zeppetella, Campania; Davide Tassinari, Emilia-Romagna; Roberto Bortolussi, Friuli Venezia Giulia; Adriana Turriziani, Lazio; Luca Manfredini, Liguria; Guia Castagnini e Massimo Monti, Lombardia; Sergio Giorgetti, Marche; Carmine Travaglini, Molise; Eugenia Malinverni, Piemonte; Emanuele Gargano, Puglia; Chiara Musìo, Sardegna; Giorgio Trizzino, Sicilia; Maurizio Mannocci, Toscana; Fabio Conforti, Umbria; Gino Gobber, Veneto; Silvana Selmi, Trentino Alto Adige; Marco Musi, Valle d'Aosta; le loro verifiche sul campo in merito allo stato di attuazione degli hospice e la rassegna delle normative regionali (**aggiornate all'Aprile 2010**), sono state attività fondamentali che hanno conferito ulteriore qualità alla pubblicazione.
- 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.
- I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e i Responsabili legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che hanno validato i dati sugli hospice.
- Tutti i responsabili e gli operatori degli hospice, che hanno materialmente compilato le schede e collaborato costantemente.
- Angelica Burgio e Gisella Serù della SICP e Daisy Gay della Federazione Cure Palliative, per il loro supporto operativo quotidiano nelle fasi di realizzazione dell'opera.
- Celestina Lapio, Maria Monti, Massimo Allegretti, Vittorio Guardamagna, Claudio Piovesan della Unità di Cure palliative e Medicina del dolore dell'Azienda G.Salvini di Garbagnate Milanese (Direttore Generale Giovanni Michiara) per redazione e revisione finale.
- BUP - Bononia University Press per la fase di editing e per la stampa della pubblicazione.

INDICE

CAPITOLO 1
PREFAZIONE VII

CAPITOLO 2
INTRODUZIONE 1
2.1. Sintesi dei risultati principali 7

CAPITOLO 3
I RISULTATI DELLA RICERCA A LIVELLO NAZIONALE 21
3.1. Stato di attuazione degli hospice e previsioni future 21
3.2. Approfondimenti sugli hospice operativi 34
3.2.1. La gestione degli hospice 35
3.2.2. Responsabilità legale degli hospice 44
3.2.3. Numero di posti letto di degenza disponibili in hospice 46
3.2.4. Collocazione logistica delle strutture 46
3.2.5. Hospice, Unità di Cure Palliative e Rete di Cure Palliative 49
3.2.6. Livelli assistenziali erogati e modelli assistenziali prevalenti 54
3.2.7. Dati prestazionali: numero medio annuo di pazienti presi in carico e durata media della degenza in hospice 61
3.2.8. Supporto al lutto 63
3.2.9. Formazione del personale di équipe 64
3.3. Approfondimenti sugli aspetti gestionali ed economici degli hospice 66
3.3.1. Composizione dell'équipe che opera in hospice 69
3.3.2. Indicatori di intensità assistenziale erogata in hospice 73
3.3.3. Gestione della presa in carico dei pazienti in hospice 76
3.3.4. Gestione delle prestazioni e delle attività assistenziali in hospice 77
3.3.5. Gestione organizzativa del personale di équipe dell'hospice 78
3.3.6. Sistemi di monitoraggio della qualità in hospice 81
3.3.7. Provenienza dei pazienti ed esito della degenza 82
3.3.8. Aspetti economici e costi di gestione degli hospice 84

CAPITOLO 4
I RISULTATI DELLA RICERCA A LIVELLO REGIONALE 89
Abruzzo 95
Basilicata 98
Calabria 108
Campania 113
Emilia-Romagna 120
Friuli Venezia Giulia 144
Lazio 153
Liguria 175
Lombardia 185
Marche 246
Molise 256
Piemonte 262
Puglia 278
Sardegna 288
Sicilia 297
Toscana 308
Trentino Alto Adige 328
Umbria 335
Valle d'Aosta 341
Veneto 344

CAPITOLO 5
ALLEGATI 369
5.1. Metodologia della ricerca 369
5.2. Hospice programmati non ancora operativi al 30 giugno 2009 (aggiornamento al 15 aprile 2010) 373
5.3. Normativa 377
5.3.1. Riferimenti nazionali 377
5.3.2. Riferimenti regionali 390
5.3.3. Stato di attuazione degli hospice finanziati ex L.39/99, per regione 398
5.4. Cenni storici sugli hospice 399
5.4.1. La diffusione degli hospice nel mondo 399
5.4.2. Gli hospice in Italia 400
5.5 Glossario essenziale 403
5.6 Enti coinvolti nella ricerca 409
5.6.1. Fondazione Isabella Seràgnoli 409
5.6.2. Fondazione Floriani 409
5.6.3. Società Italiana di Cure Palliative 410
5.6.4. FERS – Fondazione per l'Economia e la Responsabilità Sociale (già Fondazione Nomisma Terzo Settore) 411

SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE

Presidente Giovanni Zaninetta

La nostra Società scientifica presenta con orgoglio questa seconda indagine, che ha potuto continuare grazie all'impegno ideale ed economico della Fondazione Floriani e della Fondazione Isabella Seràgnoli cui va tutta la nostra riconoscenza.

Potrebbe sembrare prematuro che, a distanza di soli tre anni dalla prima edizione di *"Hospice in Italia 2006. Prima rilevazione ufficiale"* venga pubblicata questa seconda indagine: essa però non rappresenta soltanto un aggiornamento dei dati ma, soprattutto, un approfondimento mirato della gestione amministrativa, economica ed organizzativa di un gruppo di queste strutture, che stanno ulteriormente espandendosi giungendo a coprire, almeno territorialmente, i bisogni dei malati e delle famiglie.

Questa seconda edizione dell'opera nasce dal desiderio di offrire ad amministratori ed operatori uno strumento ulteriormente aggiornato di conoscenza, di orientamento e di progettazione per implementare quella rete di cure palliative che la recente legge 38 rende indispensabile ma che, purtroppo, non è certamente ancora operativa su tutto il territorio italiano, presentando inoltre una nuova ricognizione delle diverse leggi regionali come sono venute mutando negli ultimi tre anni.

FONDAZIONE ISABELLA SERÀGNOLI E FONDAZIONE FLORIANI

I Presidenti Maurizio Petta e Loredana Floriani

La Fondazione Floriani e la Fondazione Isabella Seràgnoli hanno creduto nella valenza di continuare ad essere partner della SICP anche per la seconda rilevazione sugli Hospice in Italia. Valutando interessanti e indispensabili gli obiettivi della nuova monografia che riguardano la qualità dell'organizzazione non solo per le singole strutture, ma per l'integrazione di queste con altri servizi sul territorio tra i quali l'assistenza domiciliare, la rete dei servizi di Cure Palliative, le attività di formazione, il volontariato.
L'evoluzione virtuosa dei processi legati alle Cure Palliative è fin dalla loro nascita uno degli obiettivi della Fondazione Floriani e della Fondazione Isabella Seràgnoli.

La Fondazione Floriani dagli anni 70, grazie alla lungimiranza di Virgilio e Loredana Floriani e all'operato tenace del Professor Vittorio Ventafridda, ha contribuito allo sviluppo ed alla diffusione della Medicina Palliativa, rispondendo così ai bisogni di una popolazione di malati nel passato negletta e nascosta, che trova negli ultimi anni realizzato in Italia un sistema assistenziale che si sta allineando ai migliori standard di risposta ai pazienti con una malattia inguaribile in fase evolutiva. Con l'impegno continuo nelle Cure Palliative la Fondazione Floriani vede premiata la felice intuizione iniziale che oggi si esprime anche nel voler essere partecipe di questo progetto.

La Fondazione Isabella Seràgnoli di nascita più recente, con l'obiettivo di consolidare e incrementare le attività in ambito sanitario che la famiglia Seràgnoli ha iniziato a realizzare una trentina di anni addietro, è impegnata a potenziare l'assistenza, la formazione e la ricerca nelle malattie oncoematologiche.
Gli interventi significativi nella promozione e nel sostegno di Hospices in sussidiarietà con le istituzioni, hanno l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai pazienti sia adulti, sia bambini, per garantire alti livelli di prestazioni anche con rilevanti iniziative sulla formazione delle figure professionali.

Le due Fondazioni vogliono confermare, sostenendo questa pubblicazione, la loro convinzione che le Cure Palliative, in tutte le loro forme (hospice, day hospice, assistenza domiciliare, reparti ospedalieri) facciano parte dei diritti umani e che l'informazione e la trasparenza siano un passo indiscutibile di questo diritto.
Migliaia di persone in Italia sono colpite da malattie oncologiche e nelle nazioni sviluppate come la nostra la prevalenza di queste malattie cresce con l'aumento dell'invecchiamento della popolazione. La legge 38 del 2010 recentemente approvata, che sancisce il diritto alle Cure Palliative e alla terapia del dolore, conferma la validità del nostro impegno e della indispensabilità di questa monografia per i pazienti, i medici, il personale e per l'intera società.

INTRODUZIONE

FURIO ZUCCO

Dalla pubblicazione della "**Prima Rilevazione ufficiale sugli hospice in Italia**" (www.sicp.it/documenti_pubblici/documenti_sicp/Monografia_Hospice_Italia.pdf), nel Novembre 2007, molto è cambiato nello sviluppo della rete italiana delle cure palliative, non solo in termini quantitativi.

Seppur lentamente, ma con costanza, sta mutando la percezione della popolazione italiana nei riguardi delle cure palliative e degli hospice. Proprio mentre scrivo queste note mi tornano in mente le immagini dell'ultimo film diretto dal regista **Paolo Virzì, "La prima cosa bella":** l'interprete principale, un'indimenticabile Stefania Sandrelli, trascorre gli ultimi giorni della propria spettacolare, travagliata ed emotiva esistenza, dapprima in un hospice e successivamente al proprio domicilio, assistita dalla stessa équipe che se ne era presa cura nella struttura livornese. Ecco, il senso positivo di lievità e di poesia, che l'autore ha dato a questi luoghi del morire e la certezza che il messaggio agli spettatori non è di fantasia ma di una realtà qualitativamente insperata, mi ha fatto capire che, grazie allo sforzo di molti, stiamo raggiungendo anche in Italia l'obiettivo delineatosi alla fine degli anni 80: la risposta del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ai bisogni delle oltre 250.000 persone malate che, ogni anno, giungono alla fase finale della vita. Sino a qualche anno fa, solo una minoranza aveva una risposta concreta ai propri bisogni. La maggioranza, qualora ne avesse le possibilità, era costretta ad acquistare una soluzione qualitativamente valida, a proprie spese, con un grave carico economico ed emotivo del nucleo familiare.

A chi, come chi scrive, ha avuto la fortuna di partecipare a questa piccola rivoluzione in ambito assistenziale non par vero che siano già trascorsi 30 anni da quando Vittorio Ventafridda, affiancato da una sparuta cerchia di collaboratori, Franco De Conno, Oscar Corli, Michele Gallucci, Carla Ripamonti, Marcello Tamburini, Franco Toscani, Giorgio Di Mola, cominciò in Italia la sua opera di divulgazione e di diffusione delle cure palliative partendo dall'Istituto dei Tumori di Milano, potendo contare sin dal primo momento sul supporto della Fondazione Floriani, fondata nel 1978 da illuminati e munifici mecenati, Loredana e Virgilio Floriani. Molti fattori concomitanti contribuirono a questa "nascita" e alla diffusione successiva delle cure palliative, innanzitutto la presenza di un terreno fertile in ambito clinico: da oltre un decennio, grazie alla sollecitazione internazionale da parte di John Bonica, un anestesista italo-americano, anche in Italia erano stati diffusi i principi base della terapia del dolore cronico da parte di illuminati "apripista", quali Mario Tiengo, Paolo Procacci, Stefano Ischia, Giuseppe Mocavero, Vittorio Pasqualucci, Ruggero Rizzi, Leonardo Vecchiet e da un centinaio di giovani ed entusiasti specialisti algologi, allora "in erba". Inoltre, alcuni esponenti illuminati del mondo oncologico, quali Dino Amadori e Alberto Scanni sin dall'inizio hanno compreso le potenzialità dello sviluppo delle cure palliative.

Successivamente, la caparbietà e la continuità di azione di moltissimi Soggetti, pubblici e privati, soprattutto delle Organizzazioni non profit e di volontariato, associata alla sensibilità delle donne e degli uomini presenti nelle Istituzioni, hanno permesso di arrivare alla approvazione della Legge Quadro n. 38, il 15 Marzo 2010, insieme conquista e punto di nuova partenza nella lotta contro la sofferenza inutile.
Sicuramente, grande merito va dato all'attuale Ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** ed ai suoi collaboratori del Ministero della Salute, innanzitutto **Guido Fanelli**, **Filippo Palumbo**, **Marco Spizzichino** e **Giovanni Leonardi**. Ma sarebbe ingiusto non ricordare i Presidenti della Commissione Affari Sociali della Camera, **Giovanni Palumbo** e della Commissione Igiene e Sanità del Senato, **Antonio Tomassini**, i relatori della legge nelle 2 Commissioni, **Umberto Scapagnini** e **Stefano De Lillo** e tutti i loro Componenti, i Parlamentari della XVI legislatura. Non vanno inoltre dimenticati i Parlamentari che, negli anni scorsi e durante le precedenti legislature, hanno firmato Disegni di Legge che, opportunamente sintetizzati e omogeneizzati hanno dato vita all'attuale testo definitivo, elaborato sulla base del testo presentato alla Camera nel Marzo 2009 da **Paola Binetti**. **Piergiorgio Massidda, Emanuela Baio, Laura Bianconi, Ignazio Marino, Antonio Tomassini, Isabella Bertolini, Marina Sereni, Barbara Pollastrini, Andrea Gibelli e Livia Turco sono stati i Primi firmatari dei DDL delle precedenti Legislature, ricordando che il primo DDL sulle cure palliative fu presentato in Parlamento dall'Onorevole Carla Mazzucca nel lontano 30 maggio 2001.**
Un ringraziamento va anche a tutti i Ministri della Sanità e, successivamente, della Salute che in questi anni hanno costantemente contribuito allo sviluppo della rete delle cure palliative. Dal 1998 al 2010 **Rosi Bindi, Umberto Veronesi, Francesco Storace, Gerolamo Sirchia, Livia Turco** e **Maurizio Sacconi**, seppur con modalità ed accenti differenti, hanno contribuito a tener sempre viva l'attenzione alle cure palliative e alla terapia del dolore, come è dimostrato dal fatto che sin dal 1999, all'interno dei successivi Piani Sanitari Nazionali, le due tematiche sono state costantemente presenti tra gli obiettivi. Ciò ha costituito la base perché, nell'ultimo decennio, le Regioni, divenute i Soggetti fondamentali nella programmazione sanitaria con la modifica del Titolo V della Costituzione, "Le Regioni, Le Province, i Comuni, 18 ottobre 2001 n. 3", dedicassero a loro volta ampio spazio a questi due settori all'interno della propria programmazione sanitaria e socio-sanitaria**.**

Una Legge è sempre il risultato di una mediazione fra chi utopicamente vuole il meglio e chi si batte per il raggiungimento di un bene ottenibile e sostenibile nel breve-medio periodo. La Legge 38/2010 non sfugge a questo principio. È però evidente che l'approvazione di una Legge nazionale, soprattutto se finanziata in modo adeguato e specifico, può contribuire in modo indiscutibile alla modifica migliorativa delle realtà. Ciò è già avvenuto nell'ambito delle cure palliative. Tutti ricordiamo che la Legge n. 39/99, che metteva a disposizione delle Regioni cospicui finanziamenti perché sviluppassero gli hospice, Legge fortemente voluta dall'allora Ministro della Sanità Rosi Bindi, ha radicalmente modificato il panorama assistenziale della rete delle cure palliative italiane: come è approfonditamente descritto in questa seconda edizione della Monografia (si veda Fig. 2 al Cap. 3) l'applicazione della legge ha consentito di passare dai soli 5 hospice attivi nel 1999 ai 165 hospice funzionanti nel 2009, ai 229 che probabilmente opereranno entro la fine del 2010, secondo quanto previsto dalle regioni, ed agli ulteriori 27, attivati negli anni successivi, per un totale di **256 strutture** (dai 55 posti letto iniziali, ai 1.888 del 2009 sino ai 2.592 del 2011, ai 2.873 degli anni successivi, pari a 0,48 posti letto ogni 10.000 residenti).
La Legge 38/2010 dovrebbe inoltre contribuire a sviluppare in tutto il Paese il sottosistema delle cure palliative domiciliari, senza il quale gli hospice rappresenterebbero "cattedrali nel deserto" nel campo assistenziale: segnalo che, fra breve, dopo oltre un anno di ricerca, anche questa "rete nella rete" verrà fotografata in modo approfondito e per la prima volta grazie ad una ricerca effettuata in tutta Italia dalla Società Italiana di Cure Pal-

liative e dalla Società Italiana di Medicina Generale, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), della Federazione Cure Palliative, della Fondazione Floriani, del Ministero della Salute e di tutte le Regioni. Nella prima Monografia era infatti emersa una importante criticità relativa alla tendenza allo sviluppo di due network assistenziali fra loro indipendenti, in molti casi non dialoganti ed a volte in competizione tra loro: la dualità tra strutture-hospice da una parte e centri di cure palliative al domicilio dall'altra rischiava di riproporre la scissura fra percorsi e set assistenziali, tipica del sistema ospedale e territorio, che proprio il movimento delle cure palliative voleva superare.
Certo, la tendenza alla diastasi tra sottosistema hospice e sottosistema domiciliare, non è l'unica criticità da affrontare nel prossimo futuro, per ciò che riguarda la implementazione della rete italiana delle cure palliative. Dalla ricerca emerge il fatto che gli hospice italiani sono strutture nelle quali vengono ammessi prevalentemente malati oncologici e che, in alcune regioni, il network degli hospice vien di fatto considerato una articolazione organizzativa della rete oncologica. Questa problematica, per la verità già manifestatasi nella maggior parte dei paesi più avanzati durante il processo di implementazione della rete per le cure palliative, sta assumendo nel nostro Paese caratteristiche peculiari, ancorchè la maggior parte delle indicazioni internazionali (si vedano le REC 24 del Consiglio di Europa del 2003 www.fedcp.org/pubblicazioni/REC24.pdf), delle normative nazionali (si veda la recentissima Legge 38/2010 www.gazzettaufficiale.it, G.U. n.65 serie generale del 19.03.2010) e di quelle regionali **sanciscano il principio che le cure palliative debbano essere erogate in base ai bisogni e non alla patologia di base**. Dalla Ricerca alla base della Monografia emerge che molte strutture hospice sono nate e si sviluppano quali strutture funzionali fortemente radicate e connotate all'interno di Strutture complesse oncologiche (gli ex Reparti o i Dipartimenti di Oncologia). Ciò rende attualmente molto complessa la possibilità di ricovero di malati che, seppur con forti bisogni di cure palliative residenziali, risultano affetti da patologie non oncologiche (ad es. cardio-circolatorie, respiratorie, neurologiche, metaboliche, nefrologiche, etc). Oltretutto, la tendenza alla forte matrice culturale di origine oncologica all'interno delle équipe, rischia inconsapevolmente di escludere gli oltre 100.000 nuovi malati non oncologici dall'accesso all'hospice. Questa criticità che, se non affrontata al più presto, crea il forte rischio di avviare la creazione di sottoreti di cure palliative, suddivise per patologia (o per età anagrafica), una contraddizione in termini nella visione olistica della medicina palliativa. Dalla Monografia emergono tutte le altre urgenze, già evidenziate nella prima Opera del 2006, tra le quali ricordo: le difformità inter e intra regionali nei modelli applicativi, gli standard assistenziali differenti, la mancanza di un percorso di studi e di formazione continua per gli operatori fondato su curricula e livelli comuni in tutto il Paese, l'assenza di un ruolo professionale definito per ciascuna figura professionale chiamata ad operare nella rete e negli hospice, il differente inserimento del volontariato. Sono solo alcune delle criticità che l'applicazione della Legge 38 è chiamata a risolvere. L'averle rese evidenti attraverso la Ricerca richiama ancora una volta le Istituzioni e tutti gli *Stake-holder* all'impegno dei prossimi anni per cercare di affrontarle e, se possibile, risolverle.

In sintesi, questa seconda Monografia rappresenta il monitoraggio del profondo cambiamento in atto: ai dati quantitativi relativi alla crescita numerica delle strutture, già di per sé interessante, affianca ulteriori e numerose informazioni importanti da un punto di vista qualitativo. Un aspetto particolarmente approfondito fra tutti, nel Cap. 3.2.5, è proprio quello relativo allo stato di integrazione degli hospice con gli altri poli della rete delle cure palliative, in particolare con il sottosistema di cure domiciliari. Come avvenuto per la prima Edizione, vengono offerte informazioni specifiche su ciascuna struttura, utili ai malati e alle loro famiglie, agli operatori, alle Istituzioni nazionali e regionali ed a tutti coloro che sono interessati allo sviluppo delle cure palliative in Italia. Ma l'obiettivo ulteriore di questa seconda opera, fortemente voluto dai tre partner finanziatori, SICP, Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani, è stato quello di studiare alcuni fra i più importanti

aspetti, soprattutto qualitativi, di questa innovativa rete assistenziale, sviluppatasi nel nostro Paese negli ultimi 25 anni e, per ciò che riguarda gli hospice, nell'ultimo decennio. Sono stati analizzati, tra gli altri, gli assetti proprietari e di responsabilità gestionale, la composizione delle équipe e le figure professionali in esse attive, la loro formazione, i modelli organizzativi e gestionali, la tipologia dei malati, i percorsi di cura, la presenza del volontariato e l'equilibrio economico. Il tutto è stato inserito in valutazioni e tabelle sintetiche relative alla situazione sia nazionale sia regionale, aggiornando e comparando, laddove ritenuto utile, i dati del 2009 con quelli presentati nella prima Monografia.

Per poter offrire al lettore un percorso di lettura, riassumo di seguito il contenuto di ogni Capitolo, ricordando però che ogni singola sezione è stata pensata in modo da consentire anche una consultazione indipendente di ciascun Capitolo, paragrafo o scheda, a seconda dell'interesse specifico o dell'obiettivo di utilizzo della Monografia.
Nel **Capitolo 5.1** è sintetizzata la Metodologia di Ricerca. Nel **Capitolo 2** ho elaborato un commento sintetico di tutta l'opera, nel **Capitolo 3** è presentata l'analisi dei risultati a livello nazionale e nel **Capitolo 4** sono esposti i dati raccolti in ciascuna Regione: dopo una sintesi del quadro regionale, sono presentate le **singole schede** relative **a ciascun hospice** risultato operativo al 30 Giugno 2009.
È stata inoltre aggiornata sia la **normativa nazionale** sia quella **regionale**: ciò è stato reso possibile dalla costante collaborazione dei 21 Coordinatori Regionali della SICP, in quanto l'evoluzione e la modifica di leggi, delibere, circolari regionali sulla tematica delle cure palliative sta assumendo dimensioni e complessità tali da rendere spesso difficile il confronto comparato su aspetti comuni. Grazie a questo lavoro congiunto, le normative nazionali e quelle regionali sono sintetizzate nel **Capitolo 5.3** ai **paragrafi 1** e **2**, mentre in ogni **scheda regionale** inserita nel **Capitolo 4** è presente una analisi ragionata e più specifica del percorso normativo in ciascuna regione. Nonostante sia possibile che in questi ultimi mesi siano state promulgate altre normative regionali, penso si tratti ad oggi della sintesi più aggiornata nel settore.

Il lieve ritardo nella pubblicazione di questa seconda edizione rispetto ai tempi previsti, ci ha consentito però di editarla a pochi mesi dalla approvazione della prima **Legge Quadro** sulle cure palliative e la terapia del dolore: la **Legge 38** del **15 marzo 2010** "***Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore***", **pubblicata in GU serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010.** La disponibilità del testo definitivo della Legge, approvato dal Parlamento, ha consentito di inserire un breve commento ragionato dei 12 articoli, nel **Capitolo 5 Paragrafo 3.1** "Normativa nazionale". Come ben sanno le migliaia di operatori impegnati giornalmente nell'assistenza ai malati in fase avanzata ed evolutiva a causa di una malattia inguaribile, la Legge 38/2010 è stata approvata dopo un iter parlamentare di soli 5 mesi, breve se si pensa a quanto sta avvenendo per altri Disegni di Legge riguardanti gli interventi terapeutici alla fine della vita, primo fra tutti quello relativo alle direttive anticipate. L'approvazione definitiva all'unanimità è avvenuta nella seduta del 9 marzo alla Camera dei Deputati, dopo che il 27 gennaio 2010 il Senato aveva modificato, in parte integrato e migliorato il testo, definito originariamente dalla Commissione Affari Sociali della Camera e approvato all'unanimità dai Deputati nella seduta del 16 settembre 2009.
Il testo della Legge 38/2010 ha anche consentito di aggiornare il **Glossario contenuto nel Capitolo 5.5,** inserendo le definizioni contenute nell'art. 2. È ora possibile definire il significato nazionale di termini quali "cure palliative, terapia del dolore, rete di cure palliative, rete di terapia del dolore, assistenza residenziale in hospice, assistenza domiciliare". Si tratta di un aspetto importante, soprattutto nel nostro Paese dei mille dialetti "istituzionali e normativi", nel quale ad una stessa definizione possono essere riferiti significati differenti, con conseguenze nella realtà applicativa.

Per ciò che riguarda gli approfondimenti relativi allo **stato di attuazione degli hospice finanziati dalla Legge 39/99,** particolareggiate analisi sono contenute nel testo sia nel paragrafo specifico del Capitolo 3 "*Focus sugli hospice finanziati ex Legge n. 39/99* ", sia nel **Capitolo 5 al Paragrafo 3.3**, "*stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge 39/99*". La lettura va comparata con l'elenco degli "*hospice programmati ma non ancora attivi al 30 giugno 2009*", contenuto nel **Capitolo 5.2**. Infatti a oltre 10 anni dalla messa a disposizione del finanziamento di circa 208 milioni di Euro risultavano operativi solo 109 hospice sui 188 finanziati (va ricordato che, nel corso degli ultimi anni, il numero degli hospice finanziati è calato rispetto al 2006 da 188 a 182, in conseguenza alle riprogrammazioni regionali): purtroppo, occorre constatare che, al 30 giugno 2009, 31 strutture erano ancora in fase di programmazione/progettazione e 32 erano già state realizzate ma non erano ancora operative. Le restanti 28 erano ancora in fase di realizzazione.

Un **aspetto importante e innovativo** rispetto alla precedente Monografia è rappresentato dal fatto che, nell'analisi generale presentata nel successivo **Capitolo 2.1**, sono stati tenuti presenti i risultati e le conclusioni di quello che, sino ad oggi, può essere considerato uno tra i più completi studi italiani sulle cure palliative e che ho avuto l'onore di coordinare scientificamente: *"Struttura ed organizzazione di una Unità di Cure Palliative e definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico dei malati*". Si trattava di una delle 5 articolazioni dello studio "**Modello di Unità di Terapia del Dolore e Cure Palliative, integrate con Associazioni di Volontariato"**, il cui Direttore Scientifico era Cesare Bonezzi della Fondazione Maugeri di Pavia, l'Ente attuatore**.** Il Progetto è stato interamente cofinanziato dal Ministero della Salute ai 5 soggetti partner, per la specifica sezione in oggetto la Federazione Cure Palliative-FCP (www.fedcp.org). Effettuata tra il 2006 e il 2009, la Ricerca finalizzata ha coinvolto 62 tra Centri e Organizzazioni non profit operanti nelle cure palliative: i dati presentati al Ministero nel febbraio 2009 sono attualmente pubblicati su uno specifico Portale della FCP (www.rete-federazione-cure-palliative.org). L'integrazione dei risultati dello studio qualitativo, parte integrante di questa Monografia, con quelli del sottoprogetto ministeriale affidato alla FCP offre un'analisi aggiornata su molti aspetti cruciali per la programmazione e per lo sviluppo futuro delle rete delle cure palliative italiana, soprattutto alla luce della normativa nazionale recentemente approvata.

Infine mi si consenta un ricordo: tra la prima e la seconda Edizione, nel 2008, ci hanno lasciato **Marcello Tamburini**, studioso delle cure palliative e amico della prima ora e **Vittorio Ventafridda**, il fondatore del movimento italiano delle cure palliative, sull'esempio di Cecily Saunders, che ha potuto trascorrere serenamente l'ultimo periodo della propria entusiasmante esistenza proprio in uno dei primi hospice creati sulla spinta del suo carisma e del suo "essere avanti": l'hospice del Pio Albergo Trivulzio di Milano attivo dal 1991.

Un grazie innanzitutto a loro, alla Società Italiana di Cure Palliative, alla Fondazione Isabella Seràgnoli, alla Fondazione Floriani, alla Federazione Cure Palliative, al Ministero della Salute, alle Regioni e a tutti coloro che, a vario titolo e con differente impegno, hanno contribuito alla realizzazione di questa Monografia.
Un ringraziamento particolare alla Fondazione FERS: senza la disponibilità dei suoi ricercatori e il supporto dei suoi Direttori questa opera non avrebbe potuto essere realizzata.

Questa Monografia vuole essere una testimonianza del fatto che, anche nel nostro Paese, i sistemi e i modelli assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale si stanno modificando ed evolvendo per garantire una risposta ai bisogni emergenti della popolazione nel tentativo di ricuperare un nuovo umanesimo nei servizi alla persona.

Milano 31 Luglio 2010
Furio Zucco

NOTA IMPORTANTE

Quanto riportato nella presente pubblicazione rappresenta la **fotografia dell'esistente al 30 giugno 2009, con successive integrazioni sino al 15 Aprile 2010, rese possibili dalle informazioni fornite dai Coordinatori Regionali della SICP.**
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.

Nella versione a stampa, nell'ambito della prima pagina di ciascun Capitolo regionale, sono stati inseriti, a piè di pagina, gli hospice divenuti operativi nel corso degli ultimi mesi del 2009 e dei primi mesi 2010. Le modifiche sono state anche inserite nel Capitolo 5.2 "*Hospice programmati non ancora operativi al 30 giugno 2009. Aggiornamento al 15 Aprile 2010*".

All'interno delle attività che hanno reso possibile la realizzazione della Monografia e, grazie al supporto economico dei 3 Partner del Progetto, è stato realizzato uno specifico **Portale**, frutto della sinergia ideativa fra il Curatore Scientifico, i ricercatori di FERS e la Software house D-SIGN.
Il Portale è stato pensato per potere consentire ai soggetti autorizzati di apportare direttamente modifiche ed integrazioni al testo e di accedere alle informazioni contenute.

Grazie all'apporto di tutti i lettori ed al loro successivo accreditamento in rete, gli errori potranno essere corretti in tempo reale realizzando la dinamica di pubblicazione "on line".

Nel caso di richiesta di informazioni, di segnalazione di errori, di proposta di modifiche e di richiesta di accesso al Portale, vi chiediamo di contattare:

SICP – Società Italiana di Cure Palliative
Via Privata N. Bonnet, 2 - Milano
Tel. 0039 02 29002975 – fax 0039 02 62611140
Email: info@sicp.it

2.1 SINTESI DEI RISULTATI PRINCIPALI

FURIO ZUCCO

Di seguito vengono sintetizzati e commentati i principali risultati emersi.
Come già segnalato nella Prefazione una parte dei risultati qualitativi è stata commentata tenendo presenti le conclusioni della Ricerca Ministeriale finalizzata *"Struttura ed organizzazione di una Unità di Cure Palliative e definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico dei malati*" (si veda: www.rete-federazione-cure-palliative.org), conclusasi nel febbraio 2009, che ha coinvolto 62 tra Centri e Organizzazioni non profit operanti in Italia nelle cure palliative.

1. Da un punto di vista numerico è confermata la crescita progressiva del numero degli hospice, passati dai **114** del 2006 ai **165** del giugno 2009, ai **175** secondo gli ultimi dati di aprile 2010 e, secondo quanto previsto e comunicato dalle regioni, a **229** entro il 31 dicembre 2010 e a **256** entro gli anni successivi. Si tratta di un aumento costante e progressivo, anche se risulta inferiore rispetto alle previsioni formulate dalle stesse regioni in base alla programmazione dichiarata nel 2006. Esse prevedevano che, entro il **2008**, le strutture attive avrebbero dovuto essere **206** (vedi Fig.2 Capitolo 3.1), **188** delle quali finanziate con i fondi della Legge 39/99. L'interpretazione di questi dati è complessa in quanto solo 5 regioni, la **Basilicata**, il **Molise**, la **Sardegna**, il **Trentino Alto Adige** e il **Veneto**, hanno ottemperato alla propria programmazione regionale dichiarata nel 2006. Mentre scrivo, lo ha fatto anche la **Valle d'Aosta** con l'avvenuta attivazione dell'unico hospice previsto, inaugurato a Dicembre 2009, per un totale di 7 posti letto e con un indice di 0,55 pl/10.000 residenti (si veda Allegato 5.2).
   Ricordo che le programmazioni regionali nell'ambito dello sviluppo della rete delle cure palliative e della realizzazione degli hospice hanno ricevuto un forte impulso nel 2002: per poter accedere ai 208 milioni di Euro messi a disposizione dalla legge 39/99 la condizione necessaria prevista dalla normativa per ciascuna regione era costituita dal fatto che il numero e la localizzazione degli hospice da finanziare da parte dello Stato avvenisse all'interno di una specifica "normativa quadro" regionale indirizzata allo sviluppo della rete delle cure palliative. La maggior parte delle normative regionali sulle cure palliative è stata infatti promulgata fra il 2001 e il 2002.
   Una corretta interpretazione del dato sopra descritto non può però prescindere dalla considerazione che le programmazioni regionali erano caratterizzate da un vizio di fondo che ha conseguenze ancora ad oggi: a livello statale non è mai stato fissato un comune indicatore nazionale di riferimento per lo sviluppo, per la sua valutazione e misura (ad esempio quello relativo al rapporto fra posti letto hospice da programmare e da attivare e la popolazione residente nelle regioni). La Società Italiana di Cure Palliative ha sempre ritenuto che, una volta raggiunta una capillare e completa rete regionale di assistenza domiciliare di cure palliative, lo sviluppo ottimale di hospice dovesse fare riferimento non tanto al numero assoluto di strutture create e rese funzionanti, quanto all'**indice di posti letto attivi ogni 10.000 residenti**, se possibile declinato per ciascuna Provincia e per ciascuna ASL (si veda in tal senso la Premessa al Documento congiunto tra SICP e Federazione Cure Palliative (www.fedcp.org/pdf/requisiti_minimi.pdf). Questo indice tendenziale, in base a calcoli condivisi anche a livello Ministeriale inerenti ai bisogni dei soli malati oncologici è stato previsto a **0,6/10.000 residenti.** Ciò, anche tenuto conto delle differenze epidemiologiche, culturali, dello sviluppo delle reti regionali sanitaria e socio-sanitaria e del sottosistema assistenziale domiciliare.
   In base ai dati rilevati al **30 giugno 2009**, data di chiusura ufficiale della raccolta di dati per la pubblicazione della Monografia, l'indice di posti letto hospice operativi nel nostro Paese era di **0,31/10.000 residenti, superiore** allo **0,21** rilevato nel 2006 (si veda la prima Monografia) e comunque inferiore allo **0,40** che era

staro allora comunicato dalle regioni quale obiettivo di sviluppo entro il 31 dicembre 2008.
È interessante notare che, quand'anche tutte le regioni realizzassero le strutture previste in base alla propria programmazione comunicata durante la realizzazione di questa seconda edizione della Monografia, l'**indice italiano** si manterrebbe comunque **inferiore allo 0,60/10.000 residenti, come già ricordato ritenuto ideale** qualora il 75% dell'utenza potenziale, relativa ai soli malati oncologici, fosse assistita al proprio domicilio in cure palliative. Se confermato, il dato previsionale comunicato dalle regioni, al **31 dicembre 2010** l'indice crescerebbe globalmente di **0,43** e, allo **0,48** entro il **2012** (questa data è stata calcolata in considerazione dei tempi che in questi anni sono mediamente trascorsi tra la programmazione, la progettazione, la realizzazione e la messa in opera delle strutture hospice).
Va però ricordato (si vedano figura 1 e tabella 1 nel Capitolo 3.1 e l'elenco nel Capitolo 5.2) che, al 30 giugno 2009, **32** strutture risultavano "*già realizzate ma non ancora operative*", **28** ancora "*in fase di realizzazione*" e ben **31** ancora "*in fase di programmazione o progettazione*" (1 in Abruzzo, 4 in Calabria, 4 in Campania, 1 in Emilia-Romagna, 2 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Liguria, 1 nelle Marche, 3 in Piemonte, 6 in Puglia, 5 in Toscana, 2 in Trentino Alto Adige e 1 in Veneto). È da notare che delle **31** strutture in fase di programmazione/progettazione al giugno 2009, **18** risultavano ancora finanziate dai fondi residui della legge 39/99, mentre **11 non** risultavano esser finanziate dai fondi nazionali (5 in Puglia, 2 in Toscana, 2 in Calabria, 1 in Campania e 1 in Emilia-Romagna). Ciò sembra indicare che alcune regioni, soprattutto la Puglia, intendano ampliare la propria rete hospice, indipendentemente dai fondi messi a disposizione dallo Stato (si veda anche il Capitolo 5 al paragrafo 3.3 "Stato di attuazione degli hospice finanziati ex Legge 39/99".

2. Come già osservato nel 2006, anche nel 2009 (si veda la tabella 6 al Capitolo 3) solo **3 regioni** hanno previsto di raggiungere e superare entro il 2010 l'indice dello 0,6 pl/10.000 residenti: **Basilicata** (**0,86**; res. 590.000), **Lombardia** (**0,70**; res. 9.742.000) e **Emilia-Romagna** (**0,66**; res. 4.337.000). Significativo è il fatto che il numero degli hospice da attivare entro il 2010, in base alla programmazione regionale, è aumentato dal 2006 ad oggi di **6** strutture in **Lombardia** (da 51 a 57) e di **una** in **Basilicata** (da 4 a 5), mentre è stata diminuita di **una** in **Emilia-Romagna** (da 25 a 24).
Altre 5 regioni hanno previsto di raggiungere entro il 2010 indici di programmazione compresi fra lo **0,40** e lo **0,49**: **Friuli Venezia Giulia** (0,42; res. 1.230.000), **Lazio** (**0,52**; res. 5.626.000), **Liguria** (**0,51**; res. 1.615.000), **Marche (0,48**; res. 1.569.000), **Molise** (**0,50**; res. 320.000), con incrementi del numero di hospice (e del relativo indice ogni 10.000 residenti) in 3 regioni, rispetto al 2006: Lazio (+2), Liguria (+2) e Marche (+1). Il **Friuli Venezia Giulia**, ha inoltre programmato la realizzazione di ulteriori **2** strutture, e potrà disporre, a regime, probabilmente dopo il 2010, di una rete costituita da 6 strutture, per 77 pl e un indice di **0,62**. Anche la **Liguria** ha in fase di progettazione un ulteriore hospice, di 10 pl, che verrà attivato oltre il 2010. A regime la rete ligure potrà contare su **8** strutture, **92** pl e un indice di **0,56**.
Ulteriori 7 regioni hanno comunicato che a fine 2010 raggiungeranno indici compresi fra **0,30** e **0,39: Piemonte** (**0,37**; res. 4.432.000), **Puglia** (**0,32**; res. 4.079.000), **Sardegna** (**0,35**; res. 1.671.000), **Sicilia** (**0,31**; res. 5.037.000), **Toscana** (**0,37**; res. 3.707.000), **Umbria** (**0,38**: res. 894.000) e **Veneto** (**0,34**; res. 4.885.000). Rispetto alla programmazione del 2006 è da segnalare un incremento previsto entro il 2010 di **6** strutture per la **Toscana** (da 15 a 21), di **2** strutture rispettivamente per la **Sardegna** e per il **Veneto**, di **una** per il **Piemonte** (da 15 a 16) ed invece un decremento per la **Sicilia** (da 15 a 14). Negli anni successivi al 2010 la **Puglia** dovrebbe però poter disporre di **15** hospice, avendo in programmazione/progettazione ulteriori **6** hospice (rispettivamente 5 in programmazione e 1 in progettazione), con possibilità di attivare ulteriori **60** posti letto: a regime la rete pugliese potrebbe disporre di **192** pl con un indice di **0,47**. Anche la **Toscana** e il **Piemonte** hanno in programmazione/progettazione altri hospice. La **Toscana** ha in previsione

ulteriori **30** posti letto in **5 strutture**, 3 in fase di progettazione e 2 di programmazione al giugno 2009: in base alle comunicazioni pervenute dalla regione, però tutte le strutture dovrebbero essere attivate entro la fine del 2010, non modificando l'indice generale sopra indicato di **0,37**, ciò in quanto 6 tra le nuove strutture hospice programmate dalla Toscana sono caratterizzate da un numero di posti letto inferiore a 6 (ad es. ad Arezzo 2 con 2 posti letto ciascuna): a regime gli hospice toscani saranno quindi **21** (seppur con l'anomalia dei "mini hospice"). Il **Piemonte** ha in fase di progettazione **3** strutture, per un totale di ulteriori **32** posti letto. A regime, dopo il 2010, gli hospice piemontesi saranno **18**, con un indice di **0,47.**
Le restanti 4 regioni hanno un tasso programmato per il 2010 **inferiore allo 0,30**, rispettivamente **Abruzzo** (**0,15**, con un calo rispetto allo **0,23** programmato nel 2006 per il 2008; res. 1.334.000), **Calabria** (**0,20** dallo **0,24** del 2006; res. 2.008.000), **Campania** (**0,19,** un aumento notevole dallo **0,08** del 2006; res. 5.812.000) e **Trentino Alto Adige** (**0,18** dallo **0,12** del 2006, grazie a un incremento dei posti letto accreditati mantenendo **2** hospice operativi; res. 1.018.000). In quest'ultimo gruppo di regioni va segnalato che la **Campania,** pur prevedendo per il 2010 un indice tendenziale a livello nazionale ancora tra i più bassi (**0,19 pl**/10.000 abitanti), ha in parte modificato la propria programmazione del 2006 prevedendo l'attivazione di **9** hospice entro il 2010 e, successivamente, di **una** ulteriore struttura, portando a **10** il numero totale degli hospice a regime, il numero dei posti letto a **138** e l'indice a **0,24**: ciò modificherà il ruolo di "fanalino di coda" a livello italiano per una regione tra le più popolate, che nel 2006 non poteva contare su nessun hospice attivo, oltretutto, programmando per il 2008 l'inaugurazione di sole **5** strutture, con un indice di **0,09**, il più basso a livello nazionale. Un segno del nuovo corso appare la recente inaugurazione del terzo hospice campano avvenuta l'11 febbraio 2010 e segnalata dal coordinatore regionale della SICP dopo il 30 giugno 2009, data di termine ultimo per la raccolta dei dati per la Monografia. Inoltre, seppur non presente nelle informazioni provenienti dalla regione, l'ultima rilevazione effettuata in aprile 2010 attraverso interviste con i Coordinatori regionali SICP ha permesso di rilevare l'avvenuta inaugurazione della struttura hospice di 28 posti letto a Tora e Piccilli (Caserta). Se quest'hospice divenisse operativo i posti letto hospice attivi in Campania diverrebbero, a regime, **166** con un indice di **0,29**. Anche la **Calabria** ha inserito nella programmazione **4** nuovi hospice, però ancora in fase di progettazione al giugno 2009, con ulteriori **34** pl. A regime, dopo il 2010, la rete calabra consterà di **8** strutture, con **82** pl e un indice di **0,40**. L'**Abruzzo**, superata la fase di emergenza post terremoto, probabilmente dopo il 2010, potrà contare su una rete di **7** hospice con un totale, secondo la programmazione fornita, di **78** pl pari a un indice di **0,58**, in linea con l'indice ottimale di 0,6. Infine, anche il **Trentino Alto Adige** prevede l'attivazione di ulteriori **2** strutture, al giugno 2009 però ancora in fase di progettazione: la rete delle 2 Province autonome, a regime, potrà contare su **4** strutture, **37** pl e un indice di **0,36**. Da ultimo ricordiamo che **Valle d'Aosta** avendo inaugurato a Dicembre 2009 il proprio unico hospice programmato, ha portato i pl a **7** e l'indice a **0,55**.

3. Da quanto sopra descritto è evidente che alcune regioni, dal punto di vista della realizzazione degli hospice, possono esser considerate, se non virtuose, quanto meno rispettose della propria programmazione regionale, anche se, al giugno 2009, non avevano ancora raggiunto l'indice di posti letto hospice previsto nel 2008 ed indicato nella tabella 3 della prima Monografia. Ciò in considerazione del fatto che l'indice di posti letto fissato dalla programmazione regionale, sin dall'inizio era stato posto da queste regioni a livelli più elevati rispetto a quelli previsti dalle altre regioni per la fine del 2008. Mi riferisco, in particolare, alle regioni che avevano programmato di raggiungere un indice compreso tra lo **0,50** e oltre lo **0,72.** Ciò diviene maggiormente significativo se si tiene conto delle differenze interregionali per ciò che riguarda la numerosità della popolazione residente e la complessità dei sistemi assistenziali regionali: è il caso della **Emilia-Romagna,** del **Lazio** e della **Lombardia,** 3 regioni nelle quali la popolazione è compresa fra i 5,6 e i 9,7

milioni di abitanti e nelle quali, oltretutto, è storicamente diffuso e operativo anche il sottosistema delle cure palliative domiciliari, soprattutto grazie all'intervento di supporto diretto o indiretto delle Organizzazioni Non Profit. L'exploit della **Basilicata,** con un indice di **0,75** (che entro il 2010 arriverà a **0,86**), è sicuramente correlabile alla minor popolazione rispetto a molte altre regioni italiane: 600.000 residenti. È comunque un esempio di buona programmazione ed efficienza amministrativa il fatto di essere stati capaci di raggiungere gli obiettivi del 2006. È evidente inoltre che il raggiungimento dell'obiettivo era più semplice per la **Valle d'Aosta**, provincia autonoma con 127.000 residenti, che si era prefissata l'avvio di un solo hospice.
Vi sono infine regioni che hanno utilizzato con impegno i fondi previsti dalla legge 39/99 e rispettato la propria programmazione regionale, anche grazie al supporto del Non Profit. Il **Friuli Venezia Giulia**, la regione che per prima nel 1985 ha emanato una normativa istitutiva della propria rete delle cure palliative, la **Liguria**, il **Trentino Alto Adige**, la **Sardegna** e il **Veneto,** maggiormente popolato, hanno raggiunto o avvicinato l'obiettivo programmatorio fissato nel 2006 per il 2008. Va però considerato il fatto che l'indice di pl/10.000 residenti era stato posizionato ad un livello notevolmente inferiore rispetto alle prime 5 regioni, risultando compreso fra lo **0,18** del **Trentino Alto Adige** e lo **0,32** della **Liguria**. Invece, regioni quali le **Marche**, il **Molise**, l'**Umbria** e le più popolose **Piemonte, Puglia** e **Toscana** al giugno 2009 erano ancora distanti dal raggiungimento di un obiettivo anch'esso fissato per il 2008 a livelli notevolmente inferiori rispetto allo 0,6: fra lo **0,33** della **Puglia** e lo **0,38** della **Toscana**. Va però ricordato che, secondo quanto dichiarato dai rispettivi referenti regionali, entro il 2010 i ritardi nel raggiungimento degli obiettivi di programmazione dovrebbero essere recuperati ed anzi, in alcuni casi, gli indici dovrebbero essere superati. Ciò appare possibile in quanto **60** strutture erano già terminate ma non ancora operative oppure in fase di avanzata realizzazione (si vedano Fig. 1 e 2 e Tab. 1, 2, 3 al Capitolo 3.1). È significativo il fatto che, nell'attuale rilevazione, queste ultime regioni abbiano inoltre segnalato che l'aggiornamento della programmazione abbia previsto per il futuro, probabilmente oltre il 2010, un incremento del numero di hospice e, di conseguenza, dell'indice tendenziale di posti letto (si veda il punto 1).

4. L'analisi deve essere più specifica per alcune regioni. L'**Abruzzo**, ad esempio, a giugno 2009 non aveva realizzato nessuno dei **3** hospice previsti. Anche se la regione ha segnalato di prevedere entro il 2010 l'avvio di almeno **3** strutture è evidente che la situazione post terremoto non faciliti il raggiungimento dell'obiettivo. Occorre ricordare che nel 2006, l'indice programmatorio era di **0,23** pl/10.000 residenti, ma che, a regime, è previsto il raggiungimento di un indice di **0,58**. La **Calabria** e la **Campania** sono sicuramente in ritardo nello sviluppo delle strutture, soprattutto se si tengono in considerazione i bassi indici programmatori previsti nel 2006 rispetto a quelli delle altre regioni, rispettivamente di **0,24** e di **0,19**. Anche qualora entro il 2010 fossero attivate tutte le strutture previste, il tasso di posti letto si posizionerebbe ancora tra i più bassi a livello italiano: **0,24** per la **Calabria** (2 milioni di residenti) e **0,18** per la **Campania** (5.800.000 residenti). Ricordiamo comunque che, nonostante l'evidente ritardo, sia la Campania sia la Calabria hanno ridefinito la propria programmazione tendenziale portando l'indice, a regime dopo il 2010, rispettivamente a **0,29** e a **0,40**. È del tutto evidente che queste regioni, nel frattempo, al fine di tamponare l'assenza di hospice, debbano potenziare notevolmente le attività di cure palliative domiciliari per diminuire la pressione assistenziale sulle strutture ospedaliere per acuti o sulle famiglie. Interessante è stato lo sviluppo in **Puglia**, regione nella quale nel 2009 risulta triplicato il numero di strutture risultate attive nel 2006 (da 2 a 6): la regione ha dichiarato di essere in grado di attivare nel corso del 2010 ulteriori 3 strutture e, successivamente, altre 3, per un totale di **15**, raggiungendo l'indice di **0,47**. Ciò vale anche per l'**Umbria** che nel 2006 non aveva alcuna struttura attiva, nel 2009 ne aveva 2 e nel 2010 attiverà altre 2 delle 4 previste, con un indice di **0,38.** Particolare è il caso della **Sicilia**: la terza regione più popolata d'Italia (oltre 5 milioni di residenti) che

nel 2006 aveva previsto l'attivazione di **15** strutture entro il 2008 (indice di **0,32**). Alla data di chiusura della rilevazione, 30 giugno 2009, in Sicilia le strutture operative censite erano solo 5 sulle 14 previste in base alla nuova riprogrammazione (solo + 2 rispetto al 2006). La regione ha però dichiarato di essere in grado di attivare entro il 2010 tutte le 9 strutture previste, una in meno rispetto alle 15 previste nel 2006. Si tratta a mio avviso di un obiettivo raggiungibile in quanto, alla data di rilevazione, ben 5 strutture risultavano già "*realizzate ma non operative*" e le altre 4 erano "*in fase di realizzazione*" Va in ogni caso segnalato che in buona parte della Sicilia operano storicamente numerose Organizzazioni Non Profit. Esse erogano direttamente attività assistenziale di cure palliative al domicilio, in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale per il tramite delle ASL, con una notevole capillarità di intervento nel territorio.

5. A 11 anni dall'approvazione della Legge n.39/99 che a partire dal 2001 ha consentito al Ministero della Salute di disporre di un fondo finalizzato di circa 206,6 milioni di euro da destinare alle regioni per la realizzazione di Strutture residenziali di cure palliative, si conferma che, ad oggi, non tutte le **182** strutture finanziate dal Ministero sono state rese operative, essendo ancora a differenti stadi di attuazione compresi tra la programmazione, la progettazione, la realizzazione delle opere strutturali e l'avvio gestionale (si vedano il Capitolo 3.1, in particolare il Focus sugli hospice finanziati dalla Legge 39/99 e il Capitolo 5.2 relativo agli Hospice da realizzare ma non ancora operativi al 30 giugno 2009).
Dalla precedente verifica effettuata con i funzionari del Ministero della Salute nel 2006, erano risultati ammessi al finanziamento 188 progetti, per un totale di 2.054 posti letto (in media 10,9 posti letto per ogni hospice). In sintesi, lo Stato aveva messo a disposizione delle regioni in media oltre 1 milione di euro per realizzare ciascun hospice, circa 100.000 euro per ogni posto letto. Ricordo che dei 188 hospice finanziati, nel 2006 ne erano risultati operativi 62, ovvero il 33% del totale.
Sulla base degli ultimi dati pervenuti dei **256** hospice complessivamente previsti nella programmazione regionale, **182** risultavano finanziati ex Legge n.39/99, (il **71 %** di tutti gli hospice) per un totale di **1.944** posti letto sui **2.054** che, a regime, costituiranno la dotazione italiana. Si tratta di **6** hospice e **57** posti letto in meno rispetto ai dati 2006, totalmente dovuti alle riprogrammazioni e rilocalizzazioni regionali dei progetti originari intercorsi in questi anni.
La ricerca ha in ogni caso confermato il ruolo fondamentale dell'impianto della Legge n. 39/99 nell'aver avviato e consolidato lo sviluppo del sottosistema delle strutture hospice all'interno della costituenda rete per le cure palliative italiana.
Al termine della ricerca, a fine Giugno 2009, risultavano operative **109** strutture sulle **182** finanziate. In base ai dati successivamente pervenuti dal Luglio 2009 all'Aprile 2010, ulteriori **10** sono state attivate, per un totale di **119** strutture su **182** finanziate dalla Legge 39/99, pari al 65%.
L'analisi dei dati consente di evidenziare che di tutti i **175** hospice attivi ad Aprile 2010, il **68 %** del totale degli hospice attivi è stato realizzato grazie ai finanziamenti della Legge n. 39/99. La percentuale si incrementerà nei prossimi due anni, se si osservano i dati aggiornati all'aprile 2010: **19** hospice finanziati dalla Legge 39/99 erano già stati completati da un punto di vista strutturale anche se non erano ancora operativi, **26** risultavano ancora in fase di realizzazione e **18** ancora in fase di programmazione/progettazione, per un totale di **73** strutture (si veda Capitolo 5.2).
Dall'analisi dei dati si riconfermano alcune considerazioni già emerse nella prima Monografia del 2006:

- in generale, il meccanismo di tutela della finalizzazione dell'utilizzo dei fondi previsti dalla Legge 39/99 si è dimostrato efficace: tranne qualche rarissima eccezione, i Governi succedutisi a livello nazionale e regionale dal 1999 al 2010, grazie al forte vincolo normativo e al preciso controllo ministeriale, hanno garantito che i fondi destinati alla realizzazione degli hospice non seguissero altre destinazioni edilizie o

funzionali (ad esempio servissero per ristrutturare reparti per altre tipologie di malati). Ciò ha consentito di avviare e rendere irreversibile il processo di implementazione di questo sottosistema fondamentale per lo sviluppo della rete delle cure palliative;

- a distanza di 11 anni dall'approvazione della Legge 39/99 (a 8 anni però dall'avvio dei primi flussi finanziari dallo Stato verso le regioni più virtuose) il completamento strutturale del sottosistema hospice è ormai in fase avanzata, anche se non è ancora concluso e si protrarrà nei prossimi 2-3 anni: come già riportato il numero degli hospice la cui realizzazione strutturale si è conclusa è di **138** sui **182** finanziati **(76 %)**.
- Il dato però è peggiore se si considera il rapporto fra il numero di strutture realmente operative rispetto al totale di quelle finanziate: al 30 giugno 2009, erano **109** su **182**, pari al 60 % e al 15 aprile 2010 erano **119** su **182**, pari al 65%.
- Particolare significato assume l'osservazione che al 15 aprile 2010 esistono ancora **19** strutture nelle quali gli interventi strutturali sono già conclusi (a volte da oltre un anno) ma che non sono ancora operative (si veda Capitolo 5.2). Inoltre **4** strutture risultano attivate ma non hanno reso operativi tutti i posti letto accreditati dalla rispettiva regione: la motivazione principale del ritardo nell'avviamento risiede nelle criticità relative al personale. In particolare, poiché la maggior parte delle strutture hospice risulta collocata all'interno di presidi ospedalieri o di aree socio sanitarie, l'avvio e il funzionamento degli hospice è costantemente penalizzato dalle criticità relative al reperimento e alla allocazione del personale. Da numerose fonti (Coordinatori SICP, Responsabili di hospice) vengono segnalate la difficoltà secondarie al confronto competitivo e serrato con le altre Unità Operative operanti nelle strutture nelle quali nascono e operano gli hospice. Soprattutto negli hospice presenti all'interno di Presidi Ospedalieri operanti anche per malati acuti, il **40% del totale** (si veda la Fig. 4 al Capitolo 3.2.4), la priorità di assegnazione delle risorse umane da parte delle Soggetti preposti dalle Direzioni gestionali, tende a penalizzare la composizione delle équipe degli hospice che possono risultare sotto-dimensionate rispetto ai bisogni assistenziali soprattutto per ciò che riguarda i professionisti del comparto (infermieri e personale di supporto). In alternativa le strutture, pur se concluse da un punto di vista strutturale, non vengono attivate in toto o in parte. Va inoltre considerato che, allo stato attuale, non sono ben chiari ai soggetti gestori degli hospice pubblici o privati i fattori condizionanti l'equilibrio economico derivante dalla gestione corrente (si vedano i Capitoli 3.3.1-5 e 3.3.8). In assenza di standard nazionali relativi sia alle dotazioni organiche minime sia al sistema di remunerazione è difficile se non impossibile avviare un processo di Controllo di Gestione e di Contabilità analitica. **Probabilmente, nel corso del 2010, queste criticità potranno essere superate se il Ministero della Salute e la Conferenza Stato/Regioni e Province Autonome saranno in grado di applicare quanto contenuto nei commi 2, 3 e 4 dell'art. 5 della Legge 38, in riferimento agli standard di accreditamento, alle dotazioni organiche e al sistema tariffario.**
- Si confermano comunque modalità e tempistiche differenti nell'utilizzo dei finanziamenti della legge 39/99 tra una regione e l'altra. I risultati emersi nella Monografia confermano l'effetto "onda lunga" conseguente al ritardo con il quale alcune regioni hanno avviato il processo di realizzazione degli hospice e, più in generale della rete delle cure palliative.

6. Da un punto di vista **gestionale** e di **responsabilità legale** permangono le differenze interregionali nel rapporto fra hospice e posti letto gestiti rispettivamente dal pubblico, dal privato, dal Terzo Settore o a gestione mista (si vedano rispettivamente le tavole 2, 3 e 4 e le figure 1 e 2 al Capitolo 3.2.1 e la tavola 6 e la Fig. 3 al Capitolo 3.2.2). Si conferma comunque il dato della prima Monografia del 2006: tutte le regioni, ad eccezione di 2, hanno sviluppato gli hospice ed i relativi posti letto prevalentemente all'interno della rete a gestione diretta pubblica:

- Il Lazio è l'unica regione nella quale gli hospice a gestione pubblica diretta sono in numero nettamente inferiore alla somma di quelli gestiti dai privati, del Terzo Settore e a gestione mista. La differenza rispetto alle altre regioni è ancora più importante se si considera il numero di posti letto. Si tratta di **165** posti letto a gestione privata, ai quali vanno aggiunti **35** gestiti dal Terzo Settore e **40** a gestione mista, verso solo **12** posti letto a gestione pubblica diretta.
- In **Puglia**, invece, la maggior parte dei letti operativi è attualmente gestita dal Terzo Settore, nella sua accezione più ampia.
- **Basilicata**, **Campania**, **Molise** e, nel secondo semestre 2009, la **Valle d'Aosta** (in ordine decrescente per numero di strutture operanti), sono le uniche regioni che hanno attivato hospice e posti letto a sola gestione pubblica diretta, da parte del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.
- In **Lombardia**, la regione con il maggior numero di strutture e di posti letto attivi in assoluto e in relativo (rispetto ai residenti), il numero di hospice pubblici è pressoché in equilibrio con quello risultante dalla somma delle strutture gestite dal Terzo Settore e a gestione mista. Nettamente minoritari, da un punto di vista numerico, sono gli hospice a gestione privata. Se invece si considerano i posti letto, le strutture del Terzo Settore e a gestione mista superano quelle a gestione diretta pubblica, in quanto le strutture appartenenti al primo insieme sono caratterizzate da un numero di posti letto medi superiore.
- In **Emilia-Romagna** non operano hospice a gestione privata così come in **Toscana**, in **Liguria**
- In **Veneto** risulta in equilibrio il numero di posti letto gestiti dal pubblico e a gestione mista.

Probabilmente il quadro venutosi a determinare è la conseguenza del fatto che il finanziamento della Legge 39/99 era indirizzato inizialmente ai soli soggetti pubblici. Solo in una fase successiva, tramite una specifica modifica delle Legge Finanziaria, sono stati ammessi ai finanziamenti gli Enti non profit operanti nel settore delle cure palliative, rimanendo immutata l'esclusione dei Soggetti profit. Ciò ha evidentemente sconsigliato sinora l'imprenditoria sanitaria e socio-sanitaria privata ad investire in questo settore, almeno per ciò che riguardava gli impegni iniziali "in conto capitale", finalizzati alla realizzazione o ristrutturazione delle strutture (nuova edilizia o ristrutturazione). È possibile che il futuro assetto gestionale possa modificarsi, qualora diventassero positivi i margini di contribuzione economici relativi alla "gestione ordinaria", in conseguenza dell'approvazione di tariffe più remunerative di quelle attuali (si veda Capitolo 5.3.2). In particolare ciò potrebbe essere a breve il risultato dell'applicazione del comma 4 dell'art. 5 della Legge 38/2010 relativo alla "*definizione di un sistema tariffario nazionale di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative....*".

La specificità del particolare sviluppo degli hospice privati nel **Lazio** non sembra indipendente anche dal fatto che si tratta dell'unica regione a prevedere, quale requisito obbligatorio per gli Enti erogatori di cure palliative, quello di garantire l'assistenza in entrambi i set fondamentali della rete, l'hospice e il domicilio. Sino al 2009, in Lazio il rimborso tariffario per giornata di presa in carico del paziente (identico, come già detto, sia che l'assistenza fosse erogata al domicilio sia in hospice) era il più alto in Italia: **275** euro/pz/die. Dal marzo 2009 (si veda la tavola 87 al Capitolo 5.3.2.) la tariffa è stata differenziata tra hospice (**202,80** euro per giornata di degenza/pz) e domicilio (**100,33** euro per giornata di assistenza/pz, non comprensiva del rimborso per il costo dei farmaci). Poiché però, quale requisito di accreditamento per ciascun Ente erogatore è stata mantenuta l'obbligatorietà di un rapporto fisso tra il numero di pazienti "in linea" seguiti in hospice e al domicilio (1 pz in hospice verso 4 pz al domicilio), le tariffe attuali consentono in Lazio ai soggetti erogatori di cure palliative importanti economie di scala, con possibilità di raggiungimento di un equilibrio economico con margine di contribuzione positivo.

Interessante, in tal senso, è anche l'esperienza della Lombardia, regione nella quale sono state attivate due tipologie di struttura per l'assistenza residenziale di cure palliative: le prime, definite "**Hospice**" dalla

specifica normativa regionale (e ufficiosamente "Hospice socio-sanitario)", sono inserite nella **rete socio-sanitaria**, gestita dall'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale; le seconde, definite ufficialmente "**Unità di Degenza Ordinaria delle Unità Operative di Cure Palliative-UOCP"** (e ufficiosamente "Hospice sanitari"), sono inserite nella **rete sanitaria**, gestita invece dall'Assessorato alla Sanità. Le UOCP sono prevalentemente gestite direttamente dal Servizio Sanitario Regionale, sono logisticamente situate all'interno di Strutture Ospedaliere e sono considerate veri e propri reparti di degenza ordinaria a "media assistenza". In base alla specifica normativa lombarda sulle cure palliative sia i requisiti per l'accreditamento sia le tariffe sono stati differenziati tra le 2 tipologie di struttura sopra descritte (si veda la tavola 87 al Cap. 5.3.2.): gli "Hospice (socio-sanitari)" possono essere accreditati sino a 30 posti letto e necessitano di requisiti organizzativi che consentono dotazioni organiche notevolmente più ridotte, sia in termini qualitativi che quantitativi, rispetto a quelli delle UOCP. Oltretutto queste ultime possono essere accreditate solo sino a un massimo di 15 posti letto. Inoltre, nel corso degli ultimi 10 anni, sono state progressivamente ridotte le iniziali importanti differenze tra hospice e UOCP per ciò che riguarda le remunerazioni tariffarie: dal 2007 la tariffa di remunerazione per giornata di degenza/pz è rispettivamente di **225,45** euro per gli Hospice e di **253,00** euro per le UOCP. È evidente, da quanto precedentemente descritto, il perché nel corso degli anni vi sia stata in Lombardia una tendenza, da parte dei Soggetti del Terzo Settore accreditatisi come Soggetti Erogatori di cure palliative, ad impegnarsi nello sviluppo dei posti letto in "Hospice", piuttosto che in quelli definiti "letti di degenza-UOCP". Gli Enti accreditati del Terzo Settore, quando si impegnano in attività assistenziali erogative, sono comunque molto vincolati al mantenimento di un equilibrio di bilancio, essendo vere e proprie imprese sociali: è evidente che, quanto meno in Lombardia, le regole accreditative ed il sistema tariffario rendano più vantaggioso (o "meno svantaggioso" a seconda dei punti di vista) l'investimento nelle strutture socio-sanitarie rispetto a quelle della rete sanitaria, gravate da maggiori costi di gestione e da un minor numero di posti letto accreditabili. Va inoltre ricordato che, in Lombardia, le regole di accreditamento delle sole UOCP, come in Lazio, richiedono la garanzia di erogazione oltre che della degenza, di altri 3 livelli assistenziali: assistenza domiciliare, attività ambulatoriale e day hospital. Ciò non è richiesto per gli Hospice. Poiché, a differenza del Lazio, il rimborso regionale di presa in carico giornaliero di un paziente in assistenza palliativa domiciliare da parte dell'équipe UOCP è più contenuta rispetto a quella del Lazio (Lombardia: **60 euro/pz/die**, comprensivi del rimborso per la maggior parte dei farmaci erogati dalla struttura specialistica al domicilio; Lazio: **100,33 euro/pz/die** al netto del costo dei farmaci) sono evidenti le difficoltà di sviluppo e di mantenimento della qualità (e dell'equilibrio economico) nella rete delle cure palliative sanitarie, ed in particolare nei posti letto di degenza (i cosiddetti Hospice ospedalieri). Le UOCP sono in massima parte a gestione diretta pubblica. La differenziazione dei 2 sottosistemi di "Hospice" in Lombardia è un interessante esempio di come le regioni abbiano sviluppato i propri sistemi di cure palliative in modo differente, anche in assenza di precise indicazioni prescrittive relative alla definizione di differenti criteri di accesso dei malati tra gli hospice socio-sanitari e le degenze delle UOCP.

7. Da un punto di **vista logistico**, solo il **27,4%** degli hospice italiani è collocata all'interno di una Struttura "*dedicata, autonoma e logisticamente indipendente*" mentre il restante **62,6%** è situata all'interno di una struttura assistenziale che eroga anche servizi non esclusivamente rivolti ai malati in fase avanzata e terminale di malattia (si veda Fig. 4 al Capitolo 3.2.4). All'interno di questo secondo insieme si osserva che la maggior parte degli hospice è collocata all'interno di strutture ospedaliere (**46,9%)**, mentre l'**11%** in *"centri polifunzionali non ospedalieri"* e il **14,6%** in **"***strutture socio sanitarie e socio-assistenziali***".** Come già precedentemente sottolineato, nel corso dell'analisi che ha portato alla pubblicazione della prima Monografia del 2006 e dai risultati emersi dalla Ricerca Ministeriale della FCP al Capitolo 6. Conclusioni

– 2, Analisi dei risultati generali, punto 15 (www.rete-federazione-cure-palliative.org) emerge la seguente considerazione: queste differenze non sarebbero preoccupanti se non comportassero due conseguenze: 1. tendenza a considerare gli hospice collocati all'interno della rete sanitaria, ed in particolare nei Presidi Ospedalieri, come "reparti ospedalieri come gli altri" (quindi con tutte le problematiche connesse); 2. presenza di una notevole difformità negli standard assistenziali erogati a seconda della collocazione logistica e non dei bisogni degli assistiti (si vedano anche i Capitoli 3.2.1.3; 3.2.5.2; 3.3.1-8). In particolare, il punto 2 è strettamente correlato alle differenze evidenziatesi nei Capitoli 3.3.1 e 3.3.5 relativi alle dotazioni organiche e il differente rapporto numerico all'interno di ciascuna équipe fra le differenti figure professionali (*in primis* medici, psicologi, infermieri, operatori di supporto, quali operatori socio sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali) oltre alle difformità negli indici di tempistica assistenziale per malato ricoverato e la presenza del volontariato. Le differenze rilevate nella collocazione logistica delle strutture hospice sono indice anche di una diversa impostazione interregionale sul significato dell'hospice all'interno della propria rete assistenziale, rappresentando ciò una notevole criticità nell'applicazione di Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale. Una conferma è quella relativa al persistere delle limitazioni all'ingresso basate sulla patologia di base e non sul grado di avanzamento e irreversibilità della malattia: poiché molti hospice sono collocati di fatto all'interno di strutture ospedaliere e sanitarie, e in particolare sono articolazione di unità operative oncologiche, in molti hospice vengono accettati solo malati in fase avanzata di malattia tumorale. Nella sopra citata Ricerca effettuata dalla FCP, al Capitolo 6, Conclusioni, al punto 3.2 delle Analisi dei risultati dei pazienti negli hospice campionati il **96%** dei malati ricoverati era affetto da malattia oncologica.
È ipotizzabile, e soprattutto auspicabile, che l'applicazione di quanto previsto dalla Legge 38/2010, in particolare ai commi 1, 2 e 3, possa portare al superamento delle notevoli disuguaglianze derivanti dalla diversa collocazione strutturale ma anche dalla differenza funzionale della rete sanitaria e di quella extra-sanitaria (socio-sanitaria o socio-assistenziale).

8. Per ciò che riguarda il commento approfondito dei numerosi dati qualitativi raccolti durante il periodo della ricerca si rimanda all'analisi specifica dei Capitoli 3.2 e 3.3 e dei Sottocapitoli che li compongono. Sinteticamente segnalo però i seguenti passaggi salienti:

- I due modelli gestionali prevalenti sono quello a gestione diretta pubblica, nel **54,5%**, e da parte del Terzo Settore, nel **21,2%**, anche se, al 30 giugno 2009, il **17%** degli hospice era caratterizzato da una gestione "mista" pubblico/privato. Gli hospice a gestione privata erano solo il **7,3%** del totale (per l'interpretazione del dato si veda quanto segnalato al punto 6)**.** Questa situazione non si modificherà sostanzialmente nel corso dei prossimi anni (si vedano Fig. 1 e 2 al Capitolo 3.2.1).
- La Responsabilità Legale è anch'essa prevalentemente pubblica, **66.6%** dei casi, del Terzo Settore nel **25,5%** dei casi e di Enti Privati nel **7,9%** (si veda Fig. 3 Capitolo 3.2.2)
- Il numero medio di posti letto negli hospice italiani è di **11,3 p.l**. **per struttura**, con notevoli differenze fra quelli a gestione pubblica (media di **9,5 p.l**.), del Terzo Settore (**14 p.l.),** a Gestione Mista (**11,4 p.l.**) e a gestione privata (**17,3 p.l**.). Va ricordato che alcune regioni, in particolar modo la Toscana (con 5 strutture), hanno realizzato o realizzeranno strutture per malati terminali dotate di un numero di posti letto uguali od inferiori ai **5** p.l.: il totale di queste strutture, assolutamente in controtendenza rispetto alla impostazione maggioritaria a livello italiano, sarà di **10** (si veda Capitolo 3.2.3). Va ricordato che i requisiti minimi di accreditamento strutturale contenuti nell'allegato 1 al DPCM del 20 Gennaio 2000, "***Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative***", fissavano il numero massimo di posti letto per struttura a **30** ma non fissavano il numero minimo, limitandosi ad affermare che le strutture dovessero "*avere una capa-*

cità recettiva limitata" (vedi comma 1.2). Questi dati sono del tutto sovrapponibili a quelli rilevati dalla Ricerca finalizzata della Federazione Cure Palliative, più volte citata: al punto 2.5 delle Conclusioni-Analisi dei Risultati Generali si indicava che il numero medio di posti letto degli hospice che avevano partecipato allo studio era compreso fra **11** e **12**. Ricordo che la Ricerca Ministeriale affidata alla Federazione Cure Palliative aveva dimostrato che non tutte le strutture hospice dispongono di stanze singole, in quanto alcune regioni avevano interpretato estensivamente il dettame del DPCM del 20 Gennaio 2000 laddove citava al punto 1.3 dell'allegato 1 al comma A "*Ogni modulo deve essere dotato di camere singole*". Poiché il testo non affermava che "*tutte le camere del modulo dovessero essere singole*" alcune regioni si sono limitate a stabilire una percentuale minima di stanze singole per modulo di hospice.

- Per ciò che riguarda le caratteristiche dell'inserimento e dell'integrazione dell'hospice nella "rete delle cure palliative" (si veda Capitolo 3.2.5), al 30 giugno 2009 il **44,9%** degli hospice non faceva formalmente parte della rete, mentre il **55,1%** delle strutture dichiarava di operare all'interno di un sistema a rete; nello specifico il **53,6%** operava secondo quanto contenuto in atti formali stipulati all'interno delle ASL e nell'**1,4%** secondo accordi informali.
- Nel **23,9%** dei casi gli hospice facevano parte di una Unità di Cure Palliative, classificata quale Struttura Complessa, a direzione apicale. Nel **28,3%** dichiaravano invece di far parte di una Struttura Semplice. È importante notare come il modello della regione Lombardia, in considerazione dell'elevato numero di strutture attivate, abbia condizionato in misura importante questa ripartizione in base alla specifica normativa regionale, la dgr 39990, che già nel 1998 aveva programmato la istituzione di almeno una UOCP ogni 500.000 abitanti, "quale Struttura Complessa a direzione apicale". **Segnalo che la Legge 38/2010, all'art. 5, comma 4 prevede quale requisito essenziale per l'accreditamento delle strutture eroganti cure palliative la definizione di patti formali di integrazione in rete.**
- Solamente nel **18%** dei casi la struttura nella quale l'hospice è inserito eroga tutti i livelli assistenziali previsti dall'assistenza in cure palliative: 1. degenza ordinaria, 2. degenza in day-hospice o day-hospital, 3. prestazioni in regime ambulatoriale; 4. consulenza intra ospedaliera; 5. assistenza domiciliare (si veda la Fig. 5 e le Tavole 15 e 16 al Capitolo 3.2.6.2). Nel **27%** dei casi è erogata contemporaneamente l'assistenza residenziale (nella struttura) e al domicilio e nel **55%** dei casi sono assistiti i soli pazienti ricoverati nella struttura. Il cosiddetto "Modello UOCP" rappresenta quindi un modello minoritario a livello italiano ed è importante notare che la maggior parte degli hospice erogano la sola attività residenziale rendendo essenziale la stipula di "patti organizzativo/gestionali" tra i differenti soggetti erogatori al fine di sviluppare un sistema di rete.

  Nella tavola 28 del Capitolo 3.3.1, relativa al grado di integrazione fra équipe che operano rispettivamente in hospice e al domicilio, si conferma che esiste una grande variabilità nella realtà degli hospice italiani: il modello più diffuso è cararatterizzato da equipe che operano solo all'interno dell'hospice (**34%** degli hospice intervistati) mentre solo il **19%** prevede che il personale attivo a livello hospice e domiciliare sia organizzato in una unica équipe.

  Quanto riassunto nei punti e-f conferma il rischio che, in Italia, si sviluppi un sistema differenziato, ma anche in competizione, fra i soggetti erogatori di attività di cure palliative solo in hospice e quelli che lo erogano solo al domicilio. Questa criticità dello sviluppo della rete delle cure palliative italiane era già stata segnalata come potenziale sia nella primi Monografia del 2006 e sia nelle conclusioni della Ricerca della FCP.
- Per ciò che riguarda i pazienti assistiti in hospice, sono da sottolineare i seguenti dati: il **numero medio di pazienti** assistiti annualmente/hospice è stato di **153** pazienti, con evidente variabilità tra le strutture

a minor numero di p.l. e quelli a maggior capienza: negli hospice con meno di **5** p.l. **54** pz mediamente degenti annualmente; in quelli fra **21** e **30** p.l. **394** pazienti (si veda tavola 20 al Capitolo 3.2.7.1). La **durata media della degenza** è stata di **20,7** giorni per paziente (si veda Tavola 21 Capitolo 3.2.7.2), con ridotte differenze a seconda, rispettivamente, della tipologia di gestione e della regione analizzata (se si esclude l'anomalia della Sardegna con degenze medie di 7 giorni). Va segnalato che negli l'hospice con Modello gestionale UOCP, la durata media di presa in carico/paziente era di **17,4** giorni, minore rispetto a quella degli hospice a gestione residenziale (**21,9 giorni**) e a quelli residenziali+domiciliari (**20,8 giorni**). È evidente da questi risultati che, almeno per ciò che riguarda la situazione attuale, la durata di degenza media di ricovero in hospice è più vicina a quella riscontrata nei reparti di degenza ospedaliera per acuti piuttosto che a quella riscontrabile nelle strutture per pazienti cronici. Ricordo ancora che, come è risultato dalla ricerca Ministeriale della FCP, i malati in fase avanzata di malattia assistiti in hospice sono per il **96%** a eziopatogenesi oncologica, il cui decorso è tipicamente caratterizzato da un veloce peggioramento delle condizioni generali ed un exitus entro 3 mesi una volta che il paziente diventi gravemente limitato nella propria autonomia.

In riferimento alla provenienza dei malati (si veda il Capitolo 3.3.7.1) nelle Tavole 38 e 39 emerge che la maggior parte dei malati è inviata da Ospedali e Strutture sanitarie esterne alla Struttura nella quale l'hospice è collocato: **41%.** Nel **16%** i malati sono inviati da medici della Struttura sede dell'hospice (naturalmente nel caso di hospice collocati all'interno di strutture sanitarie o socio-sanitarie) e nel **18%** dei casi dai medici di medicina generale. Nel **13%** dei casi i pazienti giungono da altri set assistenziali di cure palliative e, solo nel **9%** dei casi, da auto segnalazione. Nelle Tavole 40 e 41 sono indicati i risultati relativi all'esito dei malati assistiti in hospice: **l'86%** dei malati decede in hospice e, di questi, il **33%** muore entro **7** giorni dal ricovero. Solo il **14%** è degente in hospice oltre i **30** giorni dal ricovero.

- Interessanti sono stati i risultati derivanti dagli approfondimenti organizzativo/gestionali effettuati nei **32** hospice studiati in modo analitico (si veda il Capitolo 3.3.1). Confermando i risultati sperimentali della Ricerca FCP le **3** categorie di professionisti sempre presenti in hospice, sono il **medico**, l'**infermiere** e l'**operatore assistenziale** (Operatore Socio Sanitario, Operatore Tecnico Ausiliario etc). Le figure professionali che però possono operare in hospice sono più numerose, con una notevole differenziazione dell'équipe fra i diversi hospice (si veda Tavola 27 al Capitolo 3.3.1): oltre ai 3 sopra citati i professionisti più frequentemente presenti sono gli Psicologi **(94%)** ed Fisioterapisti **(72%)** e gli Assistenti sociali **(53%).** Interessante è segnalare il **100%** di una figura spesso rappresentata da un sacerdote, definito nella ricerca "assistente spirituale". Significativa è anche la presenza di operatori della variegata area delle cosiddette medicine complementari (musicoterapia, reflesso terapie etc), risultati presenti nel **34%** dei casi.

  Inoltre, in riferimento al **numero di operatori per posto letto**, importante standard organizzativo, si sono ottenuti i seguenti risultati medi (si veda Tavola 26): **1** medico ogni **5,3** posti letto; **1** infermiere ogni **1,6** p.l.; **1** operatore assistenziale-OA ogni **1,7** p.l.. È interessante notare le differenze di standard a seconda del modello di gestione: in particolare, negli hospice a gestione privata vi è un maggior numero di operatori assistenziali (**1** OA ogni **2.6** p.l.). Le strutture a gestione pubblica sono quelle invece con il maggior numero di medici ogni p.l.: **6,1**. Anche in questo caso è ipotizzabile che queste differenze, possano essere superate dando applicazione a quanto indicato all'art. 5 comma 3 della Legge 38/2010 approvato proprio per permettere di superare differenze dovute all'assenza di uno standard nazionale.
  Le differenze organizzativo/gestionali tra gli hospice erano già emerse trasversalmente a tutta la Ricerca FCP ma sono state nuovamente evidenziate, in modo più approfondito, nel Capitolo 3.3.5, relativo proprio alla Gestione organizzativa del personale dell'equipe. In questa sezione sono stati riportati alcuni

dati qualitativi in relazione, ad esempio, al grado di formalizzazione dei criteri per gestire l'organizzazione del personale, alla frequenza con la quale avvengono i briefing e le riunioni di équipe, alla gestione del supporto psico-emotivo dei suoi componenti. In particolare, solamente nel **63%** degli hospice i briefing di coordinamento del personale turnista avvengono giornalmente e solo nel **44%** le riunioni multidisciplinari di équipe si tengono settimanalmente. Questi dati devono far riflettere se si pensa al concetto centrale della "continuità" da parte di una équipe di cure palliative da tutti ritenuto fondamentale per garantire un elevato livello qualitativo nel percorso assistenziale tipico di questa modalità di relazione "curativa". Notevoli differenze sono inoltre emerse per ciò che riguarda la "supervisione psicologica all'equipe": nella Tavola 36 è possibile osservare come, di fronte ad uno stesso problema organizzativo/gestionale, fondamentale in un'area ad elevato rischio di distress e burn-out degli operatori, le risposte risultino non rispondere ad un unico standard omogeneo: solo nel **50%** dei casi risulta istituito un *team* di supervisione psicologica della équipe.

Interessanti sono anche i risultati espressi nel Capitolo 3.3.2 relativo agli indicatori di intensità assistenziale erogata in hospice. La quasi totalità degli hospice garantisce la presenza giornaliera, 365 giorni l'anno di tutte e tre le figure professionali sopra indicate nell'arco delle 24 ore, seppur con differenti modalità organizzative. Come già era emerso in tutta la sua evidenza nella ricerca della FCP, l'analisi dei dati contenuti nella Tavola 30 dimostra come, in generale, secondo quanto dichiarato dagli hospice campionati, il minutaggio di assistenza giornaliera garantito da parte delle singole figure professionali sia mediamente superiore a quanto previsto dal documento degli Standard elaborato ed approvato dalla Commissione LEA il 30 maggio 2007. È evidente comunque, anche in questo caso, la notevole differenza fra le quattro modalità gestionali basali, in assenza di standard minimi di riferimento, fissati per legge.

Un aspetto importante nel superamento delle problematiche psicologiche e nel senso di inadeguatezza rispetto all'attività di cure palliative in hospice, oltre che garanzia di qualità assistenziale, è sicuramente rapresentato **dall'intervento formativo continuo** sul personale. Come emerge nelle figure e nelle Tavole del Capitolo 3.2.9, in particolare dalla figura 7, vi è stato un miglioramento rispetto a quanto rilevato nel 2006. Nella tavola 24 è indicato come sia incrementata, ad esempio, la percentuale di operatori che ricevono una formazione compresa fra le **31** e le **50** ore annue, che ha raggiunto il **27%.** Un **16%** degli operatori riceve oltre **50** ore **annue di formazione**. Incredibilmente però non vi è stata crescita negli hospice a gestione pubblica ed in quelli a gestione privata, essendo stata rilevata solo negli hospice gestiti dal Terzo Settore oppure in quelli a gestione mista. Naturalmente, in assenza di piani nazionali e regionali ed in attesa dell'applicazione dell'art. 8 della Legge 38, è stato inevitabile che le modalità formative e le tipologie dei docenti siano risultati molto differenziati fra le strutture, trattandosi di attività sviluppatesi con logica *bottom up*.

- Per ciò che riguarda la rilevazione della Qualità in hospice (si veda il Capitolo 3.3.6), i dati espressi nella Tavola 37 indicano che, in tutti i principali settori indagati, l'attività di rilevazione è soddisfacente, ancorchè migliorabile, soprattutto nei settori della "valutazione della qualità percepita dai famigliari" (rilevata solo nel **69%** dei casi) e della "soddisfazione lavorativa del personale" **(69%)**.

  Ancora insoddisfacente è invece il grado di formalizzazione e condivisione delle modalità di presa in carico dei pazienti e della gestione delle prestazioni e delle attività di assistenza (si vedano i Capitoli 3.3.3 e 3.3.4), sia per ciò che riguarda lo sviluppo e l'approvazione di procedure formali all'interno dell'hospice sia per ciò che si riferisce ad aspetti operativi, quali l'ammissione del paziente. Ad esempio, anche in considerazione della bassa aspettativa di vita dei malati ricoverati (**20,7** gg la durata media di degenza), risulta ancora troppo lungo il tempo medio che intercorre tra la richiesta e l'effettivo ricovero:

5 giorni (si veda la Tavola 32). Per ciò che riguarda le procedure formali è significativo segnalare che le procedure di controllo del dolore e degli altri sintomi non sono formalizzate nella totalità degli hospice (si veda la Tavola 33). Del resto si tratta di un bias presente nella maggior parte delle strutture sanitarie e socio sanitarie italiane, frequentemente rilevato dagli Enti certificatori della Qualità (ad es. Joint Commission International).

Un aspetto particolare è quello relativo alle attività di Supporto al lutto (si veda il Capitolo 3.2.8), anch'esso indice di qualità assistenziale: nelle Tavole 22 e 23 è chiaramente evidenziato che la maggior parte degli hospice **(91%)** garantisce questa specifica attività di supporto ai famigliari, seppur con modalità differenti.

- Caratteristica degli hospice è la forte integrazione con le Organizzazioni di volontariato operanti nella rete delle cure palliative. Nel Capitolo 3.2.1. alla Tavola 5 emerge un dato fondamentale già verificato nel Paragrafo 4 delle Conclusioni della Ricerca Ministeriale effettuata dalla FCP (si veda: www.rete-federazione-cure-palliative.org): l'**81,2%** degli hospice può contare sul supporto di una o più Organizzazzioni di volontariato.
- Particolarmente utili sono stati gli approfondimenti relativi all'analisi degli aspetti economici contenuti nel Capitolo 3.3.8. All'art. 5, comma 4 della Legge 38/2010 si dà indicazione di identificare entro 3 mesi dalla approvazione della normativa nazionale un "*sistema tariffario di riferimento per la attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore, alfine di permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza*". Come emerge chiaramente dalla Tavola 42 e 43, il **costo medio per giornata di assistenza** varia notevolmente fra una regione e l'altra, fra i 4 modelli gestionali e fra le 3 tipologie organizzative. Il costo medio per giornata per tutte le strutture considerata risulta essere di **297 euro/paziente,** con un massimo per le strutture pubbliche (**310** euro) e un minimo per le strutture gestire dal Terzo Settore (**282** euro). Il costo massimo (**318 euro/pz/die**) è quello relativo alle strutture pubbliche a modello UCP. Tali dati sono pressoché sovrapponibili a quelli emersi dalla Ricerca della Federazione Cure Palliative, rafforzandone la validità reciproca e dando così essenziali informazioni utili per le programmazioni nazionali e regionali.

  Nella Tavola 45 risulta evidente che per i Soggetti erogatori di assistenza in hospice, la quota più consistente dei costi (**l'85%**) trova copertura da parte dei rimborsi forniti dal Servizio Sanitario Nazionale, anche per gli hospice gestiti dal Terzo Settore (**65,6%**) o a gestione mista (**89,4%**).

  Nei costi di gestione il **67%** del totale, la quota più importante, è ascrivibile al Costo del personale assistenziale (vedi Tavola 44). Si conferma il dato emerso dalla Ricerca FCP che i costi relativi al personale risultano inferiori per gli hospice gestiti dal Terzo Settore.

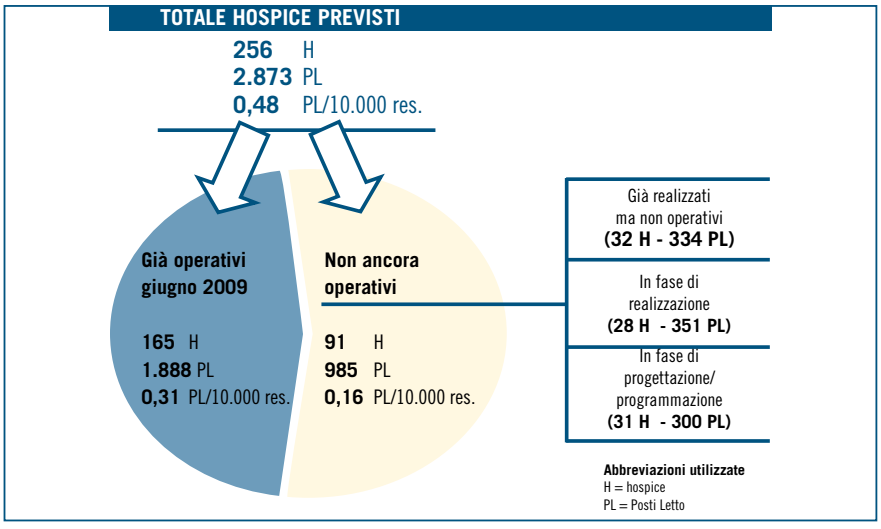
  È evidente che nella definizione delle tariffe di riferimento nazionali e regionali si debba tenere presente questo importante e recentissimo dato di analisi in quanto, dalla Tavola 46 è evidente che ben il **48%** degli hospice studiati ha dichiarato di non aver raggiunto il pareggio di gestione economica.

I RISULTATI DELLA RICERCA
A LIVELLO NAZIONALE

3.1 STATO DI ATTUAZIONE DEGLI HOSPICE E PREVISIONI FUTURE

A giugno 2009 gli hospice[1] operativi risultano 165, per un totale di 1.888 posti letto (pari a 0,31 posti letto ogni 10.000 abitanti)[2].
I suddetti 165 hospice operativi costituiscono una parte dei 256 hospice complessivamente previsti dalla programmazione delle regioni italiane[3], per un totale di 2.873 posti letto (pari a 0,48 posti letto ogni 10.000 abitanti).
Dei rimanenti 91 hospice previsti ma non ancora operativi, a giugno 2009 ne risultano 32 già realizzati, 28 in fase di realizzazione e 31 in fase di progettazione o di programmazione.

Figura 1 - Stato di attuazione degli hospice previsti dalla programmazione regionale in Italia (giugno 2009)



[1] Nella presente pubblicazione sono stati considerati come "hospice" solo le strutture residenziali di Cure Palliative che rispettano i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal DPCM del 20 gennaio 2000, comprese le strutture per le quali è in corso - oppure è previsto - l'adeguamento. In particolare non sono state considerate le strutture che, pur operando nell'ambito delle Cure Palliative, non hanno tutte le caratteristiche attese per un hospice, come ad esempio i Centri che operano solo a livello domiciliare oppure le Unità Operative che hanno attivato solo alcuni posti letto per pazienti non guaribili all'interno delle Unità Organizzative di degenza. In ogni caso, sono state considerate tutte le strutture finanziate dal Ministero della Salute, ex Legge n. 39/99, al fine di poter verificare l'effettivo utilizzo delle risorse pubbliche stanziate.
[2] Lo standard di riferimento indicato dalla SICP prevede almeno 0,6 posto letto in hospice ogni 10.000 abitanti.
[3] Un importante risultato della ricerca è stato l'aggiornamento del numero totale di hospice previsti in Italia di cui si ha notizia da fonti ufficiali e ufficiose – compresi i 182 progetti finanziati ex Legge n. 39/99 – e la verifica del loro stato di attuazione. Tale verifica è avvenuta attraverso l'analisi delle comunicazioni pervenute dagli Assessorati Regionali (sanità, salute, politiche sociali), dai documenti di programmazione sanitaria reperiti sui siti delle regioni, dalle auto-dichiarazioni riportate sui questionari e dai contatti telefonici diretti con le strutture, nonchè dal prezioso contributo di verifica documentale e sul campo svolto dai coordinatori regionali della SICP.

Confrontando i dati del 2009 con quelli del 2006 relativi alla precedente pubblicazione, è possibile osservare come si sia modificato nel tempo lo stato di attuazione degli hospice previsti (cfr. Tabella 1). In particolare dal 2006 al 2009 si può notare che:

- gli hospice operativi sono aumentati da 105 a 165 unità;
- i posti letto di degenza negli hospice operativi sono aumentati da 1.229 a 1.888 unità, che corrisponde ad un incremento da 0,21 a 0,31 posti letto per 10.000 abitanti;
- il totale degli hospice previsti – considerando tutti quelli operativi, in fase di realizzazione, di progettazione e programmati per il futuro – sono aumentati da 243 a 256 unità;
- il numero totale dei posti letto previsti è aumentato da 2.736 a 2.873 unità, pari a 0,48 posti letto per 10.000 abitanti.

Tabella 1 - Hospice e posti letto in Italia, per stato di attività (confronto dati 2006 e 2009)

Stato di attività degli Hospice	Situazione a dicembre 2006 presentata nella 1° pubblicazione			Nuova situazione aggiornata a giugno 2009		
	Strutture	Posti letto	PL / 10.000 ab.	Strutture	Posti letto	PL / 10.000 ab.
Già operativi	105	1.229	0,21	165	1.888	0,31
Già realizzati ma non operativi	32	319	0,05	32	334	0,05
In fase di realizzazione	64	750	0,13	28	351	0,06
In fase di progetto/programma	42	438	0,07	31	300	0,05
TOTALE HOSPICE PREVISTI	**243**	**2.736**	**0,47**	**256**	**2.873**	**0,48**

Per quanto riguarda le previsioni future (cfr. Tabella 2), i dati raccolti consentono di stimare che entro la fine del 2010 potrebbero diventare operativi 229 hospice dei 256 previsti in base alle programmazioni regionali – ovvero 64 hospice in più rispetto ai 165 già operativi a giugno 2009 – per un totale di 2.615 posti letto (pari a 0,44 posti letto ogni 10.000 abitanti). I rimanenti 27 hospice previsti dovrebbero invece diventare operativi solo dopo il 2010[4].

Tabella 2 - Previsioni future sullo stato di attuazione degli Hospice (dal 2009 al 2010)

	Previsioni future sullo stato di attuazione degli Hospice	Previsioni a giugno 2009		
		Strutture	Posti letto	PL / 10.000 ab.
(a)	Già operativi a giugno 2009	165	1.888	0,31
(b)	Probabile attivazione nel 2009-2010	64	727	0,12
(a)+(b)	**TOTALE HOSPICE CHE POTREBBERO ESSERE OPERATIVI A FINE 2010**	**229**	**2.615**	**0,44**
(c)	Probabile attivazione dopo il 2010	27	258	0,04
(a)+(b)+(c)	**TOTALE HOSPICE PREVISTI**	**256**	**2.873**	**0,48**

[4] Nel questionario utilizzato per la rilevazione 2009 è stata inserita un'apposita domanda in cui, per tutti gli hospice non ancora operativi, in fase di realizzazione o programmati per il futuro, è stato richiesto di indicare l'anno di attivazione previsto. È altresì evidente che le ipotesi di presunta attivazione, caratterizzate da un intrinseco grado di incertezza e soggettività, potrebbero risultare non sempre confermate per tutte le strutture, soprattutto per i casi in cui si riferiscono ad un arco temporale superiore ai 2 anni.

Confrontando le previsioni che erano state elaborate nel 2006 con i dati aggiornati al 2009, è possibile verificare in che misura siano state effettivamente confermate le ipotesi dichiarate 3 anni fa dai responsabili delle strutture in merito ai tempi di realizzazione e di attivazione degli hospice allora non ancora operativi. Commentando i dati illustrati nella Tabella 3, si può osservare che:

- dei 59 nuovi hospice che sono stati attivati nel periodo tra il 2007 ed il 2009, in 50 casi l'attivazione era stata prevista correttamente, mentre in 9 casi si tratta di hospice aggiunti in base alle nuove programmazioni regionali, di cui nel 2006 non si aveva notizia;
- dei 64 hospice per i quali è prevista l'attivazione nel prossimo biennio 2009-2010, in 45 casi era stata già prevista nel 2006 l'attivazione entro il 2008 (previsione che dunque non si è realizzata), in 10 casi era prevista dopo il 2008. Gli altri 10 casi corrispondono a nuovi hospice programmati di cui nel 2006 non si aveva notizia;
- infine, rispetto alla precedente pubblicazione, nel 2009 sono stati:
  - eliminati complessivamente 13 hospice che nel 2006 risultavano inseriti nella programmazione regionale, 3 perché risultano attualmente strutture senza i requisiti di hospice, 4 perché sono state delocalizzate (ovvero i finanziamenti sono stati destinati ad altre nuove strutture programmate o a nuovi posti letto in strutture già operative/programmate) e 6 perché risultano strutture eliminate dalle programmazioni regionali;
  - aggiunti complessivamente 25 nuovi hospice previsti in base alle nuove programmazioni regionali, di cui 11 già operativi a giugno 2009, 10 per i quali si prevede l'attivazione nel biennio 2009-10 e 4 che verosimilmente verranno attivati solo dopo il 2010.

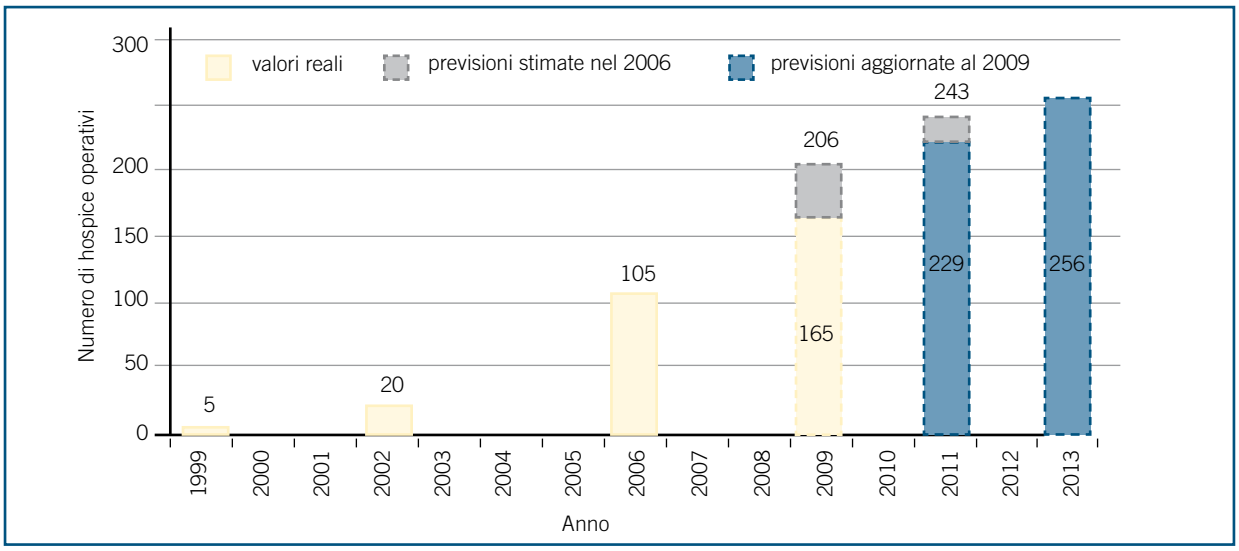
Tabella 3 - Confronto tra previsioni di attivazione degli Hospice nel 2006 e nel 2009

			Vecchie previsioni di dicembre 2006			
Hospice operativi a giugno 2009		**Totale**	**Già operativi a dicembre 2006**	**Probabile attivazione nel 2007-08**	**Probabile attivazione dopo il 2008**	**Nuovi hospice aggiunti nel 2009, in base alla nuova programmazione**
(a)	**Già operativi a inizio 2007**	**106**	**104**			**2**
(b)	**Attivati nel periodo 2007-09**	**59**		**49**	**1**	**9**
(1)=(a)+(b)	**TOTALE HOSPICE OPERATIVI A GIUGNO 2009**	**165**	**104**	**49**	**1**	**11**
Hospice non ancora operativi a giugno 2009 (previsti per il futuro)		**Totale**	**Già operativi a dicembre 2006**	**Probabile attivazione nel 2007-08**	**Probabile attivazione dopo il 2008**	**Nuovi hospice aggiunti nel 2009, in base alla nuova programmazione**
(d)	**Probabile attivazione nel biennio 2009-2010**	**64**		**45**	**10**	**9**
(e)	**Probabile attivazione dopo il 2010**	**27**		**2**	**19**	**6**
(2)=(d)+(e)	**TOTALE NUOVI HOSPICE PREVISTI PER IL FUTURO**	**91**		**47**	**29**	**15**
(3)=(1)+(2)	**TOTALE HOSPICE (OPERATIVI + NUOVI PREVISTI)**	**256**	**104**	**96**	**30**	**26**
Hospice eliminati Rispetto alla 1° pubblicazione		**Totale**	**Già operativi a dicembre 2006**	**Probabile attivazione nel 2007-08**	**Probabile attivazione dopo il 2008**	
(f)	**Strutture operative a giugno 2009, senza i requisiti di hospice**	**3**	**1**	**2**		
(g)	**Strutture delocalizzate**	**4**			**4**	
(h)	**Strutture eliminate dalla programmazione regionale**	**6**		**3**	**3**	
(f)+(g)+(h)	**TOTALE HOSPICE ELIMINATI**	**13**	**1**	**5**	**7**	

Nel complesso la quota di previsioni fatte nel 2006 che si sono confermate corrette nel 2009 è di poco superiore al 50%.

La seguente Figura 2 permette di evidenziare il forte incremento del numero di hospice che sono stati via via attivati nel corso degli anni, il cui numero è passato dai 5 hospice operativi nel 1999 ai 165 del giugno 2009. Si evidenzia tuttavia che questo dato reale di 165 hospice attivi risulta inferiore di 41 unità alle 206 strutture che avrebbero dovuto essere operative nel 2009, in base alle previsioni del 2006 formulate grazie alle dichiarazioni dei responsabili allora intervistati. Un'analoga diminuzione dell'incremento di strutture di cui nel 2006 era prevista l'attivazione, è stata rilevata anche con riferimento all'anno 2011 (243 hospice operativi previsti durante la prima rilevazione contro 229 previsti attualmente).

Figura 2 - Incremento del numero di hospice operativi nel tempo (dati reali dal 1999 al 2009 e previsioni stimate fino al 2013, in base all'attuale programmazione regionale)



Focus sugli hospice finanziati ex Legge n. 39/99

A distanza di circa 10 anni dall'approvazione della Legge n. 39/99 tramite cui, come è noto, negli anni dal 1999 al 2002 Il Ministero della Salute (DM del 28 settembre 1999 e del 5 settembre 2001) ha assegnato alle regioni italiane circa 206,6 milioni di euro da destinare alla realizzazione di strutture residenziali di Cure Palliative, tali strutture non risultano ancora totalmente realizzate ed operative.

Dalla precedente verifica effettuata con i funzionari del Ministero della Salute nel 2006, erano risultati ammessi al finanziamento 188 progetti per la realizzazione di hospice, per un totale di 2.054 posti letto (in media 10,9 posti letto per ogni hospice). In sintesi, lo Stato aveva messo a disposizione delle regioni in media oltre 1 milione di euro per realizzare ciascun hospice, e più precisamente 100.584 euro per ogni posto letto. Di questi 188 hospice finanziati, sempre nel 2006 ne erano risultati operativi 62, ovvero il 33% del totale.

Sulla base degli ultimi aggiornamenti relativi all'indagine 2009[5], dei 256 hospice complessivamente previsti nella programmazione delle regioni, risultano 182 gli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 per un totale di 2.054 posti letto (6 hospice in meno e 57 posti letto in meno rispetto al 2006).

Più in dettaglio tali differenze riscontrate nel 2009 rispetto al 2006, sono dovute ai seguenti motivi:

[5] Nel 2009 la verifica di quali strutture risultino finanziate ex Legge 39/99 è avvenuta sia attraverso la raccolta delle informazioni tramite i questionari, sia tramite ulteriori verifiche telefoniche effettuate con i responsabili gestionali ed amministrativi degli hospice, in particolare per quelle strutture dove sono risultati dati discordanti rispetto a quelli disponibili in precedenza e per i 26 nuovi hospice aggiunti nel 2009 in base alle nuove programmazioni regionali.

- *175 hospice che risultavano finanziati nel 2006, sono stati confermati come finanziati anche nel 2009;*
- *10 hospice che risultavano finanziati nel 2006, sono risultati non più finanziati nel 2009 (5 perché delocalizzati e sostituiti da altre nuove strutture programmate, 5 perché eliminati dalla programmazione regionale);*
- *3 hospice che risultavano finanziati nel 2006, nel 2009 sono risultati essere strutture operative senza i requisiti di hospice ex DPCM 20/01/2000;*
- *8 nuovi hospice sono stati inseriti ex novo nelle programmazioni regionali e, dall'indagine del 2009, risulterebbe che la loro realizzazione/ristrutturazione verrà finanziata con i fondi ex Legge 39/99, utilizzando dunque risorse precedentemente destinate ad altre strutture non più previste.*

La ricerca del 2009 ha inoltre permesso di verificare lo stato di attuazione dei 182 hospice finanziati ex Legge n. 39/99, dettagliando la situazione a giugno 2009 e le previsioni per gli anni successivi (cfr. Tabella 4):

- *a giugno 2009 risultano operativi 109 hospice dei 182 finanziati (pari al 60,0%) per un totale di 1.159 posti letto sui 2.054 finanziati (pari al 56%);*
- *entro la fine del 2010 potrebbero diventare operative altre 55 strutture finanziate per ulteriori 600 posti letto, per cui saranno presumibilmente operativi 164 hospice sui 182 finanziati (pari al 90%) e 1.759 posti letto sui 2.054 finanziati (pari all'86%).*

Si evidenzia inoltre che il numero complessivo dei posti letto di degenza dichiarati nei questionari pervenuti dagli hospice finanziati è risultato pari a 1.944 unità, dunque inferiore di 110 unità rispetto ai 2.054 posti letto che risultano finanziati ex Legge 39/99. Sulla base delle informazioni ottenute durante le successive verifiche effettuate telefonicamente con i referenti delle strutture, è emerso che tali differenze possono dipendere da vari fattori: in alcuni casi dal fatto che una parte dei posti letto previsti deve essere ancora attivata all'interno di strutture già operative, in altri casi dal fatto che una parte dei posti letto originariamente previsti per la degenza in cure palliative sono stati in effetti destinati ad altri scopi, ad esempio per esigenze di altri reparti di degenza che non operano nell'ambito delle cure palliative.

Tabella 4 - Previsioni future sullo stato di attuazione degli Hospice finanziati ex Legge n. 39/99

Previsioni future sullo stato di attuazione degli Hospice finanziati ex Legge n. 39/99		Dati aggiornati a giugno 2009	
		Strutture finanziate ex L.39/99	Posti letto finanziati ex L.39/99
(a)	Già operativi a giugno 2009	**109**	**1.159**
(b)	Probabile attivazione nel 2009-2010	**55**	**600**
(a)+(b)	TOTALE HOSPICE FINANZIATI CHE POTREBBERO ESSERE OPERATIVI A FINE 2010	**164**	**1.759**
(c)	Probabile attivazione dopo il 2010	**18**	**185**
(a)+(b)+(c)	**TOTALE HOSPICE FINANZIATI**	**182**	**1.944**

Più in particolare, la seguente Tabella 5 illustra l'attuale stato di realizzazione degli hospice finanziati, sempre aggiornata a giugno 2009.

Tabella 5 - Stato di realizzazione degli Hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (giugno 2009)

Stato di realizzazione degli Hospice finanziati ex n. Legge 39/99	Dati aggiornati a giugno 2009	
	Strutture finanziate ex L.39/99	Posti letto finanziati ex L.39/99
Già operativi a giugno 2009	**109**	**1.159**
Già realizzati ma non operativi	**29**	**273**
In fase di realizzazione	**26**	**327**
In fase di progetto/programma	**18**	**185**
TOTALE HOSPICE FINANZIATI	**182**	**1.944**

Anche nel 2009 sono risultate differenze significative a livello regionale per quanto riguarda la programmazione e lo stato di attuazione degli hospice e dei posti letto, differenze che verosimilmente si confermeranno anche per i prossimi anni, soprattutto in virtù delle specificità dei vari Programmi Sanitari Regionali ed in particolare, laddove esistono, dei programmi per la realizzazione delle reti regionali di cure palliative e di assistenza ai malati inguaribili.

In particolare la seguente Figura 3 illustra la precedente distribuzione regionale degli hospice operativi a dicembre 2006 e le previsioni delle strutture che si sarebbero dovute attivare negli anni successivi; la Figura 4 e la Tabella 6 illustrano la distribuzione regionale degli hospice operativi aggiornata a giugno 2009 e le previsioni per le attivazioni nei prossimi anni; la Figura 5 e la Figura 6 mostrano graficamente lo stato di attuazione delle programmazioni regionali a giugno 2009 e le previsioni a fine 2010, in termini di posti letto attivati sul totale dei programmati, con dettaglio a livello provinciale; infine la Figura 7 e la Figura 8 mettono in evidenza la disponibilità di posti letto in hospice in rapporto alla popolazione, sempre a livello provinciale.

Figura 3 - Mappa degli hospice italiani operativi a dicembre 2006 e previsioni future

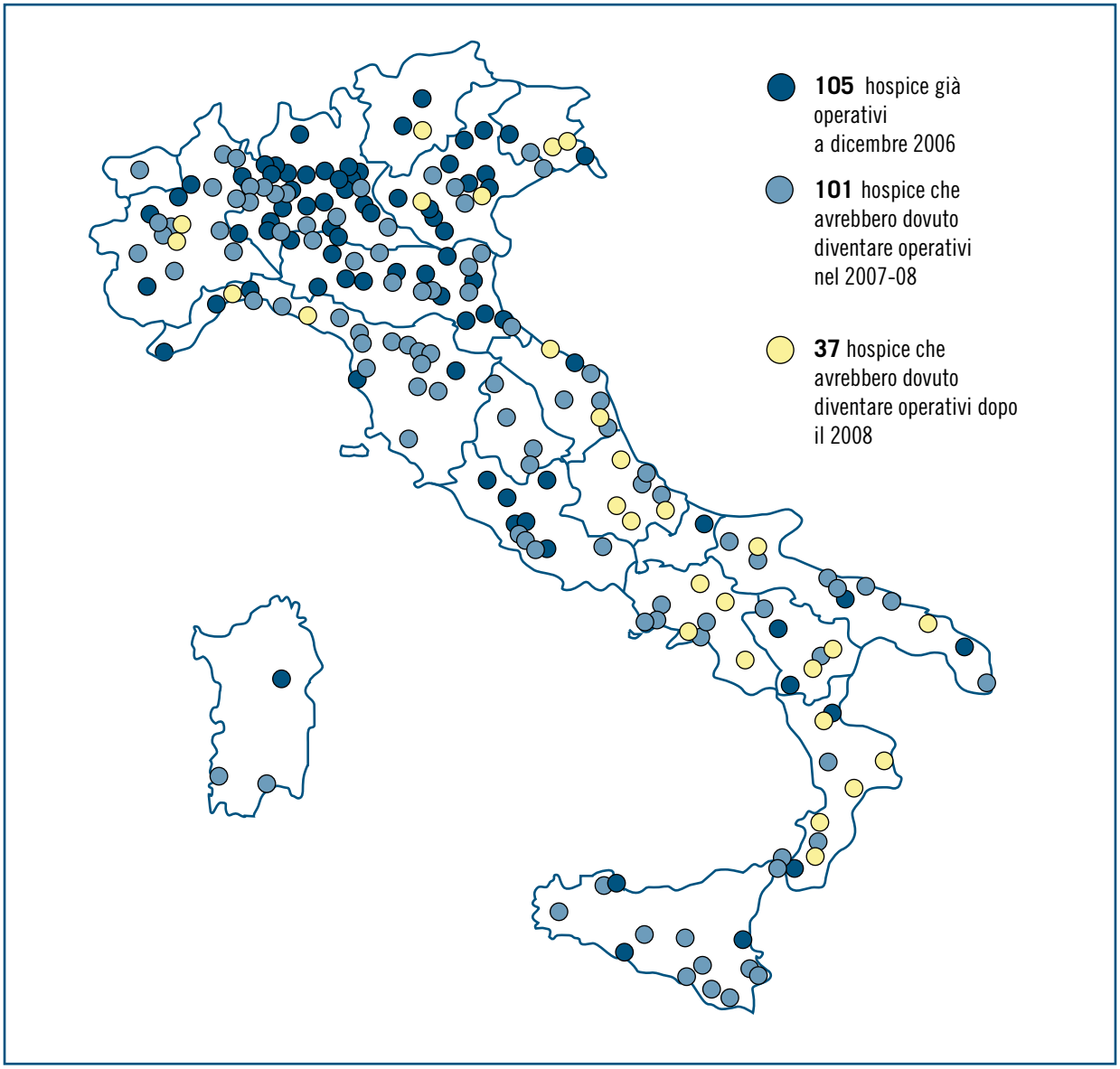
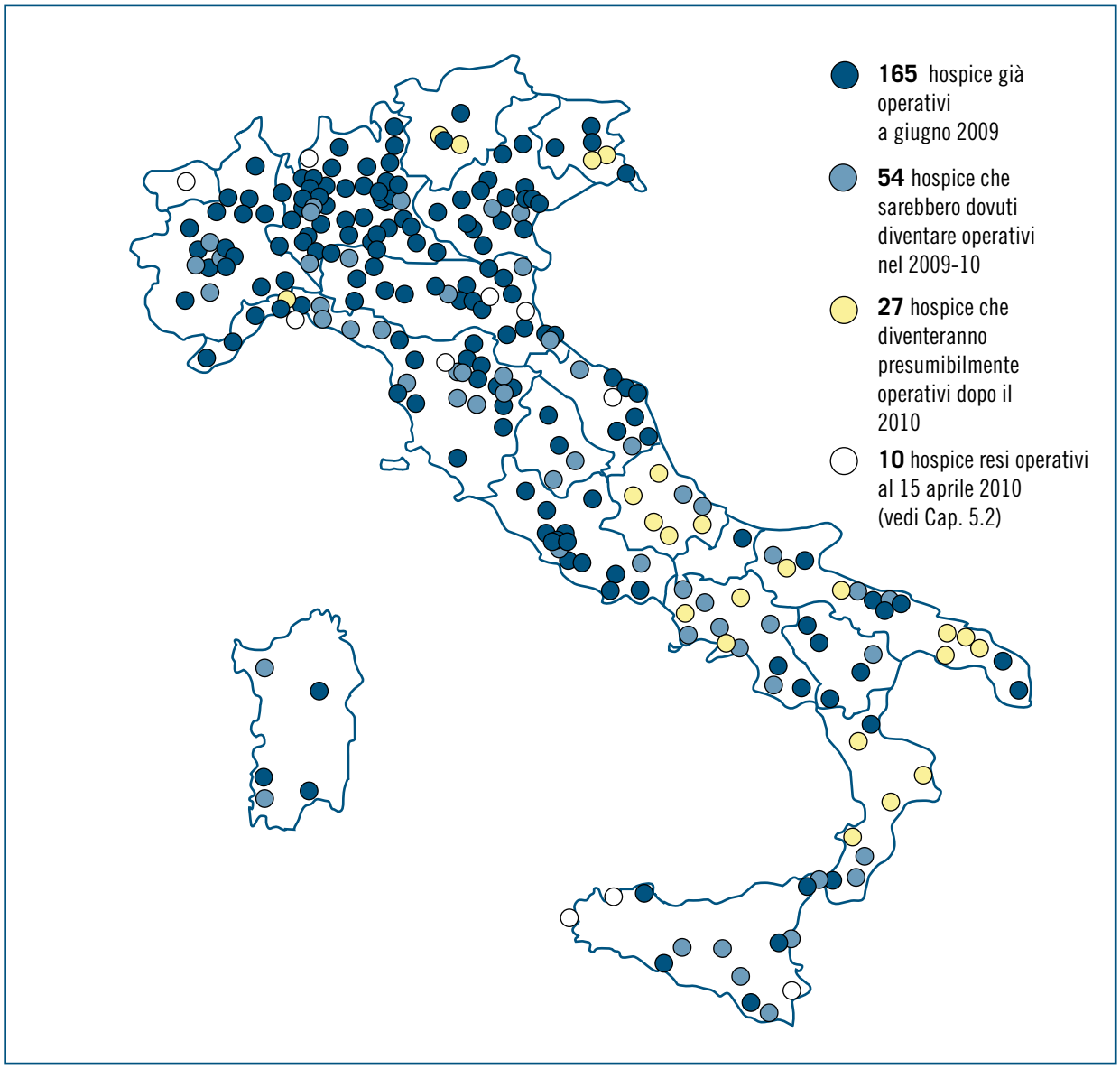


Figura 4 - Mappa degli hospice italiani operativi a giugno 2009, ad aprile 2010 e previsioni future



Hospice attivati tra il 30 giugno 2009 e il 15 aprile 2010

Nel 2010 è stato inaugurato l'Hospice "Benedetta Corelli Grappadelli" con 10 p.l. c/o P.O. di Lugo (ASL RA)
In data 11/02/2010 è stato inaugurato ed è attualmente operativo l'Hospice "Villa Agnesina" di Faenza con disponibilità di 15 p.l.
A Novembre 2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo l'Hospice di Albaro, gestito dall' Associazione Gigi Ghirotti.
A Novembre 2009 è stato attivato l'Hospice c/o l'Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi–A.O.Fondazione Macchi - Varese.
Il 24/09/2009 l'Hospice di Montegranaro in provincia di Fermo (codice 211) è diventato operativo
Il 26/08/2009 è stato inaugurato e reso operativo con 10 p.l. sui 20 p.l. previsti l'Hospice del Presidio Ospedaliero Pisani della AUSL 6 di Palermo
Il 6/10/2009 è stato inaugurato ed è attualmente operativo con 8 p.l. l'Hospice dell'A.O. Umbero I di Siracusa
L'11/1/2010 è stato attivato con 10 p.l. l'Hospice dell'AUSL 9 di Trapani
Nel Febbraio 2010 è stato attivato con 10 posti letto l'Hospice presso Ospedale S.Giovanni di Dio, Torregalli, Firenzse
A dicembre 2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo con 7 p.l. l'Hospice Beauregard della Valle D'Aosta, Aosta

Tabella 6 - Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e che saranno presumibilmente operativi entro la fine del 2010, per regione

regione	Hospice già operativi a giugno 2009			Hospice che saranno presumibilmente operativi a fine 2010			Popolazione residente
	Strutture	Posti Letto	PL / 10.000 res.	Strutture	Posti Letto	PL / 10.000 res.	Fonte ISTAT 1 gennaio '09
Abruzzo			-	2	20	0,15	1.334.675
Basilicata	4	44	0,75	5	51	0,86	590.601
Calabria	2	18	0,09	4	48	0,24	2.008.709
Campania	2	18	0,03	9	111	0,19	5.812.962
Emilia-Romagna	18	216	0,50	24	288	0,66	4.337.979
Friuli Venezia Giulia	4	52	0,42	4	52	0,42	1.230.936
Lazio	15	252	0,45	17	295	0,52	5.626.710
Liguria	5	52	0,32	7	82	0,51	1.615.064
Lombardia	51	610	0,62	57	678	0,70	9.742.676
Marche	5	42	0,27	8	76	0,48	1.569.578
Molise	1	16	0,50	1	16	0,50	320.795
Piemonte	11	114	0,26	16	166	0,37	4.432.571
Puglia	6	96	0,24	9	132	0,32	4.079.702
Sardegna	3	33	0,20	5	58	0,35	1.671.001
Sicilia	5	51	0,10	14	157	0,31	5.037.799
Toscana	12	86	0,23	21	139	0,37	3.707.818
Trentino Alto Adige	2	18	0,18	2	18	0,18	1.018.657
Umbria	2	19	0,21	4	34	0,38	894.222
Valle d'Aosta			-	1	7	0,55	127.065
Veneto	17	151	0,31	19	164	0,34	4.885.548
Totale Italia	**165**	**1.888**	**0,31**	**229**	**2.592**	**0,43**	**60.045.068**

Sintesi nazionale relativa al grado di attuazione degli hospice previsti nell'ambito delle varie programmazioni regionali

Situazione a giugno 2009

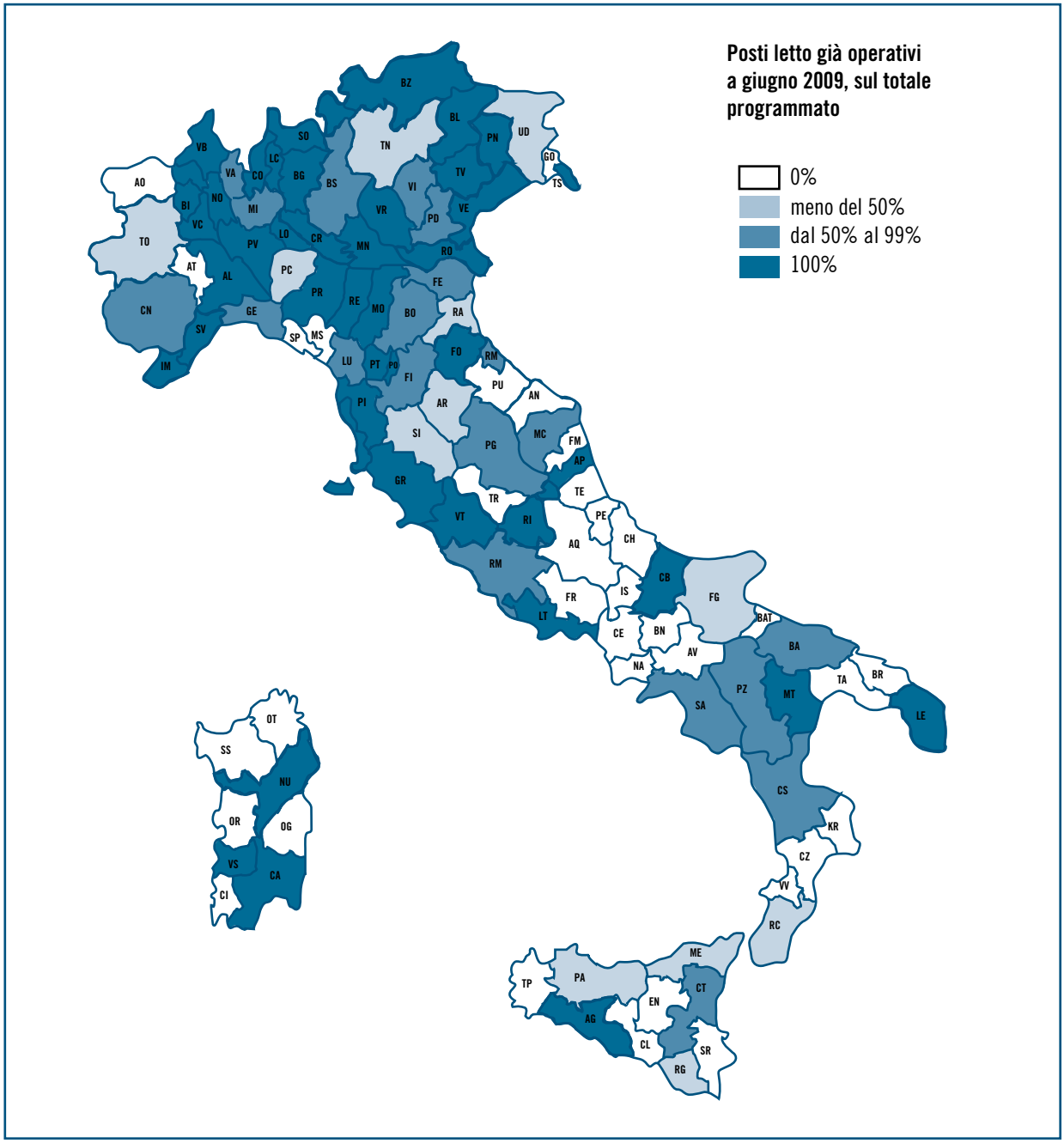
- 1.888 posti letto di degenza realizzati su 2.873 programmati (pari al 67,0%);
- 165 hospice realizzati su 256 programmati (pari al 64,6%);
- 0,31 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Previsione a fine 2010

- 2.592 posti letto di degenza realizzati su 2.873 programmati (pari al 92%);
- 229 hospice realizzati su 256 programmati (pari al 90,2%);
- 0,43 posti letto ogni 10.000 abitanti.

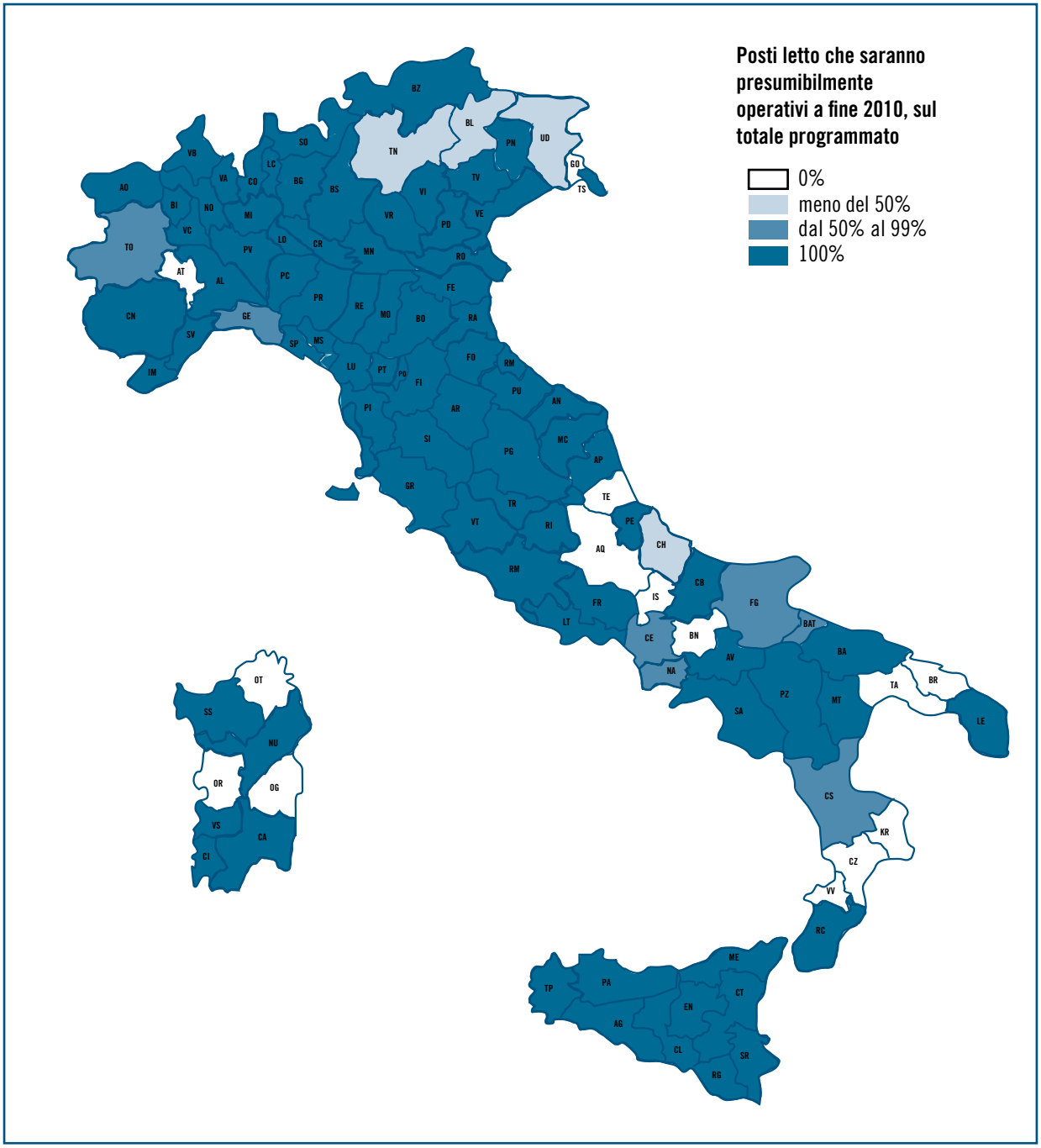
3.1.1 Stato di attuazione della programmazione degli hospice in Italia, a giugno 2009

Figura 5 - Posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 sul totale programmato, per provincia



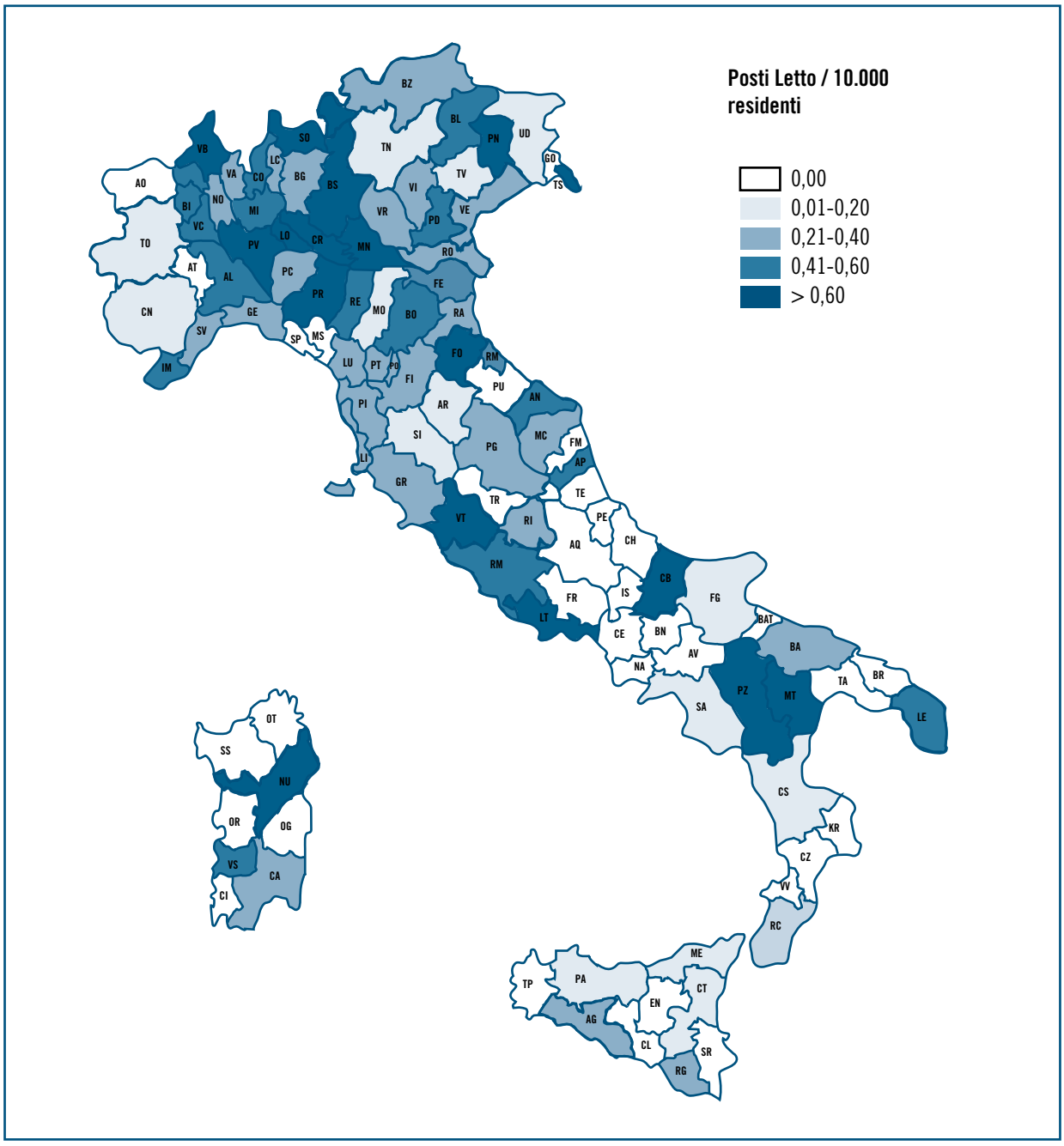
3.1.2 Previsioni sullo stato di attuazione della programmazione degli hospice, a fine 2010

Figura 6 - Posti letto di degenza che saranno presumibilmente operativi a fine 2010 sul totale programmato, per provincia



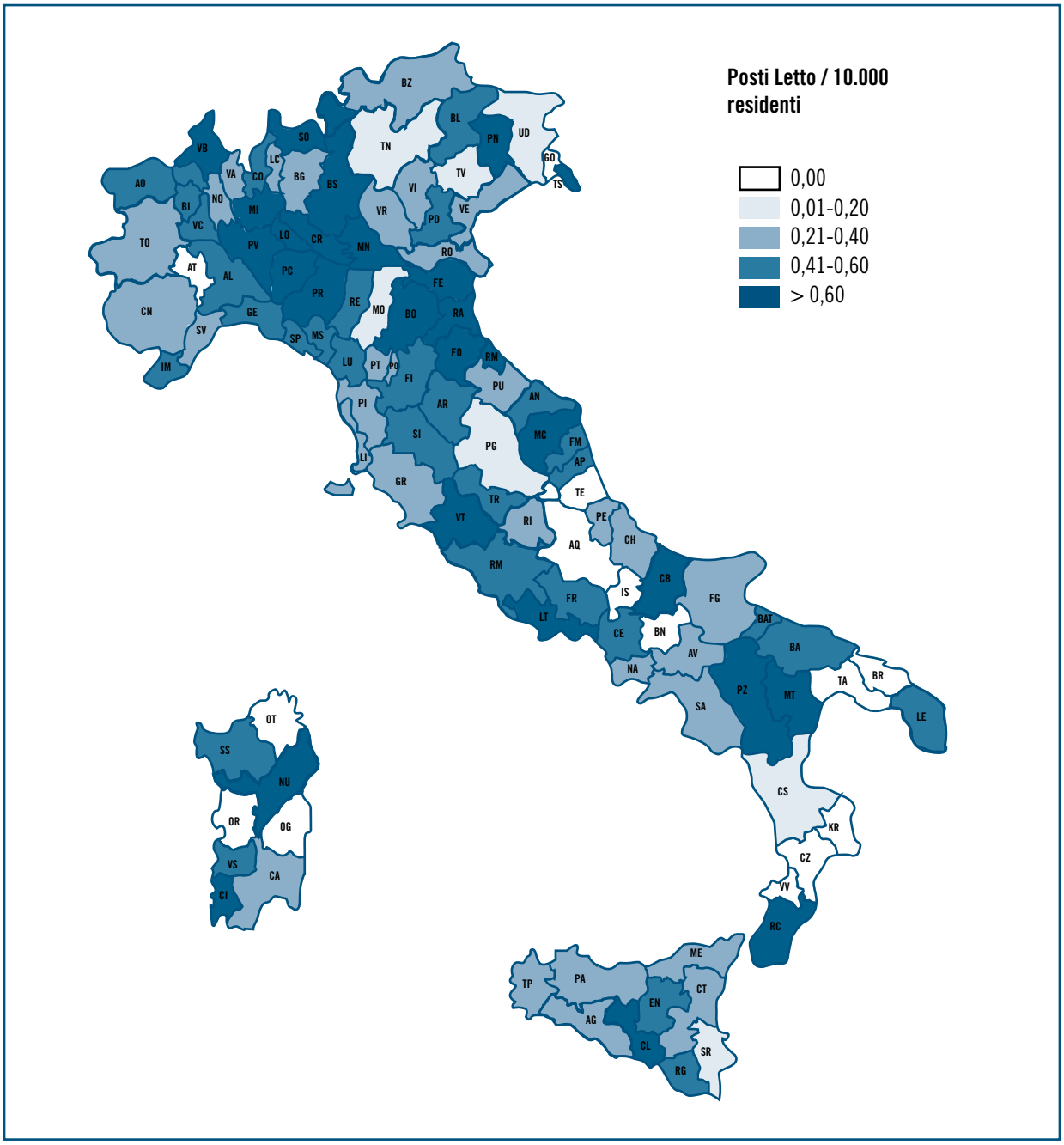
3.1.3 Disponibilità di posti letto in hospice in rapporto alla popolazione, a giugno 2009

Figura 7 - Posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 ogni 10.000 residenti, per provincia



3.1.4 Previsioni sulla disponibilità di posti letto in hospice in rapporto alla popolazione, a fine 2010

Figura 8 - Posti letto di degenza che saranno presumibilmente operativi a fine 2010 ogni 10.000 residenti, per provincia



Di seguito si riportano alcune note che intendono sintetizzare l'evoluzione nel tempo dello stato di attuazione dei "programmi hospice" regionali.

- **Stato di attuazione della programmazione degli hospice a fine 2006 (1° monitoraggio).**
  Le 2 regioni che nel 2006 presentavano il maggior numero di hospice già operativi, sia in termini di numero di strutture attivate che di posti letto per abitante, erano **Lombardia ed Emilia-Romagna**. Ad esse seguivano, nella graduatoria dei posti letto già disponibili nel 2006 rispetto alla popolazione, il **Lazio**, il **Molise**, il **Veneto**, la **Basilicata** ed il **Friuli Venezia Giulia**.
  Queste 7 regioni presentavano tutte una disponibilità di posti letto per abitante superiore alla media nazionale (che nel 2006 era pari a 0,21 posti letto ogni 10.000 abitanti).
  Liguria, **Marche**, **Trentino Alto Adige**, **Piemonte**, **Calabria**, **Sicilia**, **Sardegna**, **Puglia** e **Toscana**, avevano invece tutte una media di posti letto per abitante inferiore alla media italiana.
  Le regioni senza neppure un hospice attivato erano 4: **Valle d'Aosta**, **Umbria**, **Abruzzo** e **Campania**.

- **Stato di attuazione della programmazione degli hospice a giugno 2009 (2° monitoraggio)**.
  Nel 2009 si confermano ai primi posti della graduatoria la **Lombardia** (0,59 posti letto attivati per 10.000 abitanti) e l'**Emilia-Romagna** (0,50 posti letto attivati per 10.000 abitanti). Da segnalare inoltre che in **Basilicata**, regione che conta meno di 600.000 residenti, è bastata l'attivazione di 2 nuovi hospice oltre ai 2 già operativi nel 2006, per aumentare l'offerta a ben 0,75 posti letto ogni 10.000 abitanti. Inoltre si distingue anche il **Molise**, regione nella quale nell'unico hospice operativo sono stati attivati 5 nuovi posti letto di degenza incrementando gli 11 già operativi nel 2006 e portando così l'offerta regionale a 0,50 posti letto disponibili ogni 10.000 abitanti.
  Le regioni **Lazio**, **Friuli Venezia Giulia**, **Liguria**, **Veneto** e **Marche** dispongono anch'esse di un'offerta di hospice e posti letto residenziali in Cure Palliative che, rispetto alla popolazione residente, risulta superiore alla media nazionale (pari quest'ultima a 0,31 posti letto ogni 10.000 abitanti).
  Da segnalare infine che nel periodo da gennaio 2007 a giugno 2009, anche in Umbria ed in Campania sono stati attivati i primi hospice, per cui le uniche 2 regioni italiane che a giugno 2009 sono risultate senza alcun hospice attivato rimangono Abruzzo e Valle d'Aosta, sebbene per quest'ultima sia ormai imminente l'apertura di un hospice di 7 posti letto che porterà l'offerta regionale a 0,55 posti letto ogni 10.000 abitanti.

- **Previsioni stato di attuazione della programmazione degli hospice a fine 2010**.
  Anche a fine 2010 **Lombardia**, **Emilia-Romagna**, **Basilicata** e **Molise** dovrebbero confermarsi le regioni caratterizzate dalla maggiore disponibilità di posti letto in rapporto agli abitanti. A queste regioni si affiancheranno **Valle d'Aosta**, **Marche**, **Lazio** e **Liguria**, per le quali si prevede che gli hospice ed i posti letto presumibilmente attivati entro la fine del 2010 porteranno l'offerta oltre 0,50 posti letto per 10.000 abitanti.
  Per le restanti 12 regioni si prevede che a fine 2010 la media di posti letto per abitante sarà presumibilmente più elevata rispetto al 2009, rimanendo però inferiore alla media nazionale che dovrebbe attestarsi intorno a 0,43 posti letto ogni 10.000 residenti. In particolare per le regioni **Abruzzo**, **Campania**, **Calabria** e **Trentino Alto Adige** si prevede che a fine 2010 il numero dei posti letto ogni 10.000 abitanti non dovrebbe comunque superare la soglia di 0,20.

L'ipotesi che a fine 2010 tutte le regioni italiane avranno almeno un hospice operativo risulta altamente probabile, dato che in Abruzzo e Valle d'Aosta – le uniche 2 regioni senza hospice operativi a giugno 2009 – le strutture previste risultano in avanzata fase di realizzazione.

3.2 APPROFONDIMENTI SUGLI HOSPICE OPERATIVI

Grazie all'indagine online[6] svolta nei mesi da giugno ad agosto 2009, è stato possibile raccogliere un'ampia gamma di informazioni aggiornate per 138 hospice operativi sui 165 totali (copertura campionaria dell'83,6%), informazioni sia di carattere generale sia riguardanti vari aspetti specifici di tipo organizzativo, gestionale ed economico. In particolare, nella seguente Tav. 1 si riporta la distribuzione regionale dei 138 hospice operativi che hanno compilato il questionario online.

Tav. 1 - Hospice operativi a giugno 2009 che hanno compilato il questionario, per regione

regione	Totale hospice operativi a giugno 2009	Hospice operativi a giugno 2009, che hanno compilato il questionario online	Copertura campionaria %
Basilicata	4	**3**	**75,0%**
Calabria	2	**2**	**100,0%**
Campania	2	**1**	**50,0%**
Emilia-Romagna	18	**17**	**94,4%**
Friuli Venezia Giulia	4	**4**	**100,0%**
Lazio	15	**12**	**80,0%**
Liguria	5	**5**	**100,0%**
Lombardia	51	**43**	**84,3%**
Marche	5	**1**	**20,0%**
Molise	1	**1**	**100,0%**
Piemonte	11	**10**	**90,9%**
Puglia	6	**5**	**83,3%**
Sardegna	3	**2**	**66,7%**
Sicilia	5	**3**	**60,0%**
Toscana	12	**12**	**100,0%**
Trentino Alto Adige	2	**2**	**100,0%**
Umbria	2	**1**	**50,0%**
Veneto	17	**14**	**82,4%**
TOTALE	**165**	**138**	**83,6%**

[6] Nel 2009 l'aggiornamento dei dati relativi agli hospice è avvenuto attraverso un monitoraggio via Internet. L'accesso al questionario online è stato attivato per 270 strutture potenzialmente coinvolte nell'ambito delle cure palliative residenziali, compresi tutti i 256 hospice programmati a livello regionale – già operativi, in fase di realizzazione, di progettazione o di realizzazione.
Nel complesso sono stati compilati 185 questionari, di cui 138 di hospice già operativi a giugno 2009, 35 di hospice non ancora operativi (14 già realizzati ma ancora inattivi, 14 in fase di realizzazione, 5 in fase di progettazione e 2 in fase di programmazione), 6 che non sono stati elaborati perché relativi a strutture operative senza i requisiti di hospice, ed infine 6 questionari di hospice che nel 2006 risultavano programmati ma che nel 2009 sono risultati non più previsti nell'ambito delle programmazioni regionali.

3.2.1 La gestione degli hospice

I risultati di questo paragrafo sono stati elaborati su tutti i 165 hospice operativi. Nell'ambito della presente ricerca, con il termine "**tipo di gestione degli hospice**" si intende la natura giuridica degli enti – pubblici, privati, del Terzo Settore oppure misti – che hanno la responsabilità legale degli hospice e/o che sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica delle strutture (locali, utenze, forniture, personale di segreteria/amministrazione, ecc…) e/o che sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica del personale di équipe impegnato nell'attività assistenziale ai pazienti (medici, specialistici, infermieri, operatori assistenziali, Oss, Ota, ausiliari…)[7].

Più in dettaglio, la classificazione adottata per identificare il tipo di gestione degli hospice è la seguente:

Gli hospice a gestione **pubblica** sono quelli gestiti esclusivamente da enti pubblici: Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB (*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza*), ASP (*Aziende di Servizi alla Persona*) di diritto pubblico[8], IRCCS pubblici (*Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*), Policlinici Universitari, Enti locali (es.: Comuni) ed altre istituzioni di diritto pubblico (es.: Fondazioni pubbliche).

Gli hospice **privati** sono quelli gestiti esclusivamente da Enti, Società, Ospedali o Cliniche private che hanno le seguenti forme giuridiche: Società di capitali (spa, srl…) oppure Società di persone (sas, snc…).

Gli hospice del **Terzo Settore** sono quelli gestiti esclusivamente da Enti ed Organizzazioni che operano principalmente senza scopo di lucro, basando la propria mission sui principi dell'utilità sociale e del bene collettivo: Fondazioni di diritto privato, Associazioni, Cooperative Sociali, Organizzazioni di Volontariato, Enti religiosi (Congregazioni, Enti ospedalieri classificati, Fondazioni religiose, Associazioni religiose, Opere Pie, Parrocchie, Diocesi, Ente ed Istituzione di diritto canonico) ed IRCCS di diritto privato[9].

Gli hospice a gestione **mista** sono quelli gestiti da almeno due Enti/Organizzazioni la cui natura giuridica ricade in almeno 2 delle 3 tipologie precedentemente descritte (Enti pubblici, Enti privati, Enti del Terzo Settore). Si possono dunque presentare casi di gestione mista pubblico-privato, pubblico-Terzo Settore o privato-Terzo Settore.

I dati riportati nella successiva Tav. 2 consentono sia di analizzare il tipo di gestione adottato dai 165 hospice operativi a giugno 2009, sia di effettuare una valutazione di trend sui cambiamenti dei modelli gestionali che si sono verificati dal 2006 al 2009.

[7] Le organizzazioni che supportano gli hospice esclusivamente con attività di volontariato non sono state considerate coinvolte nella gestione dell'hospice seppure, come vedremo in seguito, in tutta Italia esse svolgono un ruolo assolutamente essenziale nell'ambito delle Cure Palliative.
[8] Per semplicità classificatoria sono state inserite in questo ambito sia le IPAB sia le ASP, visto il 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] Sempre per semplicità classificatoria, gli IRCCS privati sono stati inseriti tra le organizzazioni del Terzo Settore, visto il loro importante ruolo di utilità sociale connesso alle attività di cura e ricerca scientifica.

Tav. 2 - Hospice e posti letto operativi, per tipo di gestione (dati reali 2006 e 2009)

Tipo di gestione	Hospice già operativi a dicembre 2006						
	Strutture		Posti Letto		Media PL / H	Min PL / H	Max PL / H
	v.a.	%	v.a.	%			
pubblica	54	51,4%	505	41,1%	9,4	3	15
privata	10	9,5%	200	16,3%	20,0	8	30
Terzo Settore	31	29,5%	408	33,2%	13,2	6	30
mista	10	9,5%	116	9,4%	11,6	8	19
Totale hospice già operativi a dicembre 2006	**105**	**100,0%**	**1.229**	**100,0%**	**11,7**	**3**	**30**

Tipo di gestione	Hospice già operativi a giugno 2009						
	Strutture		Posti Letto		Media PL / H	Min PL / H	Max PL / H
	v.a.	%	v.a.	%			
pubblica	90	54,5%	842	44.6%	9,4	2	18
privata	12	7,3%	210	11,1%	17,5	10	30
Terzo Settore	35	21,2%	518	27.4%	14,8	5	30
mista	28	17%	318	16,8%	11,3	7	30
Totale hospice già operativi a giugno 2009	**165**	**100,0%**	**1.888**	**100,0%**	**11,4**	**2**	**30**

NOTA: Abbreviazioni utilizzate: PL / H = Posti Letto / Hospice; v.a. = valore assoluto

Modelli gestionali degli hospice operativi a giugno 2009.

Considerando i 165 hospice operativi a giugno 2009, la maggior parte risultano a gestione pubblica (90 strutture, pari al 54,5%), seguiti dagli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore (35 strutture, pari al 21,2%), dagli hospice a gestione mista (28 strutture, pari al 16,8%) ed infine dagli hospice privati (12 strutture, pari al 7,3%). Anche nel 2009 il numero medio di posti letto degli hospice privati (pari a 17,5 PL/H) e degli hospice gestiti da enti del Terzo Settore (pari a 14,8 PL/H) risulta nettamente più elevato rispetto al numero medio di posti letto degli hospice pubblici (pari a 9,4 PL/H). Questa differenza "dimensionale" è certamente connessa anche al mantenimento dell'equilibrio economico delle strutture private, poiché la gestione di hospice con un maggior numero di posti letto risponde meglio ai criteri dell'economia di scala.

Trend sui cambiamenti gestionali avvenuti dal 2006 al 2009.

Confrontando i dati reali del 2009 con quelli del 2006, si può notare come in questo periodo vi sia stato un incremento del numero di hospice a gestione pubblica (aumentati dal 51,4% al 54,5%), ma soprattutto un forte incremento degli hospice a gestione mista (cresciuti dal 9,5% al 16.8%). Si prevede che questa tendenza orientata verso una soluzione gestionale mista, quasi sempre di tipo pubblico-privato, potrebbe incrementarsi ulteriormente nei prossimi anni, quando diventeranno operativi i nuovi hospice attualmente in fase di realizzazione. Negli ultimi anni, infatti, sono state proprio le organizzazioni del Terzo Settore a dare un contributo fondamentale per l'attivazione dei nuovi hospice, soprattutto per quelle strutture pubbliche che erano già state realizzate, ma che per vario tempo non sono riuscire a diventare operative per problemi legati principalmente ai costi di gestione del personale. In molti di questi casi gli enti del Terzo Settore hanno avuto un ruolo determinante, proponendosi come soggetti di supporto capaci di integrare i loro modelli di organizzazione e gestione del personale di èquipè in modo efficace ed efficiente, ottenendo al contempo vantaggi derivanti dal contenimento dei costi di struttura che spesso – nell'ambito della suddivisione delle competenze - risultano a carico degli enti pubblici.

3.2.1.1 Approfondimento sui modelli gestionali adottati negli hospice a gestione mista

Focalizzando l'attenzione sui 28 hospice che a giugno 2009 risultano a gestione mista, appare di particolare interesse approfondire soprattutto due aspetti dei modelli gestionali misti adottati, ovvero quali sono le tipologie degli enti che collaborano nella gestione congiunta degli hospice e quali sono gli ambiti gestionali di competenza di tali enti.

Per quanto riguarda il primo aspetto, sui 28 hospice a gestione mista analizzati risultano:

- 19 hospice a gestione mista pubblico/Terzo Settore (di cui 10 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie/Ospedaliere e Cooperative Sociali, 6 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie/Ospedaliere ed Associazioni e 3 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie/Ospedaliere e Fondazioni private);
- 5 hospice a gestione mista pubblico/ente religioso (di cui 2 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie e Fondazioni religiose, 2 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie e Congregazioni religiose ed 1 caso di gestione mista tra un'Azienda Ospedaliera ed un Ente ospedaliero religioso classificato);
- 2 hospice a gestione mista pubblico/privato profit (2 casi di gestione mista tra Aziende Sanitarie e Società private, rispettivamente una srl ed una sas);
- 1 hospice a gestione mista religiosa/Terzo Settore (tra una Parrocchia ed una Cooperativa Sociale);
- 1 hospice a gestione mista privata profit/Terzo Settore (tra una Società di capitali s.p.a. ed una Fondazione).

Ancora più interessante risulta l'analisi del secondo aspetto, ovvero di quali sono gli ambiti gestionali di competenza degli enti che collaborano nella gestione mista degli hospice. Il modello più frequente adottato è quello in cui gli enti pubblici gestiscono la struttura in cui ha sede l'hospice, facendosi carico dei costi generali e delle forniture ed eventualmente in alcuni casi fornendo il solo personale medico, mentre gli enti non profit ricoprono un ruolo determinante soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione della maggior parte del personale di équipe; come si accennerà meglio in seguito, è proprio questa seconda area a rappresentare il costo di gestione più rilevante.
Considerando per semplicità solo i 19 hospice a gestione mista pubblico/Terzo Settore, si sono evidenziati:

- 6 casi in cui l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera si occupa solo della gestione della struttura (costi generali, utenze, forniture, ecc…), mentre l'organizzazione del Terzo Settore si occupa della gestione di tutto il personale d'équipe (medici, infermieri, specialisti ed operatori assistenziali quali OSS, OTA, ausiliari, ecc…);
- 5 casi in cui l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera si occupa della gestione della struttura e del personale medico, mentre l'organizzazione del Terzo Settore fornisce supporto per quanto riguarda la gestione del personale infermieristico e assistenziale;
- 4 casi in cui l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera si occupa della gestione della struttura e del personale medico e infermieristico, mentre l'organizzazione del Terzo Settore fornisce supporto per quanto riguarda la gestione del personale assistenziale;
- 2 casi in cui l'ente pubblico fornisce solo il personale medico, mentre l'organizzazione del Terzo Settore si occupa della gestione della struttura e del personale infermieristico e assistenziale.
- 2 casi in cui l'ente pubblico ha solo la responsabilità legale dell'hospice, ma non si occupa in realtà di alcuna attività di gestione, per cui l'hospice risulta totalmente gestito da una organizzazione del Terzo Settore, per quanto riguarda sia la struttura, sia il personale medico, infermieristico ed assistenziale che compone l'équipe;

Si evidenzia infine che nel 2009 hanno registrato un netto aumento i casi in cui sono le Organizzazioni non profit ad avere assunto la responsabilità legale degli hospice a gestione mista (8 casi su 28), a sottolineare che il ruolo sussidiario del Terzo Settore tende ad essere sempre più rilevante ed a consolidarsi in un'ottica di lungo periodo nell'ambito dell'assistenza in cure palliative residenziali.

3.2.1.2 Approfondimento sui modelli gestionali prevalenti nelle regioni italiane

- La **Lombardia** anche nel 2009 è la regione con il maggior numero di hospice e posti letto attivati, in risposta alle esigenze di una popolazione di quasi 9,5 milioni di residenti. Vi è una prevalenza di hospice pubblici (24 strutture per 239 posti letto), che nel 2009 hanno superato seppur di poco gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore (19 strutture per 278 posti letto). Nella regione vi sono inoltre 6 hospice a gestione mista, a conferma di una buona integrazione tra assistenza pubblica e privata, secondo gli indirizzi programmatori regionali [10].
- L'**Emilia-Romagna**, il **Veneto**, il **Piemonte** e la **Toscana** sono le regioni che, pur avendo ancora una prevalenza di hospice pubblici (11 in Emilia-Romagna, 10 in Veneto, 9 in Toscana e 6 in Piemonte), nel periodo dal 2006 al 2009 hanno avuto il maggior incremento di hospice a gestione mista pubblico-Terzo Settore: in tali regioni sono infatti situati ben 15 dei 28 hospice a gestione mista risultati attivi in Italia a giugno 2009 (4 in Emilia-Romagna, 5 in Veneto, 3 in Piemonte e 3 in Toscana). Nelle stesse regioni si segnalano inoltre 7 hospice gestiti totalmente da organizzazioni del Terzo Settore (3 in Emilia-Romagna, 2 Veneto e 2 in Piemonte), ad ulteriore conferma del ruolo assolutamente primario svolto in queste regioni dalle organizzazioni non profit nell'ambito delle cure palliative residenziali. Si evidenzia infine che in Veneto le organizzazioni non profit risultano soprattutto enti religiosi, a differenza delle altre 3 regioni dove prevale il Terzo Settore laico.
- Il **Lazio** si conferma anche nel 2009 l'unica regione italiana dove prevalgono nettamente gli hospice privati (9 strutture per 165 posti letto, pari al 79% di tutti i 210 posti letto privati attivati in Italia). Rispetto al 2006 il cambiamento più rilevante riguarda l'attivazione di 2 nuovi hospice a gestione mista, il primo a gestione pubblica-Terzo Settore con 30 posti letto e il secondo a gestione privata-Terzo Settore con 10 posti letto. Gli hospice totalmente pubblici risultano solo 2 per 12 posti letto complessivi, mentre vi sono altre 2 strutture gestite esclusivamente da organizzazioni del Terzo Settore, per ulteriori 35 posti letto.
- Un'analisi a parte merita la regione **Puglia**, che dal 2006 al 2009 ha visto triplicare da 2 a 6 le strutture hospice attivate e da 20 a 96 i posti letto disponibili, grazie soprattutto al forte impulso delle organizzazioni religiose che operano sul territorio. Infatti 3 dei 6 hospice attivati sono gestiti da enti religiosi, 1 hospice risulta a gestione mista pubblico – religiosa e solo 2 sono gli hospice totalmente pubblici.
- Le regioni **Liguria**, **Friuli Venezia Giulia**, **Sardegna** e **Trentino Alto Adige** nel 2009 risultano caratterizzate da una prevalenza di hospice pubblici (3 in Liguria, 2 in Friuli Venezia Giulia, 2 in Sardegna ed 1 in Trentino Alto Adige), ma con una rilevante incidenza di hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore (1 in Liguria, 1 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Sardegna ed 1 in Trentino Alto Adige). In Liguria si segnala inoltre 1 hospice a gestione mista pubblico / Terzo Settore con 12 posti letto, ed in Friuli 1 hospice privato con 20 posti letto.
- Nelle regioni **Marche**, **Sicilia**, **Basilicata**, **Calabria**, **Campania**, **Umbria** e **Molise** il modello gestionale totalmente pubblico è preponderante, (5 hospice pubblici nelle Marche, 4 in Sicilia, 4 in Basilicata, 1 in Cala-

[10] La Lombardia rappresenta una realtà regionale particolare in quanto esistono 2 tipologie di strutture residenziali per malati terminali: secondo la classificazione derivante dalla normativa regionale esistono gli "hospice", inseriti nella rete socio-sanitaria e le "Strutture di degenza delle Unità di Cure Palliative", inserite nella rete sanitaria. Pur trattandosi di articolazioni funzionali delle Unità di Cure Palliative, nel linguaggio comune anche le seconde vengono comunque definite "hospice", da alcuni "hospice ospedalieri", differenziandoli dai primi, definiti comunemente "hospice socio-sanitari". Va segnalato che le normative regionali definiscono differenze sostanziali fra le due tipologie di struttura, soprattutto per ciò che riguarda standard strutturali (ad es. n. massimo di posti letto) ed organizzativo/gestionali (ad es. Minutaggio infermieristico/pz/die) e tariffe giornalieri diverse. Non sono invece attualmente definiti criteri differenziati per l'accesso dei malati fra le due tipologie strutture (ad es. in relazione ai bisogni e/o all'intensità assistenziale).

bria, 2 in Campania, 1 in Umbria ed 1 in Molise), sebbene anche in queste regioni troviamo i primi hospice a gestione mista pubblico – Terzo Settore (un hospice in Sicilia[11], uno in Calabria ed uno in Umbria).

- Infine in **Abruzzo** e **Valle d'Aosta** – le uniche 2 regioni che a giugno 2009 sono risultate senza hospice operativi – dovrebbero essere attivati i primi hospice pubblici già entro la fine del 2009[12].

Tav. 3 - Hospice operativi, per regione e tipo di gestione (dati reali 2006 e 2009)

REGIONE	Hospice operativi a dicembre 2006	Tipo di gestione			
		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			
Umbria					
Campania					
Valle d'Aosta					
Abruzzo					
TOTALE ITALIA	**105**	**54**	**10**	**31**	**10**

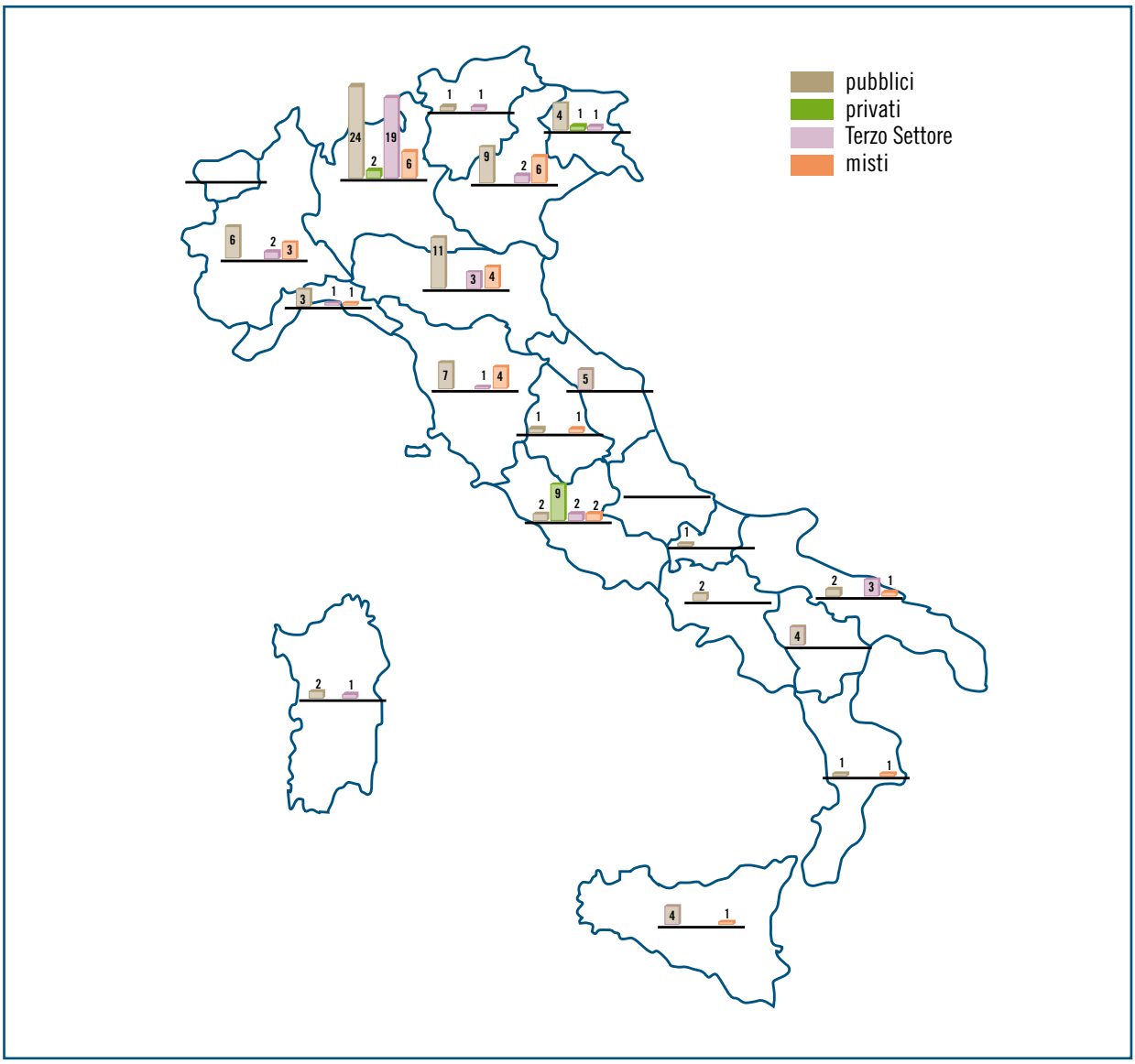
REGIONE	Hospice operativi a giugno 2009	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Lombardia	**51**	24	2	19	6
Emilia-Romagna	**18**	11		3	4
Veneto	**17**	10		2	5
Lazio	**15**	2	9	2	2
Toscana	**12**	9			3
Piemonte	**11**	6		2	3
Puglia	**6**	2		3	1
Liguria	**5**	3		1	1
Marche	**5**	5			
Sicilia *	**5**	4			1
Basilicata	**4**	4			
Friuli Venezia Giulia	**4**	2	1	1	
Sardegna	**3**	2		1	
Calabria	**2**	1			1
Campania	**2**	2			
Trentino Alto Adige	**2**	1		1	
Umbria	**2**	1			1
Molise	**1**	1			
Valle d'Aosta					
Abruzzo					
TOTALE ITALIA	**165**	**90**	**12**	**35**	**28**

NOTA: Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di hospice operativi.
** Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica.*

[11] Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica.

[12] Per la regione Abruzzo è possibile che le recenti vicende legate al terremoto verificatosi ad aprile 2009 potrebbero indurre ulteriori ritardi nell'attivazione degli hospice previsti. Presso l'hospice di Pescara è comunque già attivo il servizio di Ambulatorio.

Fig. 1 - Hospice operativi, per regione e tipo di gestione (dati reali a giugno 2009)



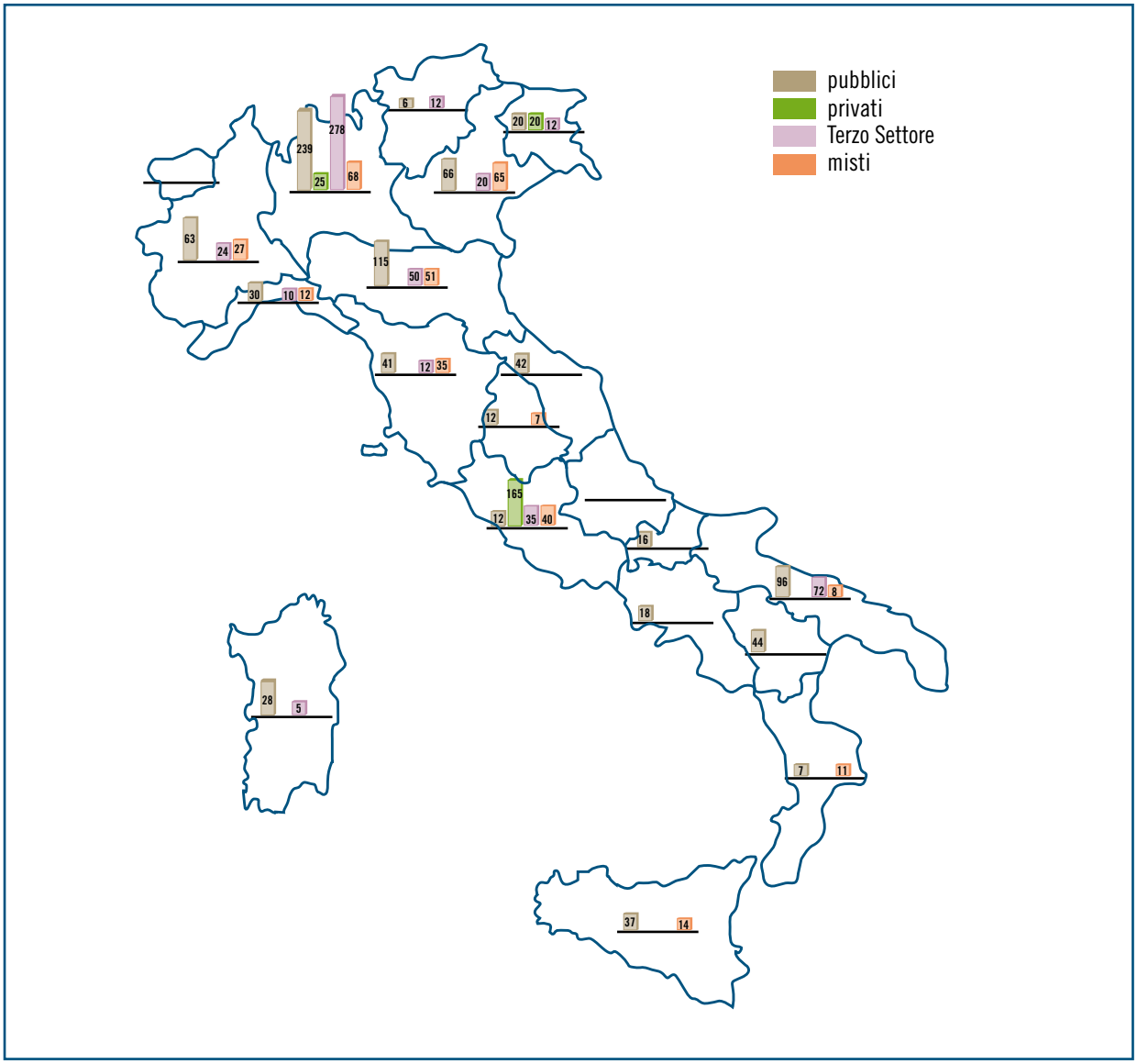
Tav. 4 - Posti letto di degenza operativi, per regione e gestione (dati reali 2006 e 2009)

regione	Posti letto operativi a dicembre 2006	Tipo di gestione				Popolazione (ISTAT 2006)	PL / 10.000 res.
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista		
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
Umbria						867.878	-
Campania						5.790.929	-
Valle d'Aosta						123.978	-
Abruzzo						1.305.307	-
TOTALE ITALIA	**1.229**	**505**	**200**	**408**	**116**	**58.751.711**	**0,21**

regione	Posti letto operativi a giugno 2009	Tipo di gestione				Popolazione (ISTAT 2009)	PL / 10.000 res.
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista		
Basilicata	**44**	44				590.601	0,75
Lombardia	**610**	239	25	278	68	9.742.676	0,62
Molise	**16**	16				320.795	0,50
Emilia-Romagna	**216**	115		50	51	4.337.979	0,50
Lazio	**252**	12	165	35	40	5.626.710	0,45
Friuli Venezia Giulia	**52**	20	20	12		1.230.936	0,42
Liguria	**52**	30		10	12	1.615.064	0,32
Veneto	**151**	76		20	55	4.885.548	0,31
Marche	**42**	42				1.569.578	0,27
Piemonte	**114**	63		24	27	4.432.571	0,26
Puglia	**96**	16		72	8	4.079.702	0,24
Toscana	**86**	61			25	3.707.818	0,23
Umbria	**19**	12			7	894.222	0,21
Sardegna	**33**	28		5		1.671.001	0,20
Trentino Alto Adige	**18**	6		12		1.018.657	0,18
Sicilia *	**51**	37			14	5.037.799	0,10
Calabria	**18**	7			11	2.008.709	0,09
Campania	**18**	18				5.812.962	0,03
Abruzzo						1.334.675	
Valle d'Aosta						127.065	
TOTALE ITALIA	**1.888**	**842**	**210**	**518**	**318**	**60.045.068**	**0,31**

NOTA: Le regioni sono in ordine decrescente rispetto al numero di posti letto operativi ogni 10.000 abitanti.
** Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica*

Fig. 2 - Posti letto di degenza operativi, per regione e gestione (dati reali a giugno 2009)



3.2.1.3 Approfondimento sulle attività di volontariato in hospice

Nel questionario di indagine utilizzato per il monitoraggio online del 2009, sono state inserite alcune domande specifiche per analizzare quanto sia rilevante il ruolo svolto dalle organizzazioni di volontariato nell'ambito delle cure palliative residenziali e per valutare il supporto operativo fornito dai volontari.

In base ai dati del 2009, risulta che 112 hospice operativi su 138 che hanno risposto al questionario per queste sezioni specifiche (81,2% dei casi) hanno usufruito nel corso del 2008 del supporto di organizzazioni di volontariato (in 3 casi sono le stesse organizzazioni che gestiscono l'hospice ad avere al loro interno una componente di volontariato). Mediamente in ogni hospice sono risultati operativi 19,0 volontari, per un totale di 48,4 ore medie settimanali di volontariato (ogni volontario ha svolto dunque settimanalmente dalle 2 alle 3 ore di volontariato in hospice).

Il numero dei volontari e delle ore di volontariato tende ad essere più elevato della media per gli hospice gestiti dalle organizzazioni del Terzo Settore (in media 30 volontari per hospice e 5,4 ore di volontariato settimanali

per posto letto), mentre risulta tendenzialmente inferiore per gli hospice pubblici e per quelli privati (13-14 volontari per hospice e 2-3 ore di volontariato settimanali per posto letto). Si segnala che gli hospice a gestione mista risultano quelli con il maggiore numero di ore di volontariato per posto letto (in media 5,8 a settimana).

Per quanto riguarda le attività che i volontari svolgono in hospice, nella maggioranza dei casi essi forniscono il loro supporto nell'ambito della "*relazione d'aiuto ai malati e familiari*" (compagnia, conforto, sostegno psicologico, emotivo e morale, attività diversionali, ricreative e di animazione), impegno che mediamente ricopre oltre l'80% delle attività di volontariato complessive.

Altri tipi di attività svolte dai volontari sono il "*supporto pratico/manuale nell'assistenza ai malati*" (circa il 7-8% delle attività riguarda l'assistenza durante i pasti, la toeletta e la mobilizzazione dei malati, ecc…) e il "supporto logistico, organizzativo e amministrativo" (nel 6-7% dei casi i volontari supportano l'hospice svolgendo anche attività di ritiro e consegna di farmaci e presidi, commissioni, manutenzioni varie, accoglienza alla reception, supporto alla segreteria ed all'amministrazione, fund rising e azioni di sensibilizzazione e comunicazione).

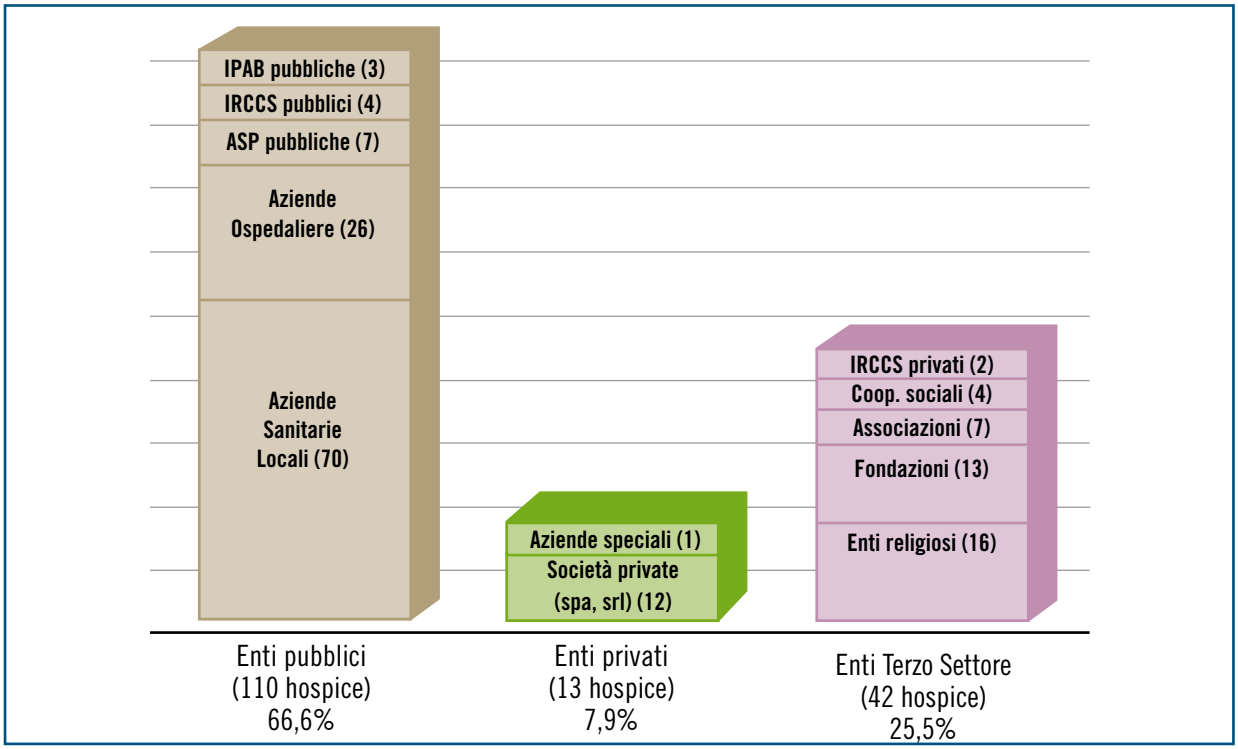
Tav. 5 - Indicatori di attività di volontariato in hospice, per tipo di gestione (giugno 2009)

Indicatori di attività di volontariato in hospice	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Hospice che nel 2008 hanno usufruito del supporto da parte di organizzazioni di volontariato	**112**	57	5	26	24
	(81,2%)	(81,4%)	(55,6%)	(76,5%)	(96,0%)
Numero medio di volontari operativi per hospice	**19,0**	14,4	13,0	30,0	18,7
Numero medio settimanale di ore di volontariato per hospice	**48,4**	33,8	34,7	67,8	63,7
Numero medio settimanale di ore di volontariato per posto letto	**4,4**	3,6	2,0	5,4	5,8
Attività prevalenti svolte dai volontari					
prevalentemente relazione d'aiuto ai malati e familiari	**51,0%**	51,0%	-	58,3%	54,2%
solo relazione d'aiuto ai malati e familiari	**32,7%**	33,3%	100,0%	29,2%	20,8%
prevalentemente supporto pratico/manuale nell'assistenza ai malati	**7,7%**	5,9%	-	8,3%	12,5%
prevalentemente supporto logistico, organizzativo e amministrativo	**4,8%**	5,9%	-	-	8,3%
solo supporto logistico, organizzativo e amministrativo	**2,9%**	3,9%	-	-	4,2%
solo supporto pratico/manuale nell'assistenza ai malati	**1,0%**	-	-	4,2%	-
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**138**	**70**	**9**	**34**	**25**

3.2.2 Responsabilità legale degli hospice

Anche nel 2009 la maggior parte degli hospice operativi risultano legalmente rappresentati da Enti pubblici (110 hospice su 165, pari al 67,3%, soprattutto Aziende Sanitarie ed Ospedaliere), 41 hospice hanno come responsabile legale una Organizzazione del Terzo Settore (pari al 25,0%, prevalentemente Enti religiosi e Fondazioni) ed infine 13 hospice sono legalmente rappresentati da società private (pari al 7,9%).

Fig. 3 - Enti che hanno la responsabilità legale degli hospice (giugno 2009)



Tav. 6 - Enti che hanno la responsabilità legale degli hospice, per tipo di gestione

	Enti che hanno la responsabilità legale degli hospice	Totale	Tipo di gestione			
			pubblica	privata	Terzo Settore	Mista
Enti pubblici	Aziende Sanitarie Locali	**70**	55			15
	Aziende Ospedaliere	**26**	21			5
	ASP pubbliche	**7**	7			
	IRCCS pubblici	**4**	4			
	IPAB pubbliche	**3**	3			
Enti privati	Società ed Ospedali privati (spa)	**9**		8		1
	Società ed Ospedali privati (srl, snc…)	**3**		3		
	Aziende private speciali di emanazione pubblica	**1**		1		
Enti del Terzo Settore e religiosi	Fondazioni di diritto privato	**13**			12	1
	Associazioni	**7**			5	2
	Cooperative Sociali	**4**			3	1
	IRCCS privati	**2**			2	
	Fondazione di diritto privato ad ispirazione religiosa	**1**			1	
	Congregazioni religiose	**6**			5	1
	Fondazioni religiose	**3**			2	1
	Enti ospedalieri religiosi classificati	**2**			2	
	Enti / Istituzioni di diritto canonico	**2**			2	
	Confraternite religiose	**1**			1	
	Parrocchie / Diocesi	**1**				1
	TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**165**	**90**	**12**	**35**	**28**

Nel complesso (cfr. Tav. 6), risultano preponderanti gli hospice dove gli stessi Enti che hanno la responsabilità legale ne mantengono anche il totale controllo gestionale (137 casi su 165, pari all'83%).

Considerando i 28 hospice a gestione mista pubblico-privato, sono 20 i casi in cui la responsabilità legale è risultata in capo ad un Ente pubblico. Generalmente in questi casi le Organizzazioni private e del Terzo Settore supportano gli Enti pubblici nella gestione congiunta della struttura e/o delle attività assistenziali in base ad accordi e convezioni annuali o pluriennali.

Si evidenzia tuttavia che nel 2009 hanno registrato un netto aumento i casi in cui sono gli Enti non profit ad avere assunto la responsabilità legale degli hospice a gestione mista (8 casi su 28). Si tratta di un nuovo fenomeno emergente rispetto al 2006 – quando era stato rilevato un solo caso di hospice a gestione mista in cui la responsabilità legale era in capo ad un Ente del Terzo Settore – a sottolineare nuovamente che il ruolo sussidiario del Terzo Settore tende ad essere sempre più rilevante ed a consolidarsi in un'ottica di lungo periodo nell'ambito dell'assistenza in cure palliative residenziali.

3.2.3 Numero di posti letto di degenza disponibili in hospice

Il 90% degli hospice operativi risultano avere tra i 5 ed i 20 posti letto di degenza.

Gli unici 7 hospice con meno di 5 posti letto sono tutti a gestione pubblica; sono invece tendenzialmente maggiori le dimensioni degli hospice privati e di quelli gestiti dalle organizzazioni del Terzo Settore, collocati prevalentemente tra gli 11 ed i 30 posti letto. In posizione intermedia si collocano infine gli hospice a gestione mista, la maggior parte dei quali dispone di un numero di posti letto variabile tra i 5 e i 10.

Tav. 7 - Hospice suddivisi per numero di posti letto di degenza attivati e per tipo di gestione (giugno 2009)

Posti letto di degenza attivati in hospice		Tipo di gestione			
(valori assoluti)	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
meno di 5 posti letto	**8**	8			
da 5 a 10 posti letto	**90**	57	3	15	15
da 11 a 20 posti letto	**57**	25	5	15	12
da 21 a 30 posti letto	**10**		4	5	1
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**1655**	**90**	**12**	**35**	**28**
(valori percentuali di colonna)					
meno di 5 posti letto	**4.8%**	8.8%	-	-	-
da 5 a 10 posti letto	**54.5%**	63.7%	25%	41%	54%
da 11 a 20 posti letto	**34.5%**	27.4%	42%	44%	43%
da 21 a 30 posti letto	**6.1%**	-	33%	15%	4%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Media Posti Letto per Hospice	**11,3**	**9,5**	**17,3**	**14,0**	**11,4**
Minimo Posti Letto per Hospice	**2**	**2**	**10**	**5**	**7**
Massimo Posti Letto per Hospice	**30**	**18**	**30**	**30**	**30**

3.2.4 Collocazione logistica delle strutture

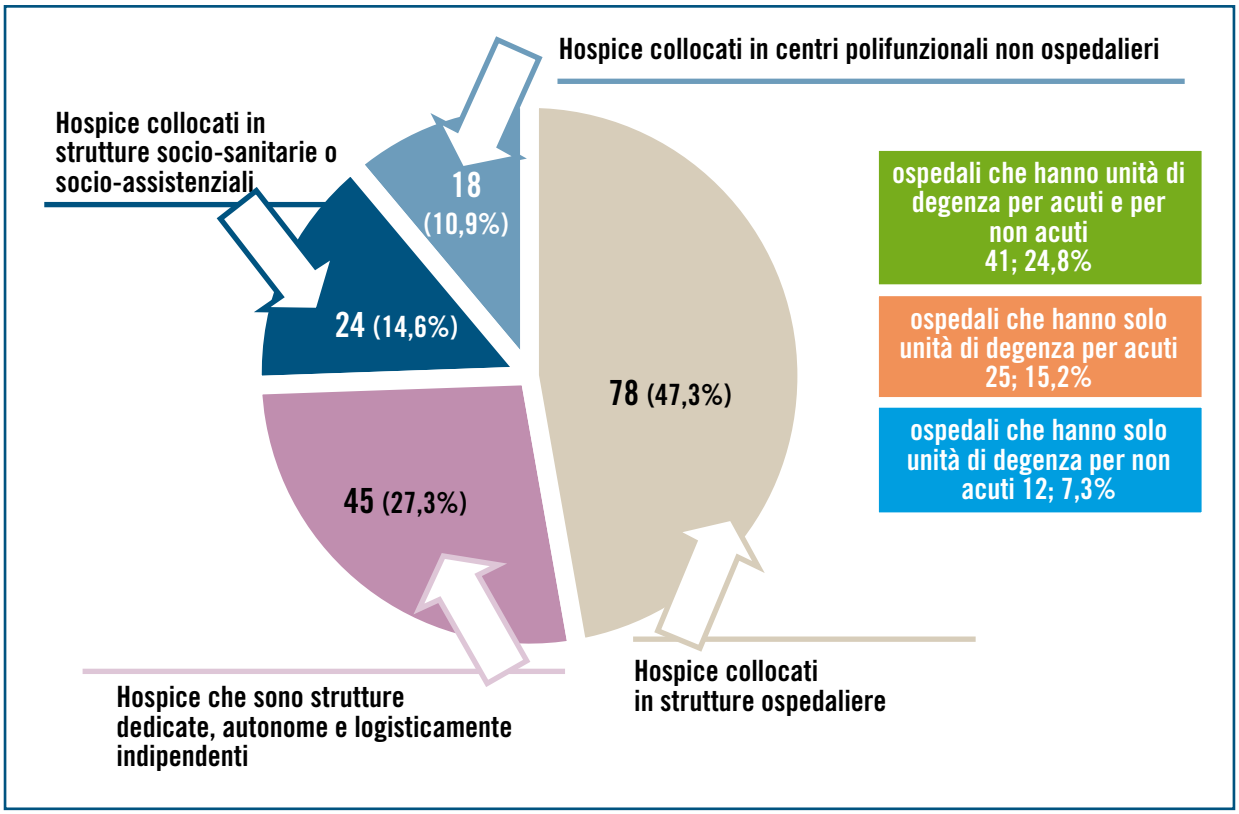
Per classificare le differenti tipologie di ubicazione degli hospice, sono state assunte quattro categorie distinte così definite:

- hospice che sono strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti;
- hospice collocati in strutture ospedaliere (Ospedali, Presidi, Case di cura), ulteriormente suddivise in:
  - strutture ospedaliere che hanno solo unità di degenza per acuti;
  - strutture ospedaliere che hanno solo unità di degenza per non acuti;
  - strutture ospedaliere che hanno unità di degenza per acuti e per non acuti;
- hospice collocati in strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali (principalmente RSA – Residenze Sanitarie Assistenziali, case protette, case di riposo e case alloggio);
- hospice collocati in centri polifunzionali non ospedalieri (strutture di tipo sanitario o socio-sanitario spesso gestite da IPAB - Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, ASP - Aziende di Servizi alla Persona, Aziende Sanitarie ed Organizzazioni del Terzo Settore).

La maggior parte degli hospice operativi (78 su 165, pari 47,3%) sono collocati all'interno di strutture ospedaliere, dei quali il 24,8% in ospedali che hanno unità di degenza per acuti e per non acuti, il 15,2% in ospedali

che hanno solo unità di degenza per acuti ed il 7,3% in strutture che hanno solo unità di degenza per non acuti. Seguono gli hospice ubicati in strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti (45, pari al 27,3%), quelli situati all'interno di strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali (24, pari al 14,6%) ed infine gli hospice collocati all'interno di centri polifunzionali non ospedalieri (18, pari all'10,9%).

Fig. 4 - Collocazione degli hospice (giugno 2009)



Gli hospice pubblici risultano situati per la maggior parte all'interno di strutture ospedaliere (*59,9%*), così come quelli privati (*50,0%*); tra gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore prevalgono invece le strutture situate in sedi dedicate e autonome (*41,2%*); infine gli hospice a gestione mista trovano collocazione distribuendosi quasi equamente in tutte le tipologie di strutture considerate.

Tav. 8 - Collocazione degli hospice, per tipo di gestione (giugno 2009)

Collocazione degli hospice *(valori assoluti)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
In strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti	**45**	21	3	14	7
In strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali	**24**	9	3	5	7
In centri polifunzionali non ospedalieri	**18**	7		5	6
In strutture ospedaliere per acuti e non acuti	**41**	27	3	6	5
In strutture ospedaliere per acuti	**25**	22		2	1
In strutture ospedaliere per non acuti	**12**	4	3	3	2
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**165**	**90**	**12**	**35**	**28**
(valori percentuali di colonna)					
In strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti	**27,3%**	23,3%	25,0%	40%	25,0%
In strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali	**14,6%**	10%	25,0%	14,3%	25,0%
In centri polifunzionali non ospedalieri	**10,9%**	7,8%	-	14,3%	21,4%
In strutture ospedaliere per acuti e non acuti	**24,8%**	30%	25,0%	17,1%	17,9%
In strutture ospedaliere per acuti	**15,2%**	24,4%	-	5,7%	3,6%
In strutture ospedaliere per non acuti	**7,3%**	4,4%	25,0%	8,6%	7,1%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Tav. 9 - Collocazione degli hospice, per regione (giugno 2009)

Collocazione degli hospice		Regione																	
(valori assoluti)	Totale	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	F. Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	T.A. Adige	Umbria	Veneto
In strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti	**45**		2	1	4	1	4	2	10		1	4	3		1	4		2	6
In strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali	**24**				1		3	1	8	1		2				2			6
In centri polifunzionali non ospedalieri	**18**				4		1		5			1	1	1		3			2
In strutture ospedaliere per acuti e non acuti	**41**	1		1	6	2	2	1	14	4		2	2	2		1	2		1
In strutture ospedaliere per acuti	**25**	2			2	1	2		11						4	2			1
In strutture ospedaliere per non acuti	**12**	1			1		3	1	3			2							1
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**165**	**4**	**2**	**2**	**18**	**4**	**15**	**5**	**51**	**5**	**1**	**11**	**6**	**3**	**5**	**12**	**2**	**2**	**17**

3.2.5 Hospice, Unità di Cure Palliative e Rete di Cure Palliative

NOTA INTRODUTTIVA AL PARAGRAFO

Quella che ormai da oltre un decennio viene comunemente definita "Rete delle Cure Palliative" – il cui principale obiettivo è appunto mettere "in rete" tutti i soggetti erogatori di Cure Palliative per garantire la continuità assistenziale dei pazienti presi in carico – manca a tutt'oggi di una strategia programmatoria unitaria a livello nazionale e di elementi strutturali e funzionali omogenei, anche in virtù della modifica del Titolo V della Costituzione che ha affidato alle regioni le funzioni di programmazione e gestione in ambito sanitario. Per le Cure Palliative in generale, ed in particolare per l'assistenza residenziale erogata in hospice, si è dunque assistito allo sviluppo di modelli assistenziali fra loro molto differenti sia tra una regione e l'altra, sia all'interno di una stessa regione. Tale frammentazione ha talvolta rischiato, in alcuni contesti territoriali, di rendere addirittura inapplicabili le normative che fin dal 2001 avevano inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza gli interventi assistenziali a favore dei malati in fase avanzata e terminale, sia al domicilio sia in strutture residenziali[13].
Al fine di garantire la realizzazione della "Rete", varie regioni hanno istituito le "Unità di Cure Palliative" [14], ovvero Strutture Organizzative adibite alla presa in carico "globale" del paziente ed in grado di garantire interventi in tutti i set assistenziali delle Cure Palliative, in particolare nei 2 principali che sono l'assistenza residenziale e quella domiciliare.
Anche le stesse definizioni di "Rete di Cure Palliative" e "Unità di Cure Palliative" hanno assunto sfumature e significati diversi nei vari contesti regionali, così come altrettanto differenti risultano gli approcci in base ai quali le UCP vengono inserite nella Rete di Cure Palliative e, più in generale, nel Sistema Sanitario Regionale[15].
Probabilmente nei prossimi anni, dopo l'approvazione della "Legge Quadro sulle cure palliative e sulla terapia del dolore" di prossima approvazione, una parte di queste disomogeneità verrà progressivamente assorbita

Partendo da questi presupposti, nel questionario di monitoraggio 2009 è stata prevista una serie di domande ad hoc per verificare in che misura gli hospice fanno parte di una Unità di Cure Palliative formalmente istituita dagli Enti pubblici territorialmente competenti (regioni, Province autonome, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, ecc…) e, più in generale, per valutare se gli hospice risultano collocati all'interno di una Rete di Cure Palliative formalizzata a livello territoriale.

Questa verifica è importante proprio perché, come si leggerà meglio nei paragrafi successivi, solo un numero minore di hospice risulta erogare direttamente tutti i set assistenziali previsti nell'ambito delle Cure Palliative, ovvero assistenza residenziale, assistenza domiciliare, day hospice/day hospital e assistenza ambulatoriale.

Si evidenzia sin da ora che le risposte fornite dai referenti degli hospice potrebbero avere risentito in qualche misura di difformità interpretative, sia a causa della suddetta frammentarietà e disomogeneità normativa riscontrabile nei vari contesti regionali, sia perché in diverse realtà territoriali esistono rapporti operativi "informali" che comunque garantiscono la presenza di una rete sul campo. Di conseguenza, anche i risultati illustrati nel presente paragrafo devono essere considerati come tendenziali ed indicativi.

[13] DPCM del 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".
[14] Per approfondimenti sulla definizione di Unità di Cure Palliative, veda il "Glossario essenziale" in allegato.
[15] Si tenga conto che l'elaborazione dei dati presentati nel rapporto è terminata in agosto 2009, dunque prima che il 16 settembre 2009 la Camera dei Deputati avesse approvato il Disegno di Legge n. 1771 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore". Nei prossimi anni la Legge n. 38 pubblicata il 19 marzo 2010 in GU avrà certamente un forte impatto sulla riorganizzazione della rete di cure palliative a livello nazionale e regionale e di tutti i soggetti che la compongono.

3.2.5.1 Approfondimento sulle Unità di Cure Palliative

In base ai dati del 2009, la quota complessiva di hospice operativi che ha dichiarato di appartenere ad una Unità di Cure Palliative è risultata pari al 55,1% (76 hospice su 138 che hanno risposto al questionario specifico su questa sezione), mentre il rimanente 44,9% non ne fa parte (cfr. Tav. 10).

Le UCP a cui appartengono gli hospice sono state classificate in parte come Strutture Semplici (28,3%) ed in parte come Strutture Complesse[16] (23,9%) afferenti, prevalentemente a Dipartimenti oncologici. Quasi sempre tali UCP sono state dichiarate come formalmente istituite dall'Azienda Sanitaria/Ospedaliera e, in misura minore, dalla regione; solo 4 hospice (2,9%), di cui 3 con sede in Lazio, hanno dichiarato di appartenere ad una UCP che però non è stata istituita formalmente. Si evidenzia infine che il 66,7% degli hospice privati ed il 62,9% di quelli a gestione pubblica fanno parte di una UCP formalizzata, quote entrambe molto più elevate rispetto a quella riscontrata per gli hospice del Terzo Settore (35,3%).

Tav. 10 - Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative, per tipo di gestione (giugno 2009)

Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative (UCP) (valori assoluti)	Totale	Tipo di gestione: pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Totale hospice che non fanno parte di una UCP	**62**	**26**	**3**	**22**	**11**
Totale hospice che fanno parte di una UCP	**76**	**44**	**6**	**12**	**14**
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Complessa	**33**	**15**	**3**	**6**	**9**
di cui UCP istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	5	1		3	1
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	20	9	3	3	5
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	8	5			3
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Semplice	**39**	**29**	**1**	**5**	**4**
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	31	24		3	4
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	8	5	1	2	
Hospice che fanno parte di una UCP non formalmente istituita	**4**		**2**	**1**	**1**
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**138**	**70**	**9**	**34**	**25**
(valori percentuali di colonna)					
Totale hospice che non fanno parte di una UCP	**44,9%**	**37,1%**	**33,3%**	**64,7%**	**44,0%**
Totale hospice che fanno parte di una UCP	**55,1%**	**62,9%**	**66,7%**	**35,3%**	**56,0%**
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Complessa	**23,9%**	**21,4%**	**33,3%**	**17,6%**	**36,0%**
di cui UCP istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	**3,6%**	**1,4%**	**-**	**8,8%**	**4,0%**
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	**14,5%**	**12,9%**	**33,3%**	**8,8%**	**20,0%**
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	**5,8%**	**7,1%**	**-**	**-**	**12,0%**
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Semplice	**28,3%**	**41,4%**	**11,1%**	**14,7%**	**16,0%**
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	**22,5%**	**34,3%**	**-**	**8,8%**	**16,0%**
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	**5,8%**	**7,1%**	**11,1%**	**5,9%**	**-**
Hospice che fanno parte di una UCP non formalmente istituita	**2,9%**	**-**	**22,2%**	**2,9%**	**4,0%**
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

[16] Per approfondimenti sulla definizione di Struttura Semplice e Struttura Complessa, veda il "Glossario essenziale" in allegato.

Tav. 11 - Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative, per regione (giugno 2009)

Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative (UCP) *(valori assoluti)*	Regione																		
	Totale	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	F. Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	T. Alto Adige	Umbria	Veneto
Totale hospice che non fanno parte di una UCP	**62**	**1**			**11**	**4**	**4**	**2**	**18**	**1**	**1**	**3**	**4**	**1**	**1**	**2**	**1**		**8**
Totale hospice che fanno parte di una UCP	**76**	**2**	**2**	**1**	**6**		**8**	**3**	**25**			**7**	**1**	**1**	**2**	**10**	**1**	**1**	**6**
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Complessa	**33**				**4**		**3**	**1**	**15**			**4**	**1**	**1**	**2**	**1**			**1**
di cui UCP istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	5				1		1		3										
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	20				2		2	1	9			2	1	1	2				
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	8				1				3			2				1			1
Hospice che fanno parte di una UCP classificata come Struttura Semplice	**39**	**2**	**2**	**1**	**2**		**2**	**2**	**9**			**3**				**9**	**1**	**1**	**5**
di cui UCP istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria / Ospedaliera	31	2	2	1	2		1	1	4			2				9	1	1	5
di cui UCP istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria / Ospedaliera	8						1	1	5			1							
Hospice che fanno parte di una UCP non formalmente istituita	**4**						**3**		**1**										
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**138**	**3**	**2**	**1**	**17**	**4**	**12**	**5**	**43**	**1**	**1**	**10**	**5**	**2**	**3**	**12**	**2**	**1**	**14**

3.2.5.2 Approfondimento sulla Rete di Cure Palliative[17]

In base ai dati raccolti nel 2009, la quota complessiva di hospice operativi che ha dichiarato di appartenere ad una Rete di Cure Palliative formalmente istituita risulta pari al 53,6% (74 hospice su 138), il 44,9% dichiara di non far parte di alcuna Rete di Cure Palliative territoriale, mentre 2 hospice del Terzo Settore (1,4%) affermano di avere una propria Rete informale, che di fatto esiste ma che non è stata istituita formalmente.

Nella maggior parte dei casi la Rete di Cure Palliative di cui fanno parte gli hospice risulta istituita dall'Azienda Sanitaria territorialmente competente (27,5%), eventualmente insieme alla regione/Provincia autonoma (16,7%); nel rimanente 9,4% dei casi la Rete risulterebbe istituita solo dalla regione/Provincia autonoma.

La quota di hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative formalmente istituita è risultata più elevata della media per le strutture a gestione mista (72,0%) e per quelle pubbliche (58,6%), mentre è più bassa della media per gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore (35,3%) e per quelli privati (33,3%).

Tav. 12 - Appartenenza degli hospice ad una Rete di Cure Palliative, per tipo di gestione (giugno 2009)

Appartenenza degli hospice ad una Rete di Cure Palliative *(valori assoluti)*	Totale	Regione																		
		Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	F. Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	T. Alto Adige	Umbria	Veneto
Totale hospice che non fanno parte di una Rete di Cure Palliative	62	1	2		2	3	8	2	25	1	1	1	4	1	2	2	1		6
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative informale	2						1		1										
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative formalmente istituita	74	2		1	15	1	3	3	17			9	1	1	1	10	1	1	8
di cui istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	13	2			1		1	1	4			2			1				1
di cui istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria	38				12	1			4			3	1	1		8		1	7
di cui istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria	23			1	2		2	2	9			4				2	1		
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	138	3	2	1	17	4	12	5	43	1	1	10	5	2	3	12	2	1	14

[17] Si tenga conto che l'elaborazione dei dati presentati nel rapporto è terminata in agosto 2009, dunque prima che il 16 settembre 2009 la Camera dei Deputati avesse approvato il Disegno di Legge n. 1771 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore". Nei prossimi anni la Legge n. 38 pubblicata il 19 marzo 2010 in GU avrà certamente un forte impatto sulla riorganizzazione della rete di cure palliative a livello nazionale e regionale e di tutti i soggetti che la compongono.

Tav. 13 - Appartenenza degli hospice ad una Rete di Cure Palliative, per regione (giugno 2009)

Appartenenza degli hospice ad una Rete di Cure Palliative *(valori assoluti)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Totale hospice che non fanno parte di una Rete di Cure Palliative	**62**	**29**	**6**	**20**	**7**
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative informale	**2**			**2**	
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative formalmente istituita	**74**	**41**	**3**	**12**	**18**
di cui istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	13	5	1	2	5
di cui istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria	38	22		5	11
di cui istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria	23	14	2	5	2
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**138**	**70**	**9**	**34**	**25**
(valori percentuali di colonna)					
Totale hospice che non fanno parte di una Rete di Cure Palliative	**44,9%**	**41,4%**	**66,7%**	**58,8%**	**28,0%**
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative informale	**1,4%**	**-**	**-**	**5,9%**	**-**
Totale hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative formalmente istituita	**53,6%**	**58,6%**	**33,3%**	**35,3%**	**72,0%**
di cui istituita formalmente dalla regione / Provincia autonoma	9,4%	7,1%	11,1%	5,9%	20,0%
di cui istituita formalmente dall'Azienda Sanitaria	27,5%	31,4%	-	14,7%	44,0%
di cui istituita formalmente da regione / Provincia autonoma e Azienda Sanitaria	16,7%	20,0%	22,2%	14,7%	8,0%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Si evidenzia infine che il 30% degli hospice operativi (42 su 138 rispondenti) non fanno parte di una Unità di Cure Palliative, né risultano inseriti nell'ambito di una Rete di Cure Palliative formalizzata a livello territoriale (cfr. Tav. 14).

Tav. 14 - Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative e ad una Rete di Cure Palliative formalizzata (giugno 2009)

Hospice che fanno parte di una Rete di Cure Palliative formalizzata		Hospice che fanno parte di una Unità di Cure Palliative	
	Totale	No	Sì
No	**64** (46%)	**42** (30%)	**22** (16%)
Sì	**74** (54%)	**20** (15%)	**54** (39%)
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**138** (100%)	**62** (45%)	**76** (55%)

3.2.6 Livelli assistenziali erogati e modelli assistenziali prevalenti

Nel presente paragrafo vengono analizzati i 4 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 la continuità assistenziale nelle varie fasi della malattia.

I 4 principali livelli assistenziali considerati sono i seguenti:

• **degenza:** assistenza residenziale organizzata in unità di ricovero dotate di autonomia funzionale ed organizzativa;

• **ambulatorio:** assistenza specialistica ambulatoriale tra cui, per esempio: valutazioni multidisciplinari in équipe, colloqui e valutazioni dello psicologo e prestazioni specialistiche ambulatoriali;

• **day hospital / day hospice:** ricovero diurno di pazienti non guaribili in regime di day hospital;

• **assistenza domiciliare:** tutte le possibili declinazioni specifiche di assistenza a domicilio, dall'Assistenza Domiciliare Integrata fino all'Ospedalizzazione Domiciliare[18].

3.2.6.1. Approfondimento sul grado di diffusione dei livelli assistenziali erogati in hospice

Il primo aspetto analizzato è stato il **grado di diffusione dei 4 singoli livelli assistenziali**, nell'ambito delle prestazioni garantite dalle stesse équipe che operano in hospice (cfr. Fig. 5, Tav. 15 e Tav. 16).

Come risultato generale, nel 2009 è stato rilevato un modesto ma significativo incremento della diffusione di tutti i livelli assistenziali erogati in hospice rispetto al 2006, da un minimo del +2% (per il day hospital/day hospice) fino ad un massimo di +7% (per l'assistenza ambulatoriale).

Di seguito sono evidenziate alcune ulteriori note di dettaglio per quanto riguarda il grado di diffusione di ciascun livello assistenziale.

Degenza: Il 59% delle strutture è accreditata per il servizio di degenza (+2% rispetto al 2006), mentre il rimanente 41% risulta semplicemente autorizzato[19]. La quota di hospice con servizio di degenza accreditato risulta inferiore tra le strutture a gestione pubblica (49%) rispetto alle strutture private (83%) e gestite da organizzazioni del Terzo Settore (82%). Occorre segnalare che ciò potrebbe aver risentito del fatto che non in tutte le regioni è stato avviato e portato a conclusione il percorso normativo relativo all'accreditamento, in particolare per le strutture di degenza per malati terminali.

Ambulatorio: Il 56% degli hospice non eroga l'attività ambulatoriale. Il restante 44% dispone invece di tale servizio (+7% rispetto al 2006), con la distinzione tra ambulatori accreditati (31 casi) ed autorizzati (42 casi).

Day hospital/day hospice: l'assistenza in day hospital/day hospice è prevista nel 29% dei casi (+2% rispetto al 2006), dei quali il 13% ha dichiarato di essere accreditato ed il 16% autorizzato[20].

[18] Per approfondimenti sulla definizione dei 4 livelli assistenziali, si veda il "Glossario essenziale" in allegato.
[19] Si sottolinea che il processo di accreditamento degli hospice non è stato avviato in tutte le regione. Per approfondimenti sulla definizione di "accreditamento" ed "autorizzazione", si veda il "Glossario essenziale" in allegato.
[20] Da sottolineare che, alla data della pubblicazione, non tutte le regioni prevedono il servizio di day hospital in hospice.

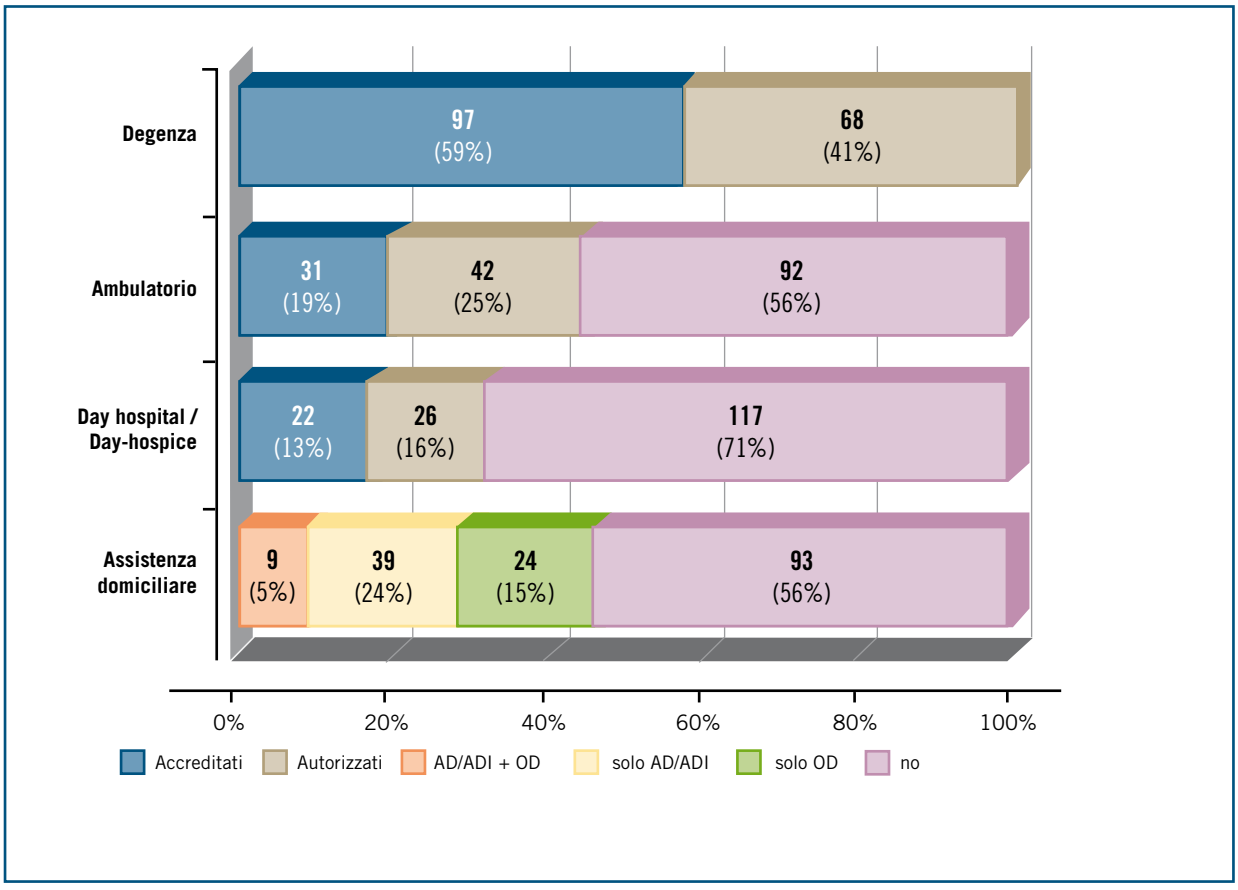
Assistenza Domiciliare:

Il 44% delle strutture eroga direttamente assistenza domiciliare di cure palliative seppur in forme diverse (+4% rispetto al 2006), mentre la maggior parte (56% dei casi) non opera in regime domiciliare.

Dei 72 hospice che hanno dichiarato di erogare Assistenza Domiciliare, si distinguono:

- 39 casi (24%, +2% rispetto al 2006) in cui viene fornita esclusivamente Assistenza Domiciliare diurna (soprattutto ADI - Assistenza Domiciliare Integrata);
- 24 casi (15%, +6% rispetto al 2006) in cui viene fornita esclusivamente Ospedalizzazione Domiciliare 7 giorni su 7, 24 ore su 24;
- 9 casi (5%, +2% rispetto al 2006) in cui il personale dell'hospice fornisce sia il servizio di Assistenza Domiciliare diurna (ADI / AD) sia quello di Ospedalizzazione Domiciliare (OD).

Fig. 5 - I 4 principali livelli assistenziali in hospice (giugno 2009)



** Abbreviazioni utilizzate: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare.*

Tav. 15 - I 4 principali livelli assistenziali in hospice, per tipo di gestione (giugno 2009)

Livelli assistenziali *(valori assoluti)*	Servizi erogati *	Totale	Tipo di gestione			
			pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Degenza	Accreditati	**97**	45	10	28	14
	Autorizzati	**68**	46	2	6	14
Ambulatorio	Accreditati	**31**	19	1	5	6
	Autorizzati	**42**	25	2	8	7
	No	**92**	47	9	21	15
Day hospital / Day hospice	Accreditati	**22**	11	1	6	4
	Autorizzati	**26**	17	1	3	5
	No	**117**	63	10	25	19
Assistenza Domiciliare	Assistenza Domiciliare (AD / ADI) + Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**9**	6	1	2	
	Solo Assistenza Domiciliare (AD / ADI)	**39**	21	2	8	8
	Solo Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**24**	7	6	5	6
	No	**93**	57	3	19	14
TOTALE HOSPICE OPERATIVI		**165**	**91**	**12**	**34**	**28**
(valori percentuali)						
Degenza	Accreditati	**59%**	49%	83%	82%	50%
	Autorizzati	**41%**	51%	17%	18%	50%
Ambulatorio	Accreditati	**19%**	21%	8%	15%	21%
	Autorizzati	**25%**	27%	17%	24%	25%
	No	**56%**	52%	75%	62%	54%
Day hospital / Day hospice	Accreditati	**13%**	11%	8%	18%	14%
	Autorizzati	**16%**	19%	8%	9%	18%
	No	**71%**	70%	83%	74%	68%
Assistenza Domiciliare	Assistenza Domiciliare (AD / ADI) + Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**5%**	7%	8%	6%	0%
	Solo Assistenza Domiciliare (AD / ADI)	**24%**	23%	17%	24%	29%
	Solo Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**15%**	8%	50%	15%	21%
	No	**56%**	62%	25%	56%	50%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI		**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

** Abbreviazioni utilizzate: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare.*

Tav. 16 - I 4 principali livelli assistenziali in hospice, per regione (giugno 2009)

Livelli assistenziali	Servizi erogati *	Totale	Tipo di gestione																		
			Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	F.V. Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	T.A. Adige	Umbria	Veneto
Degenza	accreditati	**97**		1		16		12	3	48	1		2	3	1	2	2	2		4
	autorizzati	**68**	4	1	2	2	4	3	2	3	4	1	9	3	2	3	10		2	13
Ambulatorio	accreditati	**31**		1				1	2	21			1	1		1	2	1		
	autorizzati	**42**	1		1	5	2	5	1	6	1		5	1	3	2	7		1	1
	no	**92**	3	1	1	13	2	9	2	24	4	1	5	4		2	3	1	1	16
Day hospital - Day hospice	accreditati	**22**								18			1	1		1	1			
	autorizzati	**26**	1	2	1		2	4		3			3	1	1	2	6			
	no	**117**	3		1	18	2	11	5	30	5	1	7	4	2	2	5	2	2	17
Assistenza Domiciliare	Assistenza Domiciliare (AD / ADI) + Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**9**						1		6	1						1			
	Solo Assistenza Domiciliare (AD / ADI)	**39**		1	1	6	1	2	1	5			7	1	1		7	1	1	4
	Solo Ospedalizzazione Domiciliare (OD)	**24**	1			2		9		9				1			1			1
	no	**93**	3	1	1	10	3	3	4	31	4	1	4	4	2	5	3	1	1	12
TOTALE HOSPICE OPERATIVI		**165**	**4**	**2**	**2**	**18**	**4**	**15**	**5**	**51**	**5**	**1**	**11**	**6**	**3**	**5**	**12**	**2**	**2**	**17**

** Abbreviazioni utilizzate: AD = Assistenza Domiciliare, ADI = Assistenza Domiciliare Integrata, OD = Ospedalizzazione Domiciliare.*

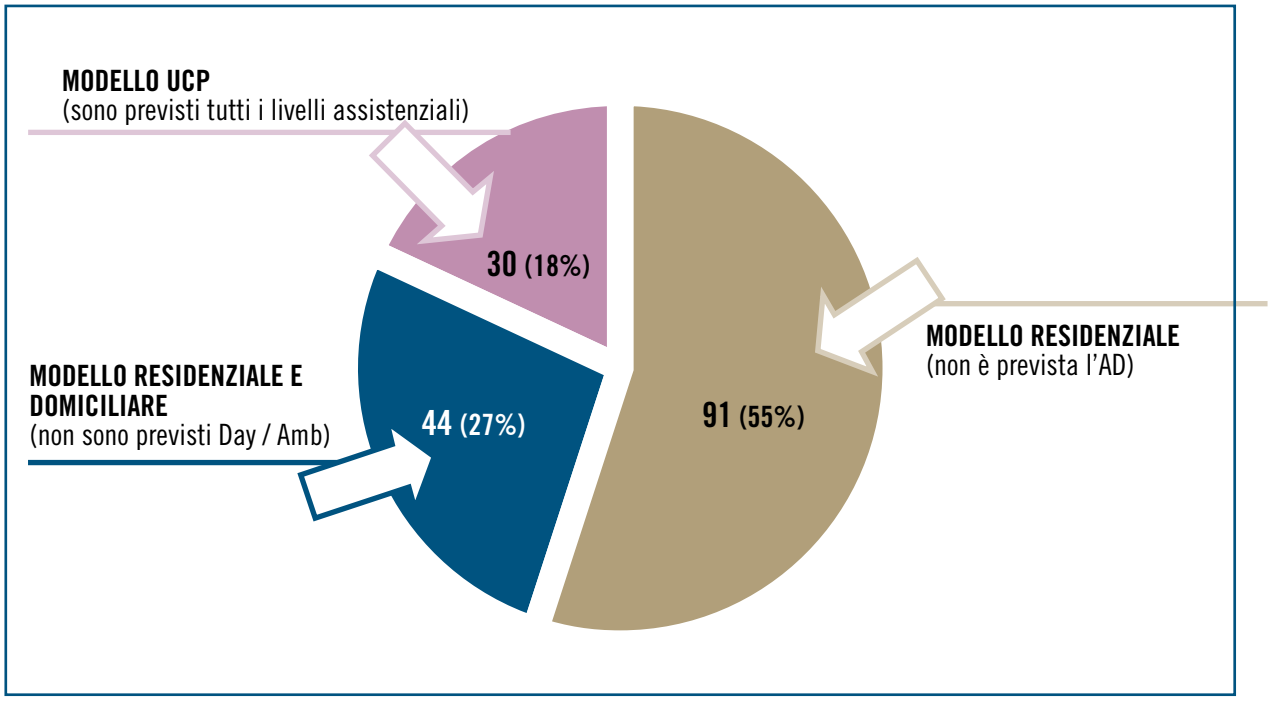
3.2.6.2 Approfondimento sui modelli assistenziali prevalenti in hospice

Dopo avere analizzato il grado di diffusione di ogni singolo livello assistenziale, si è proceduto ad effettuare un'elaborazione più articolata, che ha avuto l'obiettivo di individuare i 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.

In particolare sono stati identificati **3 modelli assistenziali prevalenti** (cfr. Fig. 6, Tav. 17 e Tav. 18):

- **Modello residenziale:** è il modello in base al quale il personale di équipe garantisce al paziente l'assistenza residenziale, eventualmente integrata con i servizi ambulatoriali e/o di day-hospital, ma che non prevede la presa in carico a livello domiciliare. Anche nel 2009 si è confermato il modello più diffuso (91 hospice su 165, pari al 55%), sebbene con una flessione di -5% rispetto al 2006. Il modello residenziale risulta più diffuso della media tra gli hospice pubblici (61%).
- **Modello residenziale e domiciliare:** è il modello intermedio, adottato dagli hospice che gestiscono il percorso assistenziale del paziente sia a livello residenziale sia domiciliare, senza però garantire gli altri 2 livelli: l'assistenza ambulatoriale e il day-hospice. Nel 2009 la diffusione di tale modello ha registrato un leggero incremento rispetto al 2006 (44 hospice su 165, pari al 27%, +3% rispetto al 2006). Il modello residenziale e domiciliare è più diffuso della media tra gli hospice privati (67%).
- **Modello UCP**[21]: è il modello ritenuto più completo, nel quale il personale di équipe che opera in hospice gestisce direttamente tutti i livelli assistenziali necessari a garantire la massima continuità assistenziale al paziente. Anche nel 2009 si conferma nel complesso il modello meno diffuso (30 hospice su 165, pari al 18%), seppure con un incremento di +2% rispetto al 2006. Il modello UCP è più diffuso della media tra gli hospice a gestione mista (29%) e del Terzo Settore (21%).

Fig. 6 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice (giugno 2009)



** Abbreviazioni utilizzate: AD = Assistenza Domiciliare, UCP = Unità di Cure Palliative, Day = Day hospital/hospice, Amb = Ambulatorio*

[21] Per la definizione di UCP - Unità di Cure Palliative, si veda il "Glossario essenziale" in allegato.

Tav. 17 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice, per tipo di gestione (giugno 2009)

Modelli assistenziali prevalenti in hospice *(valori assoluti)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
MODELLO RESIDENZIALE (non è prevista l'Assistenza Domiciliare)	**91**	55	2	20	14
MODELLO RESIDENZIALE E DOMICILIARE (non sono previsti Day hospital e/o Ambulatorio)	**44**	22	8	8	6
MODELLO UCP (sono previsti tutti i 4 principali livelli assistenziali)	**30**	13	2	7	8
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**165**	**90**	**12**	**35**	**28**
(valori percentuali di colonna)					
MODELLO RESIDENZIALE (non è prevista l'Assistenza Domiciliare)	**55%**	61.1%	17%	57%	50%
MODELLO RESIDENZIALE E DOMICILIARE (non sono previsti Day hospital e/o Ambulatorio)	**27%**	24.4%	67%	23%	21%
MODELLO UCP (sono previsti tutti i 4 principali livelli assistenziali)	**18%**	14.5%	17%	20%	29%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

** Abbreviazioni utilizzate: UCP = Unità di Cure Palliative.*

Tav. 18 - Modelli assistenziali prevalenti in hospice, per regione (giugno 2009)

Modelli assistenziali prevalenti in hospice	Totale	Regione																	
		Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	F.V. Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	T.A. Adige	Umbria	Veneto
MODELLO RESIDENZIALE (non è prevista l'Assistenza Domiciliare)	**91**	3	1	1	10	3	1	4	31	4	1	4	4	2	5	3	1	1	12
MODELLO RESIDENZIALE E DOMICILIARE (non sono previsti Day hospital e/o Ambulatorio)	**44**	1			8		11	1	7	1		3	1	1		3	1	1	5
MODELLO UCP (sono previsti tutti i 4 principali livelli assistenziali)	**30**		1	1		1	3		13			4	1			6			
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**165**	**4**	**2**	**2**	**18**	**4**	**15**	**5**	**51**	**5**	**1**	**11**	**6**	**3**	**5**	**12**	**2**	**2**	**17**

** Abbreviazioni utilizzate: UCP = Unità di Cure Palliative.*

3.2.6.3 Approfondimento sui Modelli assistenziali adottati e sulla continuità assistenziale garantita ai pazienti tra hospice e domicilio

Incrociando le informazioni analizzate nel paragrafo precedente (appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative e/o ad una Rete di Cure Palliative formalizzata) rispetto ai Modelli assistenziali prevalenti in hospice, è stato possibile valutare indicativamente il grado di adeguatezza dei Modelli adottati rispetto all'obiettivo generale di garantire la continuità assistenziale ai pazienti tra assistenza residenziale e domiciliare, intesa come possibilità di passaggio del malato fra i 2 set assistenziali secondo un percorso "guidato"[22].

In base ai dati pervenuti dai 138 hospice che hanno partecipato all'indagine nel 2009, si evince che:

- il 47% degli hospice operativi (65 hospice su 138) sono organizzati internamente affinché la propria équipe sia in grado di garantire l'assistenza almeno nei due set assistenziali principali, quello residenziale e domiciliare. Questi hospice corrispondono alla somma di quelli che hanno adottato uno dei due modelli assistenziali "residenziale e domiciliare" oppure "UCP", di cui al paragrafo precedente;

- per quanto riguarda il 53% degli hospice operativi (73 su 138) che hanno adottato un modello assistenziale esclusivamente residenziale, il 45% (33 su 73) non appartiene ad una Unità di Cure Palliative, né è inserito in una Rete di Cure Palliative formalizzata. Risulta pertanto evidente che in questa quota di hospice il continuum del percorso fra assistenza residenziale e domiciliare può essere eventualmente garantito mediante rapporti informali, oppure mediante accordi operativi diretti tra la struttura residenziale e le equipe in essa operanti ed i soggetti che erogano assistenza domiciliare sul territorio. In particolare, 6 di questi 33 hospice hanno dichiarato di avere sottoscritto accordi con soggetti pubblici e/o privati del territorio che erogano cure palliative domiciliari.

Tav. 19 - Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative e ad una Rete di Cure Palliative formalizzata, per Modello assistenziale prevalente (giugno 2009)

Appartenenza degli hospice ad una Unità di Cure Palliative (UCP) *(valori assoluti)*	Appartenenza degli hospice ad una Rete di Cure Palliative formalizzata	Totale	Modello residenziale	Modello residenziale e domiciliare	Modello UCP
no	no	**42**	33	8	1
no	sì	**20**	14	6	-
sì	no	**22**	11	4	7
sì	sì	**54**	15	18	21
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI		**138**	**73**	**36**	**29**
(valori percentuali di colonna)					
no	no	**30%**	45%	22%	3%
no	sì	**14%**	19%	17%	-
sì	no	**16%**	15%	11%	24%
sì	sì	**39%**	21%	50%	72%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI		**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

[22] Si tenga conto che l'elaborazione dei dati presentati nel rapporto è terminata in agosto 2009, dunque prima che il 16 settembre 2009 la Camera dei Deputati avesse approvato il Disegno di Legge n. 1771 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore". Nei prossimi anni la Legge n. 38 pubblicata il 19 marzo 2010 in GU avrà certamente un forte impatto sulla riorganizzazione della rete di cure palliative a livello nazionale e regionale e di tutti i soggetti che la compongono.

3.2.7 Dati prestazionali: numero medio annuo di pazienti presi in carico e durata media della degenza in hospice

Nel presente paragrafo vengono presentate le stime di alcuni dati prestazionali relativi all'anno 2008, calcolati sulla base dei dati raccolti per un campione di 126 hospice[23]; in particolare gli indicatori selezionati sono stati il numero medio annuo di pazienti presi in carico in hospice e la durata media della presa in carico dei pazienti.

3.2.7.1 Approfondimento sul numero medio annuo di pazienti presi in carico in hospice

Per il 2008, il numero medio annuo di pazienti presi in carico in hospice è risultato pari a 153.

Soprattutto in virtù delle diverse dimensioni degli hospice rispetto ai posti letto disponibili, il numero di pazienti presi in carico dagli hospice a gestione pubblica è risultato mediamente inferiore (119), rispetto a quelli degli hospice a gestione mista (154), di quelli gestiti da enti del Terzo Settore (193) e soprattutto di quelli privati (262). Questo dato va confrontato con quanto contenuto nel paragrafo 3.2.3 "Numero di posti letto di degenza disponibili in hospice" nel quale era stato evidenziato che le strutture gestite dal Terzo Settore e dal privato erano caratterizzate da un numero di posti letto superiore rispetto a quelle gestite dal sistema pubblico (v. Tav. 20).

Tav. 20 - Numero medio annuo di pazienti presi in carico, per numero di posti letto di degenza disponibili e tipo di gestione in hospice (rilevazione 2009 su dati 2008)

Numero di posti letto di degenza disponibili	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
meno di 5 posti letto	**54 pazienti**	54 pazienti	-	-	-
da 5 a 10 posti letto	**113 pazienti**	97 pazienti	218 pazienti	120 pazienti	106 pazienti
da 11 a 20 posti letto	**194 pazienti**	187 pazienti	196 pazienti	200 pazienti	196 pazienti
da 21 a 30 posti letto	**394 pazienti**	-	360 pazienti	404 pazienti	391 pazienti
TOTALE	**153 pazienti**	**119 pazienti**	**262 pazienti**	**193 pazienti**	**154 pazienti**

[23] Di tutti i 138 hospice operativi che hanno compilato il questionario online, 126 sono risultati quelli che sono stati operativi per tutti i 12 mesi del 2008.

3.2.7.2 Approfondimento sulla durata media della presa in carico dei paziente in hospice

Per il 2008, la durata media della presa in carico dei pazienti assistiti in hospice è risultata pari a 20,7 giorni.

In generale gli hospice pubblici hanno evidenziato una durata media di presa in carico per paziente pari a 19,5 giorni, inferiore ai 22,2 giorni medi riscontrati per gli hospice gestiti da organizzazioni del Terzo Settore ed ai 21,5 giorni degli hospice privati ed a gestione mista. Negli hospice gestiti da Enti religiosi, in particolare, è stata rilevata la durata media della presa in carico più elevata, pari a 26 giorni.

Negli hospice con modello assistenziale UCP che, si ricorda, garantisce tutti i set assistenziali tipici delle cure palliative, è risultata una durata media di presa in carico pari a 17,4 giorni per paziente, contro i 21,9 giorni riscontrati per gli hospice con modello di tipo residenziale ed i 20,8 giorni per gli hospice con modello residenziale e domiciliare.
A livello territoriale si evidenzia infine che Sardegna, Calabria, Liguria e Toscana sono le regioni con la più bassa durata media della presa in carico per paziente (sempre inferiore ai 17 giorni); viceversa Lazio, Puglia, Umbria e Veneto hanno tutte presentato valori medi superiori ai 23 giorni.

Tav. 21 - Giorni medi di presa in carico per paziente in hospice, suddivisi per modello assistenziale prevalente, regione e tipo di gestione (rilevazione 2009 su dati 2008)

Giorni medi di presa in carico per paziente		Tipo di gestione			
Modello assistenziale prevalente	**Totale**	**pubblica**	**privata**	**Terzo Settore**	**mista**
Modello residenziale	**21,9**	20,7	17,8	23,6	23,7
Modello residenziale e domiciliare	**20,8**	19,1	26,2	23,1	22,0
Modello UCP	**17,4**	15,4	22,9	18,1	17,3
regione					
Basilicata	**20,0**	20,0			
Calabria	**16,8**	17,2			16,4
Campania	**18,9**	18,9			
Emilia-Romagna	**19,6**	17,9		21,8	21,9
Friuli Venezia Giulia	**18,7**	18,8	15,4	22,0	
Lazio	**24,5**	24,4	28,3	19,8	26,5
Liguria	**16,5**	16,9		18,1	14,0
Lombardia	**20,4**	20,7	17,7	21,2	16,0
Marche					
Molise	**20,0**	20,0			
Piemonte	**20,3**	18,4		22,2	21,2
Puglia	**26,3**	21,3		28,9	
Sardegna	**7,0**	7,0			
Sicilia *	**18,4**	16,9			19,9
Toscana	**16,4**	15,5			17,6
Trentino Alto Adige	**18,7**	17,0		20,5	
Umbria	**23,2**				23,2
Veneto	**26,9**	23,5		30,7	33,3
TOTALE HOSPICE OPERATIVI	**20,7**	**19,5**	**21,5**	**22,2**	**21,5**

** Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica*

3.2.8 Supporto al lutto

L'assistenza al lutto, attraverso la quale il personale dell'equipe assistenziale fornisce supporto e sostegno ai familiari dei malati deceduti, rappresenta uno degli aspetti fondamentali sui quali può essere valutata la qualità dell'assistenza erogata nell'ambito delle cure palliative sia nelle strutture residenziali sia domiciliari, anche in virtù dei riferimenti specifici indicati in diversi orientamenti normativi approvati a livello nazionale[24].

In base ai dati raccolti nel 2009, il 91% degli hospice operativi ha dichiarato di garantire qualche forma di supporto al lutto dei familiari.

Più in particolare, l'assistenza al lutto viene fornita nel 49% dei casi da personale qualificato, nel 29% dei casi in base alle necessità valutate dall'équipe, nel 18% dei casi mediante gruppi di auto mutuo aiuto e, infine, nel 5% dei casi su richiesta esplicita dei familiari stessi.

La quota di hospice che forniscono supporto al lutto risulta più elevata tra quelli gestiti da organizzazioni private (100%), del Terzo Settore (97%) ed a gestione mista (96%), mentre è inferiore alla media negli hospice pubblici (86%), ed in particolare negli hospice che hanno adottato il modello assistenziale esclusivamente residenziale (84%). Nell'80% dei casi la durata media dell'assistenza al lutto non supera i 30 giorni.

Tav. 22 - Hospice che garantiscono supporto al lutto dei familiari, per tipo di gestione (giugno 2009)

Hospice che garantiscono supporto al lutto dei familiari *(valori percentuali di colonna)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
non viene fornito supporto al lutto	**9%**	14%	0%	3%	4%
viene fornita qualche forma di supporto al lutto	**91%**	86%	100%	97%	96%
di cui fornita da personale qualificato	**49%**	49%	44%	48%	50%
di cui fornita in caso di necessità (valutata dall'équipe)	**29%**	30%	44%	26%	25%
di cui fornita mediante gruppi di auto mutuo aiuto	**18%**	18%	11%	21%	14%
di cui fornita a richiesta	**5%**	3%	0%	5%	11%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Tav. 23 - Hospice che garantiscono supporto al lutto dei familiari, per modello assistenziale prevalente (giugno 2009)

Hospice che garantiscono supporto al lutto dei familiari (valori percentuali di colonna)	Totale	Modelli assistenziali prevalenti		
		Modello residenziale	Modello residenziale e domiciliare	Modello UCP
non viene fornito supporto al lutto	**9%**	16%	0%	0%
viene fornita qualche forma di supporto al lutto	**91%**	84%	100%	100%
di cui fornita da personale qualificato	**49%**	54%	49%	38%
di cui fornita in caso di necessità (valutata dall'équipe)	**29%**	32%	27%	26%
di cui fornita mediante gruppi di auto mutuo aiuto	**18%**	10%	22%	26%
di cui fornita a richiesta	**5%**	3%	2%	10%
TOTALE HOSPICE OPERATIVI RISPONDENTI	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

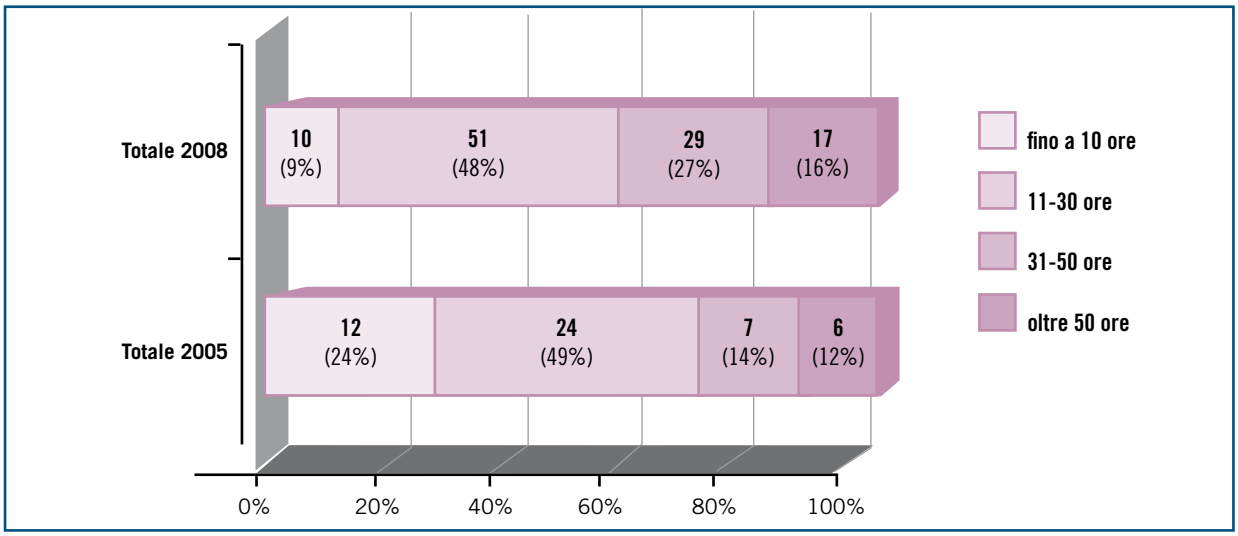
[24] Cfr. "Accordo della Conferenza Unificata sul Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative del 19 aprile 2001"; Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 pag.41; Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 pag.43; DPCM 23/04/2008 - Nuovi LEA erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, pag.18.

3.2.9 Formazione del personale di équipe

Al fine di permettere una corretta valutazione di tendenza, anche nell'edizione 2009 l'analisi relativa alla **formazione del personale di équipe**[25] si è basata sugli stessi indicatori sintetici utilizzati nella prima monografia del 2006, ovvero le ore medie annue di formazione per ogni operatore e le modalità con cui viene svolta la formazione al personale di équipe. Rispetto ai dati del 2005, nel 2008, anno campione sul quale sono stati rilevati i dati per i 107 hospice che hanno risposto, si è assistito ad un generale incremento delle attività formative svolte a favore del personale di équipe che opera in hospice. Le ore medie annue di formazione per ogni operatore sono aumentate da 29,5 a 35,7 (+21%); inoltre è cresciuta la quota di hospice che erogano oltre 30 ore annue di formazione per operatore (dal 26% del 2005 al 43% del 2008).

In particolare, nel triennio considerato, il **numero medio annuo di ore di formazione per operatore** è notevolmente aumentato negli hospice gestiti dalle organizzazioni del Terzo Settore (da 33,8 a 52,4 ore; +55%) e negli hospice a gestione mista (da 18,1 a 32,4 ore; +79%), mentre è rimasto sostanzialmente invariato per gli hospice pubblici (30,1 ore; +1%) e privati (19,6 ore; +2%).

Fig. 7 - Ore medie annue di formazione per ogni operatore di équipe dell'hospice (confronto dati 2005 e 2008)



Tav. 24 - Ore medie annue di formazione per ogni operatore dell'équipe, per tipo di gestione dell'hospice (confronto dati 2005 e 2008)

Ore medie annue di formazione per ogni operatore *(valori assoluti)*	Totale anno 2005	Totale anno 2008	Tipo di gestione			
			pubblica	privata	Terzo Settore	mista
fino a 10 ore	**12**	10	8	2		
11-30 ore	**24**	51	26	2	12	11
31-50 ore	**7**	29	16	1	5	7
oltre 50 ore	**6**	17	5		11	1
TOTALE HOSPICE RISPONDENTI	**49**	107	**55**	**5**	**28**	**19**
Ore medie annue totali (2008)		35,7	***30,1***	***19,6***	***52,4***	***32,4***
Ore medie annue totali (2005)	**29,5**		***29,8***	***19,2***	***33,8***	***18,1***
Incremento % dal 2005 al 2008	***+21%***		***+1%***	***+2%***	***+55%***	***+79%***

Va anche segnalato che è incrementata la percentuale delle strutture che hanno risposto al questionario, 49 su 106 pari al 46,22% nel 2005 e 107 su 165 pari al 65% nel 2009.

[25] La formazione del personale è una attività fondamentale e particolarmente distintiva nell'ambito delle cure palliative residenziali, per via dei molteplici aspetti che devono essere gestiti nella presa in carico dei pazienti e della multidisciplinarietà e multiprofessionalità degli operatori che compongono le équipe.

Per quanto riguarda le **modalità di svolgimento della formazione agli operatori degli hospice**, l'analisi è stata condotta considerando le tre seguenti dimensioni:

Frequenza della formazione: rispetto al 2005, nel 2008 si è registrata una flessione della formazione estemporanea, decisa all'occorrenza (diminuita dal 46% al 24%) e, per contro, si è osservato un tendenziale incremento della formazione pianificata, almeno in parte, con una periodicità prestabilita (aumentata dal 14% nel 2005 al 38% nel 2008).

Organizzazione della formazione: anche per quanto riguarda l'organizzazione della formazione, nel 2008 l'orientamento prevalente è stato quello di organizzare corsi diversificati sia per tutta l'équipe congiuntamente, sia specifica per ciascuna tipologia professionale (48%, +11% rispetto al 2005).

Provenienza dei docenti: per quanto concerne infine la provenienza dei docenti, l'aumentata tendenza a diversificare l'approccio formativo rispetto alle esigenze specifiche dell'équipe e delle singole figure professionali, ha ulteriormente accresciuto la necessità di utilizzare, a seconda dei casi, docenti sia interni che esterni (82% dei casi nel 2008; +17% rispetto al 2005).

Tav. 25 - Modalità di svolgimento della formazione al personale di équipe, per tipo di gestione (confronto anni 2005 e 2008)

Modalità di svolgimento della formazione al personale di équipe			Tipo di gestione				
(valori assoluti)		Totale 2005	Totale 2008	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Frequenza della formazione	decisa all'occorrenza	**35**	**31**	20	3	2	6
	con periodicità prestabilita	**30**	**50**	18	4	15	13
	in parte con periodicità prestabilita, in parte decisa all'occorrenza	**11**	**49**	26	2	16	5
Organizzazione della formazione	per tutta l'équipe congiuntamente	**29**	**49**	33	1	8	7
	per ogni figura distintamente	**13**	**18**	9	2	5	2
	per tutta l'équipe e per ogni figura	**25**	**63**	22	6	20	15
Provenienza dei docenti	solo interni	**14**	**14**	7		2	5
	solo esterni	**9**	**10**	7		3	
	interni ed esterni	**43**	**106**	50	9	28	19
TOTALE HOSPICE RISPONDENTI		**83**	**130**	**64**	**9**	**33**	**24**
(valori percentuali di colonna)							
Frequenza della formazione	decisa all'occorrenza	**46%**	**24%**	31%	33%	6%	25%
	con periodicità prestabilita	**39%**	**38%**	28%	44%	45%	54%
	in parte con periodicità prestabilita, in parte decisa all'occorrenza	**14%**	**38%**	41%	22%	48%	21%
Organizzazione della formazione	per tutta l'équipe congiuntamente	**43%**	**38%**	52%	11%	24%	29%
	per ogni figura distintamente	**19%**	**14%**	14%	22%	15%	8%
	per tutta l'équipe e per ogni figura	**37%**	**48%**	34%	67%	61%	63%
Provenienza dei docenti	solo interni	**21%**	**11%**	11%	0%	6%	21%
	solo esterni	**14%**	**8%**	11%	0%	9%	0%
	interni ed esterni	**65%**	**82%**	78%	100%	85%	79%
TOTALE HOSPICE RISPONDENTI		**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

3.3 APPROFONDIMENTI SUGLI ASPETTI GESTIONALI ED ECONOMICI DEGLI HOSPICE

Questa seconda edizione della monografia sugli hospice italiani è stata arricchita, rispetto alla precedente, con una ulteriore analisi, che ha mirato ad approfondire alcuni importanti aspetti di tipo gestionale ed economico.

L'obiettivo è stato principalmente quello di fornire una fotografia che, seppur non esaustiva, offrisse importanti punti di partenza per l'analisi e la discussione su alcuni aspetti che caratterizzeranno qualitativamente lo sviluppo futuro di un'area fondamentale della rete delle cure palliative. In particolare, su come attualmente vengono gestiti gli hospice, soprattutto in merito alla composizione del personale di équipe multidisciplinare e multiprofessionale, sull'intensità assistenziale erogata, sulle procedure ed i protocolli utilizzati per svolgere le attività e sui costi di gestione sostenuti.

L'approfondimento è stato effettuato somministrando un apposito questionario ad un campione di 17 hospice operativi selezionati ad hoc in base a criteri di importanza, rappresentatività e significatività. Per questi 17 hospice la compilazione del questionario di approfondimento è avvenuta "face to face", intervistando di persona i responsabili delle strutture, in modo da cogliere al meglio tutti i dettagli informativi e di contesto che potessero contribuire a rendere ancora più specifica e dettagliata l'analisi. Lo stesso questionario è stato inoltre autocompilato dai responsabili di ulteriori 15 hospice, in modo da rendere ancora più rappresentativo il campione e garantire un maggiore grado di significatività agli indicatori ed alle stime.

La distribuzione del campione complessivo dei 32 hospice sul quale si è basata l'analisi di approfondimento gestionale ed economico è la seguente:

		Tipo di gestione			
Regione	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Piemonte	**7**	3		2	2
Lombardia	**7**	1	1	3	2
Emilia-Romagna	**6**	2		1	3
Liguria	**2**	1			1
Trentino Alto Adige	**1**	1			
Friuli Venezia Giulia	**1**			1	
Veneto	**3**	3			
Toscana	**1**	1			
Lazio	**2**		1	1	
Puglia	**1**			1	
Sicilia *	**1**				1
Totale campione	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**

* *Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica*

In particolare i 32 hospice del campione sono elencati di seguito.

	Hospice (codice e denominazione)	Città	Referenti intervistati	Ruolo	Data intervista	Modalità
4	HOSPICE FONDAZIONE L'ORSA MAGGIORE BIELLA	Biella (BI)	Raffaella Ambrosio e Monica Lovosetto	Medico responsabile e Impiegata amministrativa	30/07/2009	Intervista diretta
11	HOSPICE CASA DI CURA DOMUS SALUTIS - CONGREGAZIONE SUORE ANCELLE DELLA CARITA'	Brescia (BS)	Giovanni Zaninetta	Responsabile medico e Direttore	23/07/2009	Intervista diretta
9	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE - ACCD - AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA	Cremona (CR)	Donatella Giannunzio	Direttore sanitario	28/07/2009	Intervista diretta
32	HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE DI GARBAGNATE MILANESE - AZIENDA OSPEDALIERA GUIDO SALVINI	Garbagnate Milanese (MI)	Furio Zucco	Direttore di Dipartimento	17/07/2009	Intervista diretta
47	HOSPICE DI BOLZANETO C/O RSA PASTORINO CAROLINA - ASSOCIAZIONE GIGI GHIROTTI	Genova (GE)	Nadia Balletto	Responsabile medico	24/07/2009	Intervista diretta
52	HOSPICE VIA DI NATALE "FRANCO GALLINI"	Aviano (PN)	Carmen Gallini	Presidente	29/06/2009	Intervista diretta
64	HOSPICE MARIATERESA CHIANTORE SERÀGNOLI	Bentivoglio (BO)	Rosanna Favato e Danila Valenti	Direttore e Responsabile medico	08/08/2009	Intervista diretta
66	HOSPICE VALERIO GRASSI DI FORLIMPOPOLI AUSL FORLÌ	Forlimpopoli (FC)	Marco Cesare Maltoni e Stefania Derni	Direttore dell'Unità Operativa	03/07/2009	Intervista diretta
77	HOSPICE TERRITORIALE DI DOVADOLA AUSL FORLÌ - IPAB "OPERA PIA ZAULI"	Dovadola (FC)	Marco Cesare Maltoni	Direttore Sanitario	03/07/2009	Intervista diretta
84	HOSPICE VILLA SPERANZA - SCAI SPA UNIVERSITÀ CATTOLICA SACRO CUORE	Roma (RM)	Francesco La Commare e Adriana Turriziani	Direttore sanitario e Responsabile medico	01/07/2009	Intervista diretta
86	CENTRO ANTEA - RETE DI CURE PALLIATIVE	Roma (RM)	Giuseppe Casale	Coordinatore sanitario scientifico	01/07/2009	Intervista diretta
102	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE - AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS CIVICO E BENFRATELLI	Palermo (PA)	Giorgio Trizzino	Direttore	22/07/2009	Intervista diretta
167	HOSPICE UNITÀ FUNZIONALE DI CURE PALLIATIVE C/O SPEDALI RIUNITI LIVORNO – AUSL 6 LIVORNO	Livorno (LI)	Antonia Mazzoni	Direttore Sanitario	16/07/2009	Intervista diretta
180	HOSPICE AURELIO MARENA - FONDAZIONE "OPERA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO" ONLUS	Bitonto (BA)	Anna Cannone	Direttrice Generale	21/07/2009	Intervista diretta
207	HOSPICE DI GALLIATE - AO UNIVERSITARIA MAGGIORE CARITA' - ASL NOVARA	Galliate (NO)	Aurelio Prino	Direttore UOCP	14/07/2009	Intervista diretta
214	HOSPICE C/O OSPEDALE BELLARIA AUSL BOLOGNA	Bologna (BO)	Rosanna Favato e Danila Valenti	Direttore e Responsabile Medico	08/07/2009	Intervista diretta
279	HOSPICE CASA VIDAS	Milano (MI)	Daniela Cattaneo	Direttore Sanitario	29/07/2009	Intervista diretta
5	HOSPICE BUSCA - STRUTTURA SEMPLICE DI STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE ASL CN1	Busca (CN)	Pietro La Ciura	Direttore Sc Cure Palliative ASL CN 1 Cuneo	07/08/2009	Questionario auto compilato
6	HOSPICE FARO "SERGIO SUGLIANO"	Torino (TO)	Alessandro Valle	Responsabile sanitario	06/08/2009	Questionario auto compilato

	Hospice (codice e denominazione)	Città	Referenti intervistati	Ruolo	Data intervista	Modalità
7	HOSPICE DI LANZO TORINESE	Lanzo Torinese (TO)	Silvana Sabbaa	Responsabile UOCP	07/08/2009	Questionario auto compilato
8	HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO	Bergamo (BG)	Aldo Brevi e Antonella Gioisis	Responsabile e aiuto medico	06/08/2009	Questionario auto compilato
33	HOSPICE VILLA ADA SECUNDA DOMUS ISTITUTI CLINICI ZUCCHI	Carate Brianza (MB)	Amedeo Salvioni	Responsabile UOCP	04/08/2009	Questionario auto compilato
39	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE SAN MARTINO DI MEDE - AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA	Mede (PV)	Pietro Preti	Medico responsabile e Direttore Sanitario	11/08/2009	Questionario auto compilato
50	HOSPICE DI MEZZOLOMBARDO - APSS TRENTO	Mezzolombardo (TN)	Luca Ottolini	Medico sanitario di Servizio	03/08/2009	Questionario auto compilato
55	HOSPICE SAN CRISTOFORO	Cologna Veneta (VR)	Agostino Mascanzoni	Referente Hospice	07/08/2009	Questionario auto compilato
56	HOSPICE C/O EX OSPEDALE MONTAGNANA ULSS 17 ESTE	Montagnana (PD)	Roberto Marchetto	Referente Hospice	07/08/2009	Questionario auto compilato
70	HOSPICE CASA MADONNA DELL'ULIVETO	Montericco di Albinea (RE)	Annamaria Marzi	Responsabile Hospice e Responsabile infermieristico	06/08/2009	Questionario auto compilato
74	HOSPICE CENTRO CURE PROGRESSIVE "PIETRO CORUZZI" DI LANGHIRANO AZIENDA SOCIALE SUD EST	Langhirano (PR)	Matteo Moroni	Direttore Sanitario	05/08/2009	Questionario auto compilato
111	HOSPICE IL GELSO - ASL AL ALESSANDRIA	Alessandria (AL)	Valeria Ghelleri	Responsabile Infermieristico	28/07/2009	Questionario auto compilato
134	HOSPICE DI COSTARAINERA - STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE - ASL 1 IMPERIESE	Costarainera (IM)	Giorgio Tubere	Medico responsabile	31/08/2009	Questionario auto compilato
208	HOSPICE VILLA SCLOPIS - ASSOCIAZIONE CASAINSIEME - ASL TO4	Salerano Canavese (TO)	Giovanni Bersano	Direttore medico	31/07/2009	Questionario auto compilato
210	HOSPICE SAN GIUSEPPE DI MARZANA - ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI	Verona (VR)	Roberto Borin	Direttore di Distretto	30/07/2009	Questionario auto compilato

3.3.1 Composizione dell'équipe che opera in hospice

Per analizzare in che modo vengono gestite le attività in hospice, il primo aspetto su cui è stata focalizzata l'attenzione si riferiva alla composizione dell'équipe assistenziale, in particolare al numero e alla tipologia delle figure professionali che operano all'interno delle strutture residenziali di cure palliative.

Sulla base dei dati raccolti per i 32 hospice operativi coinvolti nell'indagine di approfondimento, sono stati predisposti alcuni indicatori sintetici di complessità assistenziale relativi alla composizione dell'équipe, i cui risultati vengono illustrati e commentati nel presente paragrafo.

Le tre principali figure professionali presenti nell'équipe degli hospice: medici, infermieri ed operatori assistenziali

Medici, infermieri ed operatori assistenziali (Oss, Ota, Asa, ausiliari, ecc…) sono le figure professionali risultate presenti in tutte le 32 équipe analizzate. Per tali figure, come indicatore sintetico di complessità assistenziale è stato assunto il numero medio di posti letto nei quali ogni singolo professionista dell'équipe ha erogato la propria assistenza[26].

Le équipe dei 32 hospice analizzati sono risultate composte da (Tav. 26):

- Un medico a tempo pieno, in media ogni 5,3 posti letto;
- Un infermiere a tempo pieno, in media ogni 1,6 posti letto;
- Un operatore assistenziale a tempo pieno, in media ogni 1,7 posti letto.

I dati riportati nella tabella 26 permettono inoltre di evidenziare le differenze riscontrate rispetto al tipo di gestione degli hospice: da essi emerge che gli hospice a gestione mista sono quelli con il maggiore numero di medici, infermieri ed operatori assistenziali in rapporto ai posti letto. Risulta evidente dai dati pervenuti che le strutture gestite dal Terzo Settore sono caratterizzate da equipe dotate di un numero superiore di professionisti, soprattutto medici e infermieri, in rapporto ai posti letto. Inoltre è evidente che il numero di medici ha il suo valor massimo nelle strutture pubbliche rispetto al valor minimo delle strutture private e che le strutture private sono caratterizzate dal maggior numero di operatori assistenziali che sembra compensare il minor numero di medici e infermieri rispetto alle altre tipologie gestionali.

[26] Per rendere i dati confrontabili tra tutti gli hospice, il numero medio di posti letto la cui assistenza è gestita da un singolo professionista dell'équipe è stato calcolato "a tempo pieno equivalente", ovvero correggendo i dati reali rispetto alle figure professionali impegnate a tempo parziale e/o in diversi set assistenziali, e trasformandoli in termini di figure professionali impegnate a tempo pieno esclusivamente per l'assistenza residenziale. In particolare, il *numero di operatori impegnati a tempo pieno solo per l'assistenza residenziale* è un valore "virtuale" calcolato come rapporto tra la "somma delle ore settimanali reali di assistenza erogate da tutto il personale in regime residenziale" e le "ore settimanali di attività a tempo pieno" (38 ore settimanali per i medici, 36 ore settimanali per gli infermieri e gli operatori assistenziali). Si evidenzia che, nel calcolo degli indicatori, i valori "virtuali" si riferiscono solo al numero di operatori "a tempo pieno equivalente", mantenendo però inalterato il monte ore complessivo di assistenza reale erogata.

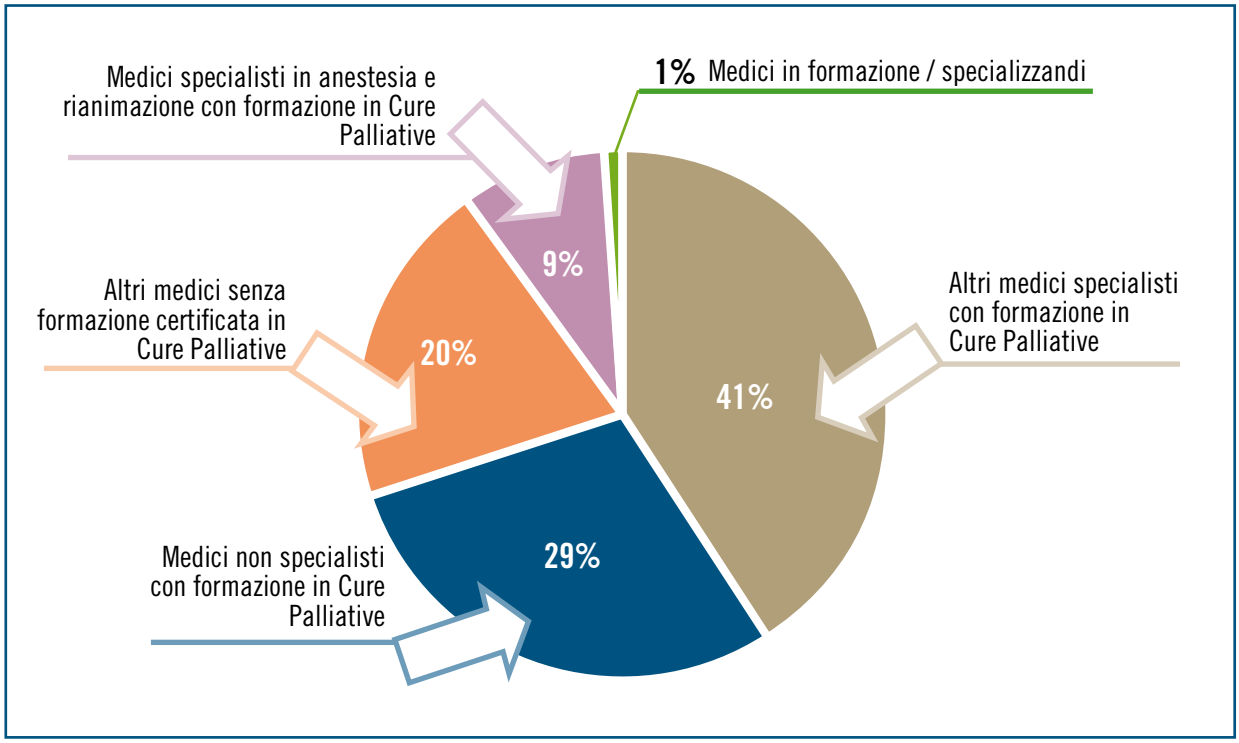
Tav. 26 - Numero medio di posti letto in carico ad ogni singolo professionista dell'équipe, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE Numero medio di posti letto in carico ad ogni singolo professionista dell'équipe	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
N. medio di posti letto la cui assistenza è gestita da un medico a tempo pieno	**5,3**	6,1	4,6	5,6	4,5
N. medio di posti letto la cui assistenza è gestita da un infermiere a tempo pieno	**1,6**	1,6	1,7	1,8	1,3
N. medio di posti letto la cui assistenza è gestita da un operatore assistenziale a tempo pieno	**1,7**	1,7	2,6	1,7	1,5

Tenendo conto che i 32 hospice considerati nell'analisi rappresentano un campione di strutture con una rilevante esperienza[27] nell'ambito delle cure palliative residenziali, gli indicatori di "complessità assistenziale" illustrati nella Tav. 26 potrebbero anche assumere il significato di valori empirici di riferimento per consentire un buon equilibrio organizzativo dell'équipe ed un adeguato livello di intensità assistenziale a favore dei pazienti presi in carico in hospice. Risulta evidente che il punto cruciale non è rappresentato solamente dal numero globale degli operatori in rapporto ai posti letto ma, soprattutto, il rapporto numerico fra le 3 figure professionali fondamentali nella composizione dell'equipe. Più nello specifico il punto cruciale, attualmente fonte di differenza fra le strutture a differente gestione, è rappresentato dal rapporto fra numero degli infermieri e numero di operatori assistenziali. Va oltretutto tenuto presente che nella definizione "operatori assistenziali" sono contenuti professionisti con ruoli, funzioni e professionalità fra loro differenti (Oss, Asa, Ota etc) in base alle normative nazionali e regionali vigenti.

La seguente Fig. 8 permette inoltre di analizzare le differenti estrazioni professionali dei medici che operano in hospice, evidenziando in che misura ciascuna tipologia di medici risulta presente nelle équipe assistenziali.

Fig. 8 - Tipologie di medici presenti nelle équipe degli hospice (giugno 2009)



[27] In media i 32 hospice del campione risultano operativi da oltre 6 anni, con un range che varia dai 2 ai 13 anni.

Le altre figure professionali che compongono le équipe degli hospice: psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali ed altri specialisti.

Per completare il profilo multidisciplinare e multiprofessionale delle équipe degli hospice, si segnala che, in base ai risultati pervenuti, esse risultano formate – oltre che da medici, infermieri ed operatori professionali – anche da altre figure professionali, quali psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali, dietologi, nutrizionisti, musicoterapisti, cromoterapisti, mediatori culturali multietnici, terapisti occupazionali ed altri specialisti ancora.

Si tratta di figure professionali non sempre presenti in tutte le équipe che operano nelle strutture residenziali di cure palliative che, molto spesso, sono inserite con un rapporto libero professionale e con un impegno settimanale in hospice solo per poche ore.

Per tali figure, come indicatore sintetico di complessità assistenziale, è stata utilizzata la quota di hospice nei quali sono presenti le diverse figure professionali all'interno dell'équipe assistenziale.

Tav. 27 - Presenza delle differenti figure professionali nelle équipe, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE Numero di hospice dove sono presenti le varie figure professionali nell'équipe assistenziale	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
(valori assoluti)					
Psicologi	**30**	11	2	9	8
Fisioterapisti / terapisti per la riabilitazione	**23**	7	1	8	7
Dietisti, dietologi, nutrizionisti	**3**	1		1	1
Altre figure professionali (musicoterapisti, cromoterapisti, terapisti occupazionali, riflessologi, pet-terapisti…)	**11**	1	1	5	4
Assistenti spirituali	**32**	12	2	9	9
Assistenti sociali	**17**	5	2	4	6
Mediatori culturali multietnici	**4**	2		1	1
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
(valori percentuali di colonna)					
Psicologi	**94%**	92%	100%	100%	89%
Fisioterapisti / terapisti per la riabilitazione	**72%**	58%	50%	89%	78%
Dietisti, dietologi, nutrizionisti	**9%**	8%	-	11%	11%
Altre figure professionali (musicoterapisti, cromoterapisti, terapisti occupazionali, riflessologi…)	**34%**	8%	50%	56%	44%
Assistenti spirituali	**100%**	100%	100%	100%	100%
Assistenti sociali	**53%**	42%	100%	44%	67%
Mediatori culturali multietnici	**13%**	17%	-	11%	11%
TOTALE CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Analizzando i dati raccolti per il campione dei 32 hospice coinvolti nell'indagine di approfondimento, è emerso che:

- L'assistente spirituale è presente in tutti gli hospice del campione osservato (100%);
- della maggior parte delle equipe fa parte uno psicologo (94%);
- circa 3 hospice su 4 (72%) dispongono di un fisioterapista nella propria équipe;
- poco più della metà delle équipe (53%) prevedono la presenza di un assistente sociale;
- circa 1 hospice su 3 (34%) ha inserito nella propria équipe alcune tipologie di figure professionali specifi-

che, quali ad esempio terapisti occupazionali, esperti in reflesso terapie, musicoterapeuti, cromoterapisti;

- tendenzialmente poco diffusa è la presenza di altre figure professionali, quali dietisti, dietologi e nutrizionisti (9%) oppure mediatori culturali multietnici (13%).

È interessante osservare come, da un punto di vista generale, gli hospice a gestione pubblica, tendano ad avere un grado di complessità dell'équipe inferiore a quello rilevato per gli hospice privati, del Terzo Settore ed a gestione mista.

3.3.1.1 Approfondimento sul grado di integrazione tra le équipe che operano in hospice ed a domicilio

Come abbiamo rilevato in precedenza, una parte delle strutture operative che erogano assistenza in cure palliative prevede la possibilità della presa in carico dei malati sia in regime residenziale sia a domicilio da parte di equipe gestite dallo stesso soggetto che gestisce la struttura. Come ulteriore elemento utile a comprendere quali siano le modalità organizzative del personale adottate in tali strutture, è stato analizzato il grado di integrazione tra le équipe professionali che assistono i pazienti in hospice e quelle che operano a domicilio.

Tav. 28 - Grado di integrazione tra l'équipe che opera in hospice e l'équipe che opera a domicilio, per modello assistenziale prevalente (giugno 2009)

INDICATORI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE Grado di integrazione tra le équipe assistenziali che operano in hospice ed a domicilio	Totale	Modello assistenziale prevalente		
		modello residenziale	modello residenziale e domiciliare	modello UCP
Esiste solo l'équipe dell'hospice	**11**	11		
Integrazione totale (vi è una équipe unica, che opera sia in hospice sia a domicilio)	**6**		2	4
Integrazione parziale (vi sono 2 équipe, con una parte del personale in comune tra hospice e domicilio)	**9**		6	3
Nessuna integrazione (vi sono 2 équipe totalmente separate)	**6**		1	5
TOTALE CAMPIONE	**32**	**11**	**9**	**12**

Sulla base dei dati raccolti dal campione dei 32 hospice intervistati, è emersa una grande variabilità rispetto all'organizzazione ed al livello di integrazione delle équipe:

- 11 hospice su 32 (34%) dispongono solo dell'équipe che opera in hospice, poiché hanno adottato un modello assistenziale esclusivamente residenziale;
- 21 hospice erogano sia assistenza residenziale sia domiciliare, dei quali:

  - 6 hospice su 32 (19%) prevedono un'integrazione totale delle équipe, ovvero è presente una équipe unica che opera sia in hospice sia a domicilio;

  - 9 hospice su 32 (28%) prevedono un'integrazione parziale delle équipe, ovvero sono presenti 2 équipe che condividono parte del personale, soprattutto alcuni medici e/o infermieri che operano sia in hospice sia a domicilio;

  - 6 hospice su 32 (19%) hanno infine organizzato 2 équipe totalmente separate, una che opera in hospice e l'altra impegnata nell'assistenza a domicilio.

Si rileva infine che tra gli hospice che hanno adottato il "modello UCP" prevale la tendenza ad avere équipe del tutto separate (5 casi su 12), mentre tra gli hospice che hanno adottato il "modello residenziale e domiciliare" prevalgono le équipe parzialmente integrate (6 casi su 9).

3.3.2 Indicatori di intensità assistenziale erogata in hospice

Per quanto riguarda la valutazione dell'intensità assistenziale, nel presente paragrafo vengono proposti alcuni indicatori determinati sulla base dei dati raccolti per i 32 hospice del campione, che riguardano gli standard organizzativi relativi alla presenza del personale di équipe in hospice ed i minuti medi di assistenza giornaliera erogati per paziente.

3.3.2.1 Approfondimento sugli standard organizzativi di presenza del personale di équipe in hospice

Per quanto riguarda gli standard organizzativi adottati, la stragrande maggioranza delle 32 strutture analizzate prevedeva:

- la presenza in hospice (o almeno la reperibilità) di un medico 7 giorni su 7, 24 ore su 24 (28 hospice su 32, pari all'88%);
- la presenza continuativa in hospice di infermieri professionali e di operatori assistenziali 7 giorni su 7, 24 ore su 24 (31 hospice su 32, pari al 97%).

Gli unici 4 casi che hanno dichiarato di non essere allineati rispetto ai suddetti standard organizzativi si riferiscono a 2 hospice pubblici e 2 hospice a gestione mista, in particolare essi garantiscono la presenza di un medico in hospice solo nei giorni feriali (in un caso anche nei prefestivi) e solo in fascia diurna.

Tav. 29 - Standard organizzativi relativi alla presenza del personale di équipe in hospice, per tipo di gestione (giugno 2009)

INDICATORI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE		Tipo di gestione			
Presenza (o reperibilità) di almeno un medico in hospice	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
7 giorni su 7, 24 ore su 24	28	10	2	9	7
tutti i giorni feriali, solo in fascia diurna	3	2			1
tutti i giorni feriali e prefestivi, solo in fascia diurna	1				1
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
Presenza continuativa di infermieri professionali in hospice					
7 giorni su 7, 24 ore su 24	31	12	2	9	8
tutti i giorni feriali, 24 ore su 24	1				1
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
Presenza continuativa di operatori assistenziali (Oss, Ota, Asa, ausiliari…) in hospice					
7 giorni su 7, 24 ore su 24	31	12	2	9	8
tutti i giorni feriali, 24 ore su 24	1				1
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**

3.3.2.2 Approfondimento sull'intensità assistenziale giornaliera per paziente

A conferma che il campione dei 32 hospice intervistati rappresenta una selezione di strutture tendenzialmente "di eccellenza", si evidenzia che i valori medi giornalieri di assistenza per posto letto risultano in molti casi superiori agli standard proposti per gli hospice previsti dalla Commissione LEA nel maggio 2007*. Da notare che anche gli indicatori netti di intensità assistenziale[28], ottenuti considerando solo la quota di assistenza diretta ai pazienti al netto dei briefing quotidiani per il coordinamento operativo e delle riunioni di équipe, si mantengono quasi sempre su livelli sufficientemente adeguati. Si rileva inoltre che gli hospice a gestione mista hanno dichiarato valori di intensità assistenziale superiori alla media, soprattutto per quanto riguarda le tre principali figure professionali dell'équipe – medici, infermieri ed operatori assistenziali.

Nell'interpretazione dei dati si faccia riferimento anche alla Tav. 26, relativa alle dotazioni organiche. Le strutture private, che avevano dichiarato un numero di medici e di infermieri inferiore alla media e un numero di operatori assistenziali maggiore, hanno invece indicato minutaggi di assistenza diretta per paziente mediamente inferiori; le strutture pubbliche, che hanno indicato il massimo numero di medici nella dotazione organica, hanno invece riferito il minutaggio assistenziale diretto inferiore.

Tav. 30 - Minuti medi di assistenza giornaliera erogati per ogni paziente, per tipo di gestione (giugno 2009)

INDICATORI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE **Minuti medi di assistenza giornaliera per posto letto** *(**indicatori lordi**, compresa l'assistenza diretta, i briefing quotidiani, il coordinamento dei passaggi di consegne e le riunioni di équipe)*	**Totale**	**Tipo di gestione**				
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista	Standard LEA hospice *
Medico	**61,3**	53,3	71,6	58,5	72,3	30
Infermiere	**201,4**	203,5	191,8	179,1	242,7	180
Operatore assistenziale (Oss, Ota, Asa…)	**191,9**	189,6	123,4	191,7	222,1	180
Fisioterapista	**6,6**	6,2	5,1	7,6	5,7	7
Psicologo	**8,4**	9,1	7,9	8,2	8,1	8
Dietista / nutrizionista	**0,2**	0,1	0,0	0,1	0,4	-
Assistente sociale	**4,0**	1,9	2,1	6,5	2,6	8
Assistente spirituale	**4,9**	2,7	10,3	5,5	4,4	5
Mediatore culturale multietnico	**0,2**	0,3	0,0	0,1	0,2	-
Altri professionisti	**2,7**	1,2	8,1	2,4	2,9	-
*(**indicatori netti**, considerando solo la quota di assistenza diretta ai pazienti sul totale delle ore di attività in hospice)*	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista	
Medico	**52,2**	38,3	56,6	53,1	66,1	30
Infermiere	**179,8**	180,8	172,0	157,6	223,8	180
Operatore assistenziale (Oss, Ota, Asa…)	**175,6**	171,4	113,5	176,9	207,0	180
Fisioterapista	**6,0**	5,6	4,7	6,9	5,4	7
Psicologo	**6,8**	7,4	6,5	6,3	7,1	8
Dietista / nutrizionista	**0,2**	0,1	0,0	0,1	0,4	-
Assistente sociale	**3,1**	1,5	1,6	3,9	2,1	8
Assistente spirituale	**4,5**	2,5	9,6	5,0	4,3	5
Mediatore culturale multietnico	**0,1**	0,3	0,0	0,1	0,2	-
Altri professionisti	**2,5**	1,2	7,7	2,2	2,7	-

** Fonte: Documento Tecnico Approvato dalla Commissione LEA del Ministero della salute* "Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali" del 30 maggio 2007 *ad integrazione del DPCM 20/01/2000.*

[28] Gli indicatori netti sono stati ottenuti applicando agli indicatori lordi le quote % medie di assistenza diretta dichiarate dagli intervistati. Si evidenzia tuttavia che i dati relativi alle quote di assistenza diretta rappresentano stime che devono essere considerate indicative, formulate dai responsabili degli hospice principalmente sulla base dell'esperienza ed esplicitate solo per il 50% delle strutture intervistate. Infatti alcuni dati sembrano in netta contraddizione con quanto rilevato nel Paragrafo relativo alle dotazioni organiche/pl.

Tav. 31 - Quote % medie di assistenza diretta sul totale del monte ore complessivo, per tipo di gestione (giugno 2009)

INDICATORI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE Quote % medie di assistenza diretta sul totale del monte ore complessivo	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	Privata	Terzo Settore	mista
Medico	**85%**	72%	79%	91%	91%
Coordinatore infermieri / AFD / caposala	**49%**	29%	60%	57%	64%
Infermiere	**89%**	89%	90%	88%	92%
Operatore assistenziale (Oss, Ota, Asa…)	**92%**	90%	92%	92%	93%
Fisioterapista	**91%**	89%	92%	90%	95%
Psicologo	**81%**	81%	82%	76%	88%
Dietista / nutrizionista	**94%**	100%	94%	91%	91%
Assistente sociale	**77%**	83%	74%	60%	80%
Assistente spirituale	**93%**	92%	93%	91%	97%
Mediatore culturale	**94%**	95%	94%	95%	91%
Altre figure professionali	**93%**	100%	95%	90%	95%

3.3.3 Gestione della presa in carico dei pazienti in hospice

Per quanto riguarda la gestione della presa in carico dei pazienti, si rileva che:

- Quasi tutti gli hospice del campione hanno specificato con atto/procedura formale i criteri:
  - per valutare l'eleggibilità alla presa in carico dei pazienti (29 hospice su 32, pari al 91%);
  - per gestire i tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili (28 hospice su 32, pari all'88%);
  - per gestire la presa in carico dei pazienti (29 hospice su 32, pari al 91%);
- Tutti i 32 hospice del campione hanno dichiarato di avere una lista di attesa dei pazienti valutati eleggibili;
- La media del tempo trascorso dalla richiesta di ingresso in hospice alla presa in carico effettiva del paziente è risultata pari a 5 giorni, con un range variabile dai 3,5 giorni per il "modello residenziale" a gestione pubblica ai 12,4 giorni per il "modello residenziale e domiciliare" del Terzo Settore;
- 14 hospice su 32 (44%) prendono in carico oltre il 50% dei pazienti eleggibili entro 3 giorni (72 ore) dalla richiesta di ingresso in hospice.

Tav. 32 - Indicatori di gestione della presa in carico dei pazienti, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO		Tipo di gestione			
Numero di hospice che hanno:	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
specificato con atto/procedura formale i criteri per valutare l'eleggibilità alla presa in carico dei pazienti	**29**	11	2	7	9
specificato con atto/procedura formale i criteri per gestire i tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili	**28**	9	2	8	9
specificato con atto/procedura formale i criteri per gestire la presa in carico dei pazienti	**29**	10	2	8	9
una lista di attesa dei pazienti valutati eleggibili alla presa in carico	**30**	10	2	9	9
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
Numero medio di giorni trascorsi dalla richiesta di ingresso in hospice alla presa in carico effettiva del paziente	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
modello residenziale	**3,8**	3,5		1,0	4,7
modello residenziale e domiciliare	**6,9**	4,5		12,4	2,0
modello UCP	**4,6**	5,2	7,0	2,7	6,0
MEDIA COMPLESSIVA	**5,0**	**4,3**	**7,0**	**5,8**	**4,7**
Numero di hospice suddivisi per quota % di pazienti presi in carico entro 3 giorni (72 ore) dalla richiesta di ingresso in struttura	**Totale**	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
fino al 30% dei pazienti	**8**	2	2	2	2
31-50% dei pazienti	**10**	4		4	2
51-70% dei pazienti	**7**	3		2	2
oltre 70% dei pazienti	**7**	3		1	3
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**

3.3.4 Gestione delle prestazioni e delle attività assistenziali in hospice

Gli indicatori proposti nel presente paragrafo permettono di effettuare un'analisi articolata in merito alla presenza o meno di procedure e/o atti formali in base ai quali l'équipe svolge la propria attività assistenziale in hospice.

La maggior parte dei responsabili degli hospice (dal 72% al 91% del campione) ha dichiarato di avere formalizzato criteri e/o protocolli specifici per gestire il controllo ed il trattamento del dolore e dei sintomi, le emergenze sanitarie, la sedazione palliativa e gli aspetti specifici dell'assistenza infermieristica; si segnala che al livello inferiore vi è l'area dell'alimentazione e della idratazione, soprattutto in ambito pubblico.

Viceversa è risultata molto meno diffusa (dal 25% al 56%) la tendenza a formalizzare i criteri per la gestione prettamente assistenziale, "non sanitaria", del paziente, del sostegno ai familiari durante l'accompagnamento, della comunicazione al paziente ed ai familiari e del supporto ai familiari nella fase di lutto. Molto spesso tali attività vengono gestite in base alle esigenze quotidiane ed a prassi che tendono sempre più a consolidarsi con l'esperienza, ma manca ancora in molti casi l'orientamento alla formalizzazione di procedure e protocolli specificamente dedicati.

Tav. 33 - Grado di formalizzazione dei criteri/protocolli utilizzati per gestire le attività assistenziali, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI GESTIONE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI Hospice che hanno specificato con atto/procedura formale criteri e/o protocolli specifici per gestire le seguenti attività assistenziali: (valori assoluti)	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
il controllo ed il trattamento del dolore	**26**	10	2	7	7
il controllo ed il trattamento degli altri sintomi	**25**	9	2	7	7
l'alimentazione e l'idratazione	**23**	8	2	7	6
le emergenze sanitarie	**26**	9	2	8	7
la sedazione palliativa	**27**	11	1	7	8
il nursing	**29**	10	2	8	9
l'audit clinico	**15**	4	1	6	4
l'assistenza e l'accompagnamento del paziente	**13**	3		5	5
l'assistenza ed il sostegno ai familiari durante l'accompagnamento	**13**	4		5	4
la comunicazione/informazione al paziente	**15**	4	1	5	5
la comunicazione/informazione ai familiari	**15**	4	1	5	5
il supporto ai familiari nella fase di lutto	**13**	4		5	4
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
(valori percentuali di colonna)					
il controllo ed il trattamento del dolore	**81%**	83%	100%	78%	78%
il controllo ed il trattamento degli altri sintomi	**78%**	75%	100%	78%	78%
l'alimentazione e l'idratazione	**72%**	67%	100%	78%	67%
le emergenze sanitarie	**81%**	75%	100%	89%	78%
la sedazione palliativa	**84%**	92%	50%	78%	89%
il nursing	**91%**	83%	100%	89%	100%
l'audit clinico	**47%**	33%	50%	67%	44%
l'assistenza e l'accompagnamento del paziente	**41%**	25%	-	56%	56%
l'assistenza ed il sostegno ai familiari durante l'accompagnamento	**41%**	33%	-	56%	44%
la comunicazione/informazione al paziente	**47%**	33%	50%	56%	56%
la comunicazione/informazione ai familiari	**47%**	33%	50%	56%	56%
il supporto ai familiari nella fase di lutto	**41%**	33%	-	56%	44%
TOTALE CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

3.3.5 Gestione organizzativa del personale di équipe dell'hospice

Nel presente paragrafo si intende approfondire l'analisi delle modalità con cui viene gestita l'organizzazione delle attività del personale di équipe. Anche in questo caso l'analisi è stata condotta con l'ausilio di alcuni indicatori definiti in modo specifico per cogliere la realtà dei vari aspetti considerati, in particolare il grado di formalizzazione dei criteri per gestire l'organizzazione del personale, la frequenza con cui avvengono i briefing di coordinamento del personale di turno e le riunioni dell'équipe multidisciplinare, e la gestione del supporto psico-emotivo al personale di équipe.

3.3.5.1 Approfondimento sul grado di formalizzazione dei criteri per gestire l'organizzazione del personale

La gestione organizzativa del personale di équipe dell'hospice avviene più spesso in base a prassi operative condivise informalmente e solo in alcuni casi esistono atti e/o procedure formalizzate. In generale, le attività a cui corrisponde il maggiore livello di formalizzazione gestionale sono il coordinamento del personale di turno e la discussione clinico-assistenziale dei casi (75% dei casi del campione) e le modalità con cui avvengono le riunioni dell'équipe multi-disciplinare (66% dei casi del campione).

Per quanto riguarda invece altre attività gestionali comunque fondamentali – ad esempio il reclutamento del nuovo personale di équipe, la valutazione periodica del personale, la formazione del personale, il supporto psico-emotivo al personale oppure la gestione dei volontari – la presenza di atti formali che definiscono i criteri di gestione delle attività sono molto meno diffusi (40-50% dei casi del campione).

Tav. 34 - Grado di formalizzazione dei criteri utilizzati per gestire l'organizzazione del personale, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI GESTIONE DEL PERSONALE Hospice che hanno specificato con atto/procedura formale i criteri specifici per gestire l'organizzazione delle seguenti attività del personale: (valori assoluti)	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
per coordinare il personale di turno e la discussione clinico-assistenziale dei casi	**24**	9	1	6	8
per gestire le riunioni dell'équipe multi-disciplinare	**21**	8	1	6	6
per gestire il reclutamento del nuovo personale di équipe	**17**	5	1	4	7
per gestire la valutazione periodica del personale di équipe	**18**	7	1	4	6
per gestire le attività dei volontari	**18**	5	2	5	6
per gestire il supporto psico-emotivo al personale di équipe	**13**	3		5	5
per gestire la formazione specialistica continua del personale di équipe	**16**	5	1	6	4
per gestire la formazione propedeutica e l'inserimento del nuovo personale nell'équipe	**17**	6		6	5
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**
(valori percentuali di colonna)					
per coordinare il personale di turno e la discussione clinico-assistenziale dei casi	**75%**	75%	50%	67%	89%
per gestire le riunioni dell'équipe multi-disciplinare	**66%**	67%	50%	67%	67%
per gestire il reclutamento del nuovo personale di équipe	**53%**	42%	50%	44%	78%
per gestire la valutazione periodica del personale di équipe	**56%**	58%	50%	44%	67%
per gestire le attività dei volontari	**56%**	42%	100%	56%	67%
per gestire il supporto psico-emotivo al personale di équipe	**41%**	25%	-	56%	56%
per gestire la formazione specialistica continua del personale di équipe	**50%**	42%	50%	67%	44%
per gestire la formazione propedeutica l'inserimento del nuovo personale nell'équipe	**53%**	50%	-	67%	56%
TOTALE CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

3.3.5.2 Approfondimento sulla frequenza con cui avvengono i briefing per coordinare il personale di turno e le riunioni dell'équipe multidisciplinare

• In 20 casi su 32 (63% del campione) gli incontri/briefing per coordinare il personale di turno avvengono quotidianamente;

• Nella maggior parte dei casi le riunioni dell'équipe multidisciplinare avvengono una volta a settimana (14 casi su 32, pari al 44%) oppure 1 o 2 volte al mese (13 casi su 32, pari al 41%);

• Nel 63% dei casi (20 su 32) l'esito delle riunioni dell'équipe multidisciplinare viene sempre verbalizzato.

Tav. 35 - Frequenza con cui avvengono i briefing per coordinare il personale di turno e le riunioni dell'équipe multidisciplinare, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI GESTIONE DEL PERSONALE Frequenza con cui avvengono i briefing per coordinare il personale di turno e le riunioni dell'équipe multidisciplinare (valori assoluti)	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Frequenza con cui avvengono gli incontri/briefing per coordinare il personale di turno ed i passaggi di consegne					
in base alle esigenze	**2**	1		1	
1 volta a settimana	**5**	1	1		3
più volte a settimana	**5**	2	1	1	1
tutti i giorni	**20**	8		7	5
Frequenza con cui avvengono le riunioni dell'équipe multidisciplinare					
in base alle esigenze	**4**	1	1	2	
1 o 2 volte al mese	**13**	6		3	4
1 volta a settimana	**14**	5	1	3	5
più volte a settimana	**1**			1	
Frequenza con cui vengono verbalizzate le riunioni dell'équipe multidisciplinare					
Mai	**4**	1		2	1
fino al 50% delle volte	**3**			1	2
oltre il 50% delle volte	**5**			3	2
Sempre	**20**	11	2	3	4
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**

3.3.5.3 Approfondimento sulla gestione del supporto psico-emotivo al personale di équipe

Per quanto riguarda la gestione del supporto psico-emotivo[29] al personale di équipe, si sottolinea che:

in 27 casi su 32 (84% del campione) gli intervistati hanno dichiarato che vengono effettuati specifici incontri per supportare psico-emotivamente il personale dell'équipe, anche se solo nel 50% dei casi è stata istituita una specifica "équipe di supervisione psicologica" (16 hospice su 32);

nella maggioranza dei casi per supportare psicologicamente il personale si effettuano incontri di gruppo (24 casi su 32, pari al 75%), piuttosto che individuali (18 casi su 32, pari al 56%); si noti che in 15 hospice (47% del campione) risultano essere utilizzate entrambe le modalità;

Gli incontri vengono effettuati con una frequenza di 1 o 2 volte al mese (16 casi su 32, pari al 50%) oppure in base alle esigenze, dunque senza una precisa programmazione prestabilita.

Tav. 36 - Presenza di una "équipe di supervisione psicologica" e modalità/frequenza con cui avvengono gli incontri di supporto psico-emotivo al personale di équipe, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI GESTIONE DEL PERSONALE Presenza di una "équipe di supervisione psicologica" e modalità/frequenza con cui avvengono gli incontri di supporto psico-emotivo al personale di équipe *(valori assoluti)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
È stata istituita un'apposita "équipe di supervisione psicologica" per supportare il personale di équipe					
No	**16**	7	1	4	4
Sì	**16**	5	1	5	5
Modalità con cui vengono effettuati gli incontri per supportare psico-emotivamente il personale di équipe					
non vengono effettuati	**5**	2		2	1
incontri di gruppo	**9**	2	1	4	2
incontri individuali	**3**		1		2
incontri di gruppo e individuali	**15**	8		3	4
Frequenza con cui avvengono gli incontri per supportare psico-emotivamente il personale d'équipe					
in base alle esigenze	**15**	6	2	3	4
1 o 2 volte al mese	**16**	5		6	5
1 volta a settimana	**1**	1			
più volte a settimana					
TOTALE CAMPIONE	**32**	**12**	**2**	**9**	**9**

[29] Nell'ambito delle cure palliative, il supporto psicologico al personale che compone l'équipe multidisciplinare e multiprofessionale risulta di particolare rilevanza, al fine di prevenire o superare casi di burn-out, gravi frustrazioni lavorative o situazioni di crisi personale che possono derivare da un eccessivo coinvolgimento emotivo connesso all'attività di assistenza quotidiana ai pazienti.

3.3.6 Sistemi di monitoraggio della qualità in hospice

L'analisi condotta sul campione dei 32 hospice intervistati ha permesso di verificare che i sistemi di monitoraggio della qualità risultano abbastanza diffusi negli hospice, sebbene non ancora in tutte:

il sistema di monitoraggio più diffuso è risultato quello della qualità dell'assistenza erogata (94% dei casi), che viene effettuato prevalentemente con cadenza periodica usando strumenti strutturati;
anche il monitoraggio della qualità di vita dei pazienti (88% dei casi) e della qualità percepita dagli stessi pazienti (81% dei casi) sono risultate attività piuttosto frequenti;
il monitoraggio della qualità percepita dai familiari durante l'accompagnamento, per quanto sia stato indicato come attività svolta nell'84% delle strutture intervistate, viene però effettuato per oltre la metà dei casi in modo saltuario o con questionari/indicatori non strutturati;
infine sono risultati relativamente meno numerosi gli hospice dove viene effettuato il monitoraggio della qualità percepita dai familiari durante la fase di lutto (69%) ed il monitoraggio della soddisfazione lavorativa del personale (69% dei casi).

Tav. 37 - Indicatori di monitoraggio della qualità in hospice, per tipo di gestione degli hospice (giugno 2009)

INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ **Hospice dove viene effettuato:** *(valori assoluti e alcuni valori percentuali di colonna)*	**Totale**	**Tipo di gestione**			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
il monitoraggio della qualità di vita dei pazienti (peso dei sintomi sulla vita quotidiana)	**28 (88%)**	11	2	7	8
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti strutturati	**18**	7	2	5	4
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**6**	1	0	1	4
di cui saltuariamente	**4**	3	0	1	0
il monitoraggio della qualità dell'assistenza erogata (effetti dell'attività clinica sui sintomi)	**30 (94%)**	11	2	9	8
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti strutturati	**23**	9	2	7	5
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**4**	0	0	1	3
di cui saltuariamente	**3**	2	0	1	0
il monitoraggio della qualità percepita dal paziente	**26 (81%)**	8	1	8	9
di cui con cadenza periodica, usando questionari/indicatori strutturati	**12**	3	1	4	4
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**6**	2	0	1	3
di cui saltuariamente	**8**	3	0	3	2
il monitoraggio della qualità percepita dai familiari, durante l'accompagnamento	**27 (84%)**	12	1	6	8
di cui con cadenza periodica, usando questionari/indicatori strutturati	**11**	6	1	1	3
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**5**	1	0	0	4
di cui saltuariamente	**11**	5	0	5	1
il monitoraggio della qualità percepita dai familiari, durante la fase di lutto	**22 (69%)**	10	2	6	4
di cui con cadenza periodica, usando questionari/indicatori strutturati	**13**	6	2	4	1
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**4**	2	0	0	2
di cui saltuariamente	**5**	2	0	2	1
il monitoraggio della soddisfazione lavorativa del personale	**22 (69%)**	9	1	5	7
di cui con cadenza periodica, usando questionari/indicatori strutturati	**10**	4	1	3	2
di cui con cadenza periodica, usando metodi/strumenti non strutturati	**5**	2	0	0	3
di cui saltuariamente	**7**	3	0	2	2
TOTALE CAMPIONE	**32 (100%)**	**12**	**2**	**9**	**9**

3.3.7 Provenienza dei pazienti ed esito della degenza

Sulla base dei dati forniti dalle 32 strutture del campione, nel presente paragrafo vengono approfonditi alcuni aspetti particolari, quali la provenienza dei pazienti che nel 2008 sono stati ricoverati in hospice e l'esito finale della degenza.

3.3.7.1 Approfondimento sulla provenienza dei pazienti presi in carico in hospice (anno 2008)

La maggior parte del pazienti che sono stati presi in carico dalle 32 strutture residenziali di cure palliative indagate, risultano inviati da altri ospedali o strutture esterne (41%), dai medici di medicina generale (18%), da altri reparti dei centri di cui fanno parte gli hospice (16%) oppure da altri set assistenziali in cure palliative (13). Si noti che per gli hospice che hanno adottato il modello assistenziale "residenziale e domiciliare", la quota di pazienti provenienti dai MMG cresce al 35%.

Tav. 38 -Provenienza dei pazienti presi in carico in hospice, per tipo di gestione degli hospice (rilevazione 2009 su dati 2008)

Provenienza dei pazienti presi in carico in hospice *(valori percentuali di colonna)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
inviati dal Medico di Medicina Generale	**18%**	14%	11%	17%	29%
inviati da medici di altri reparti del Centro/struttura di cui fa parte l'Hospice	**16%**	20%	2%	10%	22%
inviati da operatori dell'ASL	**2%**	5%	0%	1%	0%
inviati da strutture socio-sanitarie esterne (RSA, Case Protette, ecc…)	**1%**	1%	0%	1%	1%
inviati da altri Ospedali / Strutture Sanitarie esterne	**41%**	41%	79%	44%	25%
inviati da altri set assistenziali in Cure Palliative	**13%**	18%	3%	8%	14%
autosegnalazioni (familiari, conoscenti…)	**9%**	1%	5%	19%	9%
TOTALE CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Tav. 39 - Provenienza dei pazienti presi in carico in hospice, per modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Provenienza dei pazienti presi in carico in hospice *(valori percentuali di colonna)*	Totale	Modello assistenziale prevalente		
		modello residenziale	modello residenziale e domiciliare	Modello UCP
inviati dal Medico di Medicina Generale	**18,0%**	15%	35%	11%
inviati da medici di altri reparti del Centro/struttura di cui fa parte l'Hospice	**16,0%**	20%	16%	12%
inviati da operatori dell'ASL	**2,0%**	2%	5%	1%
inviati da strutture socio-sanitarie esterne (RSA, Case Protette, ecc…)	**1,0%**	1%	1%	1%
inviati da altri Ospedali / Strutture Sanitarie esterne	**41,0%**	39%	31%	49%
inviati da altri set assistenziali in Cure Palliative	**13,0%**	17%	10%	11%
autosegnalazioni (familiari, conoscenti…)	**9,0%**	6%	2%	15%
TOTALE CAMPIONE	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

3.3.7.2 Approfondimento sull'esito della degenza dei pazienti presi in carico in hospice

Per quanto riguarda l'esito finale della degenza, si rileva che la quota dei pazienti presi in carico in hospice e deceduti presso la stessa struttura risulta pari all'86%, dei quali il 33% entro 7 giorni dalla presa in carico, il 39% dopo 8-29 giorni ed il 14% dopo oltre 30 giorni. Il rimanente 14% dei pazienti ricoverati in hospice è stato invece trasferito a domicilio (6%), preso in carico da altri livelli assistenziali interni alla struttura sanitaria nella quale è inserito l'hospice (4%), oppure dimesso verso strutture esterne (3%). In media l'1% dei pazienti assistiti è risultato ancora in carico all'hospice a fine anno.

Tav. 40 - Esito della degenza dei pazienti presi in carico in hospice, per tipo di gestione degli hospice (rilevazione 2009 su dati 2008)

Esito della degenza dei pazienti presi in carico in hospice nel 2008 *(valori percentuali di colonna)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	Privata	Terzo Settore	mista
deceduti in hospice entro 7 giorni dalla presa in carico	33%	32%	14%	35%	34%
deceduti in hospice dopo 8-29 giorni dalla presa in carico	39%	40%	72%	38%	36%
deceduti in hospice dopo 30 e più giorni dalla presa in carico	14%	13%	8%	15%	14%
dimessi e trasferiti/assistiti a domicilio	6%	6%	5%	6%	7%
trasferiti ad altri livelli assistenziali interni	4%	4%	0%	2%	5%
dimessi e trasferiti in altre strutture esterne	3%	4%	1%	3%	4%
ancora degenti in hospice alla fine dell'anno 2008	1%	1%	0%	1%	0%
TOTALE CAMPIONE	100%	100%	100%	100%	100%

Tav. 41 - Esito della degenza dei pazienti presi in carico in hospice, per modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Esito della degenza dei pazienti presi in carico in hospice nel 2008 *(valori percentuali di colonna)*	Totale	Modello assistenziale prevalente		
		modello residenziale	modello residenziale e domiciliare	Modello UCP
deceduti in hospice entro 7 giorni dalla presa in carico	33%	33%	29%	34%
deceduti in hospice dopo 8-29 giorni dalla presa in carico	39%	39%	37%	40%
deceduti in hospice dopo 30 e più giorni dalla presa in carico	14%	15%	15%	13%
dimessi e trasferiti/assistiti a domicilio	6%	7%	4%	7%
trasferiti ad altri livelli assistenziali interni	4%	2%	7%	3%
dimessi e trasferiti in altre strutture esterne	3%	4%	7%	2%
ancora degenti in hospice alla fine dell'anno 2008	1%	0%	1%	1%
TOTALE CAMPIONE	100%	100%	100%	100%

3.3.8 Aspetti economici e costi di gestione degli hospice

3.3.8.1 Approfondimento sul costo medio per giornata di degenza in hospice

La stima del costo medio per giornata di degenza in hospice è stata effettuata sulla base non solo dei 32 hospice coinvolti nell'indagine di approfondimento, ma utilizzando i dati relativi a tutti i 126 hospice che sono risultati operativi per tutto l'anno 2008 e che hanno partecipato all'indagine online[30].

Per il 2008, il costo medio per giornata di degenza in hospice è risultato pari a 297 euro.

I dati di dettaglio riportati nella seguente Tav. 42 permettono, inoltre, di analizzare il costo medio per giornata di degenza in hospice suddiviso per regione, per modello assistenziale prevalente e per tipo di gestione.

Tav. 42 - Costi medi per giornata di degenza in hospice, suddivisi per regione e tipo di gestione e modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Costo medio per giornata di degenza in hospice (€)		Tipo di gestione				*Tariffa regionale riconosciuta*
regione	Totale	pubblica	privata	Terzo Settore	mista	€
Basilicata	**295**	295				**280**
Calabria	**260**				260	-
Campania						-
Emilia-Romagna	**265**	239		279	323	**237**
Friuli Venezia Giulia	**321**	260		442		**260**
Lazio	**257**	358	302	184	138	**203**
Liguria	**245**	241		180	319	-
Lombardia: rete sanitaria	**326**	392	315	253	345	**253**
Lombardia: rete socio-sanitaria/assistenziale	**291**	242		312	291	**225**
Marche						-
Molise	**355**	355				-
Piemonte	**303**	345		285	257	**258**
Puglia	**191**			191		**196**
Sardegna	**250**			250		**195**
Sicilia *	**370**	406			333	**220**
Toscana	**305**	313		250	315	-
Trentino Alto Adige - Trento	**348**	348				**190**
Trentino Alto Adige - Bolzano	**409**			409		**410**
Umbria	**200**				200	-
Veneto	**306**	319		316	278	**232**
TOTALE 126 HOSPICE OPERATIVI	**297**	**310**	**307**	**282**	**290**	

* *Per omogeneità classificatoria e confrontabilità dei dati elaborati, l'hospice di Palermo è stato considerato "a gestione mista" poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe. In realtà si tratta di un hospice che formalmente può essere considerato a gestione pubblica*

[30] Si evidenzia che, pur escludendo varie eccellenze riscontrate soprattutto tra gli hospice a gestione del Terzo Settore o mista, in diversi casi la stima del costo medio per giornata di degenza dichiarata sul questionario on-line da ogni singolo hospice è stata in una certa misura frutto di approssimazioni e valutazioni soggettive, soprattutto perché non sono ancora adeguatamente diffusi i sistemi informativi di controllo di gestione e di contabilità che permettano di risalire ai costi disaggregati per tipo di attività svolta in hospice. Ciò rende di fatto difficile la rendicontazione reale di tutti i costi diretti e indiretti, fissi e variabili, sostenuti dalle strutture: ad esempio, per gli hospice pubblici inseriti all'interno di strutture sanitarie ospedaliere risulta in genere molto complesso, se non impossibile, risalire in modo preciso ai costi generali, delle utenze, delle forniture e dell'amministrazione imputabili direttamente alle attività svolte in hospice. Un ulteriore elemento che rende complessa la valutazione dei costi è che il personale di équipe può operare sia in hospice che a domicilio.
Si ritiene tuttavia che la valutazione media dei costi per giornata di degenza possa ritenersi sostanzialmente attendibile perché, data la rilevanza numerica del campione di hospice considerati (126 strutture), nel computo complessivo le approssimazioni individuali tendono in genere a compensarsi, restringendo notevolmente il margine di errore del valore medio. Il valore del costo medio per giornata di degenza è un dato molto importante dal punto di vista gestionale: se moltiplicato per il totale annuo delle giornate di degenza, esso fornisce infatti una stima del costo totale annuo di gestione dell'hospice.

Tav. 43 - Costi medi per giornata di degenza in hospice, suddivisi per tipo di gestione e modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Costo medio per giornata di degenza in hospice (€)		Tipo di gestione			
Modello assistenziale prevalente	Totale	pubblica	privata	Terzo Settore	mista
modello residenziale	**294**	294		286	305
modello residenziale e domiciliare	**278**	288	203	267	289
modello UCP	**318**	386	358	287	266
TOTALE 126 HOSPICE OPERATIVI	**297**	**310**	**307**	**282**	**290**

3.3.8.2 Approfondimento sull'incidenza dei costi del personale assistenziale su totale dei costi di gestione

La valutazione dell'incidenza del costo del personale assistenziale su totale dei costi di gestione degli hospice si è basata sui dati dichiarati dai responsabili di 28 delle 32 strutture che compongono il campione indagato[31].

Per il 2008, l'incidenza media del costo del personale assistenziale su totale dei costi di gestione degli hospice è risultata pari al 67%.

Nella seguente Tav. 44 si propongono inoltre le stime indicative dell'incidenza media del costo del personale suddivise rispetto al modello assistenziale adottato ed al tipo di gestione degli hospice. In particolare, l'incidenza media del costo del personale è risultata superiore negli hospice pubblici (74%) rispetto agli hospice del Terzo Settore (60%)[32].

Tav. 44 - Incidenza media del costo del personale assistenziale su totale dei costi di gestione degli hospice, suddivisi per tipo di gestione e modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Incidenza media del costo del personale assistenziale sul totale dei costi di gestione degli hospice *(valori percentuali)*	Totale	Tipo di gestione			
		Pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Modello residenziale	**62%**	66%		69%	56%
Modello residenziale e domiciliare	**70%**	80%		53%	69%
Modello UCP	**69%**	76%	-	62%	85%
TOTALE 28 HOSPICE DEL CAMPIONE	**67%**	**74%**	**-**	**60%**	**66%**

[31] In generale i dati relativi ai costi di gestione sono stati richiesti in sede di intervista con un livello di dettaglio notevole, anche per avere la possibilità di verificare l'esistenza di adeguati strumenti di rendicontazione contabile e poter valutare a posteriori l'affidabilità e la conguenza dei dati forniti. In effetti solo una parte degli hospice ha fornito informazioni dettagliate sui costi del personale disaggregati per figura professionale. In ogni caso, anche in base alle stesse dichiarazioni dei referenti intervistati, in più di una occasione si è trattato di stime approssimative. Per questi motivi, a causa sia della non totale affidabilità delle stime, sia soprattutto per la bassa numerosità campionaria (28 hospice), le stime relative all'incidenza dei costi del personale assistenziale su totale dei costi di gestione si ritengono affidabili solo rispetto al totale dei 28 hospice campione, mentre potrebbero non esserlo altrettanto per eventuali suoi sottocampioni.

[32] Tale dato potrebbe in realtà essere in parte distorto, poiché per gli hospice pubblici vi è stata in generale una certa difficoltà a specificare gli altri costi generali di gestione (affitti, utenze, forniture, servizi, ecc…) e, dunque, una certa tendenza a sottostimarli. Questa ipotesi, confermata anche da diversi interlocutori in sede di intervista, è dovuta soprattutto al fatto che i costi di gestione delle strutture sanitarie pubbliche risultano sovente suddivisi tra numerosi centri di responsabilità e centri di costo, rendendo di fatto impossibile risalire ad una loro disaggregazione precisa e dettagliata per ciascuna Unità Operativa.

3.3.8.3 Approfondimento sulle fonti finanziarie per la copertura copertura dei costi di gestione

La valutazione delle fonti finanziarie a copertura dei costi di gestione degli hospice si è basata sui dati dichiarati dai responsabili di 25 delle 32 strutture del campione intervistato.

Chiaramente, gli hospice a gestione pubblica coprono praticamente tutti i costi di gestione grazie ai fondi del Sistema Sanitario Nazionale (97,4%), così come risultano coperti da risorse pubbliche anche la maggior parte dei costi degli hospice a gestione mista (89,4%). Il 27,0% delle entrate degli hospice gestiti da organizzazione del Terzo Settore proviene invece dalla raccolta fondi e da donazioni, che comunque si sostengono anch'essi per il 65,6% grazie ai fondi pubblici. Nessuno dei 2 hospice a gestione privata del campione ha fornito dettagli rispetto alle proprie fonti di finanziamento.

Tav. 45 - Ripartizione percentuale media delle fonti finanziarie a copertura dei costi di gestione, suddivise per tipo di gestione (rilevazione 2009 su dati 2008)

Ripartizione percentuale media delle fonti finanziarie a copertura dei costi di gestione	Totale*	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
Copertura da parte del Sistema Sanitario Nazionale	**85,0%**	97,4%	-	65,6%	89,4%
Copertura da parte degli Enti locali	**1,2%**	0,0%	-	3,9%	0,0%
Convenzioni/accordi con Enti privati	**0,8%**	0,0%	-	0,1%	2,9%
Raccolta fondi, donazioni spontanee	**11,4%**	1,6%	-	27,0%	7,4%
Capitale proprio	**1,4%**	1,0%	-	3,0%	0,3%
Contributo fondazioni di origine bancaria	**0,2%**	0,0%	-	0,4%	0,0%
TOTALE 25 HOSPICE DEL CAMPIONE	**100,0%**	**100,0%**	**-**	**100,0%**	**100,0%**

* *La percentuale si inserisce ai 25 hospice campionati*

3.3.8.4 Approfondimento sul raggiungimento dell'equilibrio economico da parte degli hospice

Nel complesso solo il 52% del campione rispondente (13 hospice su 25) ha dichiarato di raggiungere l'equilibrio economico tra costi ed entrate, quota che aumenta al 57% per gli hospice a gestione mista, fino a raggiungere il 78% per gli hospice gestiti da enti del Terzo Settore. È significativo ricordare che questa tipologia di hospice ha dichiarato il numero maggiore di personale costituente l'equipe assistenziale.

Tav. 46 - Hospice che raggiungono l'equilibrio economico tra entrate e costi, suddivisi per tipo di gestione (rilevazione 2009 su dati 2008)

Hospice che raggiungono l'equilibrio economico tra entrate e costi *(valori assoluti)*	Totale	Tipo di gestione			
		pubblica	privata	Terzo Settore	mista
sì	**13**	2		7	4
no, non sono stati coperti l'1-10% dei costi	**5**	3		1	1
no, non sono stati coperti il 11-20% dei costi	**3**	2	1		
no, non sono stati coperti il 21-30% dei costi	**3**	1		1	1
no, non sono stati coperti il 31-40% dei costi	**1**				1
TOTALE 25 HOSPICE DEL CAMPIONE	**25**	**8**	**1**	**9**	**7**
(valori percentuali di colonna)					
sì	**52**	25%	0%	78%	57%
no, non sono stati coperti l'1-10% dei costi	**20**	38%	0%	11%	14%
no, non sono stati coperti il 11-20% dei costi	**12**	25%	100%	0%	0%
no, non sono stati coperti il 21-30% dei costi	**12**	13%	0%	11%	14%
no, non sono stati coperti il 31-40% dei costi	**4**	0%	0%	0%	14%
TOTALE 25 HOSPICE DEL CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Valutando infine i risultati rispetto al modello assistenziale adottato, si evidenzia che la quota più elevata di hospice risultati in equilibrio economico-finanziario sono quelli che hanno adottato il "modello UCP" (70%), seguiti dalle strutture organizzate in base al "modello residenziale e domiciliare" (43%). La maggior parte degli hospice esclusivamente "residenziali" risulta invece caratterizzata da un equilibrio economico negativo, dato che solo il 38% di essi ha dichiarato di ottenere entrate sufficienti a coprire i costi sostenuti. In particolare, per gli hospice che erogano solo servizi residenziali sono i costi generali di struttura ad incidere in modo tanto rilevante da non consentire sempre il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Tav. 47 - Hospice che raggiungono l'equilibrio economico tra entrate e costi, suddivisi per modello assistenziale prevalente (rilevazione 2009 su dati 2008)

Hospice che raggiungono l'equilibrio economico tra entrate e costi *(valori assoluti)*	**Totale**	**Modello assistenziale prevalente**		
		modello residenziale	modello residenziale e domiciliare	Modello UCP
sì	**13**	3	3	7
no, non sono stati coperti l'1-10% dei costi	**5**	2	3	
no, non sono stati coperti il 11-20% dei costi	**3**	1		2
no, non sono stati coperti il 21-30% dei costi	**3**	1	1	1
no, non sono stati coperti il 31-40% dei costi	**1**	1		
TOTALE 25 HOSPICE DEL CAMPIONE	**25**	**8**	**7**	**10**
(valori percentuali di colonna)				
sì	**52%**	38%	43%	70%
no, non sono stati coperti l'1-10% dei costi	**20%**	25%	43%	0%
no, non sono stati coperti il 11-20% dei costi	**12%**	13%	0%	20%
no, non sono stati coperti il 21-30% dei costi	**12%**	13%	14%	10%
no, non sono stati coperti il 31-40% dei costi	**4%**	13%	0%	0%
TOTALE 25 HOSPICE DEL CAMPIONE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

I RISULTATI DELLA RICERCA
A LIVELLO REGIONALE

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 di degenza ordinaria già operativi a giugno 2009**, suddivisi per tipo di gestione (pubblica, privata, del Terzo Settore, mista) e per territorio di riferimento (Azienda Sanitaria territorialmente competente);
- 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 presumibilmente diventeranno operativi nei prossimi anni;
- la **sintesi del quadro normativo regionale**, in particolare la presente edizione, rispetto alla precedente, è stata arricchita mediante la definizione di un database strutturato di normative, composto da oltre 270 riferimenti legislativi emanati nell'ambito delle cure palliative, suddivisi per regione e per ambito tematico (programmazione sanitaria e socio-sanitaria, rete delle cure palliative, livelli assistenziali e modello assistenziale, autorizzazione e accreditamento, finanziamenti, tariffazione, terapia del dolore, cure palliative in oncologia e non, formazione, ricerca);
- le **schede individuali di tutti i 165 hospice che sono risultati operativi a giugno 2009**. Nelle pagine seguenti, per facilitare la lettura, si riporta la legenda esplicativa di tutti i campi informativi contenuti in ciascuna scheda.

NOTA: per le 6 regioni in cui risultano operativi oltre 10 hospice (Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto), all'inizio del corrispondente paragrafo regionale è stata riportata una tabella riassuntiva con l'elenco degli hospice operativi suddivisi per Azienda Sanitaria di riferimento, indicando inoltre la pagina in cui è presente la scheda individuale di ciascun hospice, in modo da facilitare la consultazione.

Pur essendo stata conclusa la ricerca il 30 giugno 2009, in ogni capitolo regionale sono state inserite note specifiche che riportano eventuali modifiche al 31 marzo 2010. Si tratta di un aggiornamento che non modifica i risultati generali della ricerca.
Le modifiche e/o integrazioni sono state anche inserite nel capitolo 5.2. "Hospice programmati non ancora operativi al 30 giugno 2009".

fotografia dell'hospice

LEGENDA ESPLICATIVA DEI CAMPI DELLA SCHEDA HOSPICE

DENOMINAZIONE DELL'HOSPICE

Codice: Codice identificativo dell'hospice nella classificazione interna della SICP.

REGIONE – AZIENDA SANITARIA LOCALE: Riferimenti territoriali dell'hospice.

Dati anagrafici

Indirizzo: Via/Piazza, n. – CAP Città (Provincia).
Telefono: Numero di telefono fisso
Fax: Numero di fax
E-mail: Indirizzo e-mail dell'hospice.
Web: Sito Internet dell'hospice
Responsabilità legale: Rappresentante legale (Ente responsabile legale)
Responsabile medico/sanit.: Responsabile medico
Responsabile infermieristico: Responsabile infermieristico
Altro referente: Eventuale altro referente dell'hospice, per esempio direttore, coordinatore, responsabile UCP, dirigente medico, referente amministrativo.

Dati generali

Tipologia di Hospice (dichiarata): Sono previste le seguenti tipologie, definite sulla base dei riferimenti normativi vigenti in alcune regioni italiane.

sanitario: struttura pubblica o privata nella quale si effettuano prestazioni e/o attività sanitarie (ad esempio: Azienda ospedaliera, Presidio ospedaliero, poliambulatorio);

socio-sanitario: struttura nella quale sono erogate contemporaneamente prestazioni prevalentemente di natura socio-assistenziale e, in minor misura, di tipo sanitario (ad esempio una RSA a valenza sanitaria oppure un centro polifunzionale gestito da IPAB/ASP);

socio-assistenziale: struttura che eroga servizi prevalentemente socio-assistenziali, ma non prestazioni e cure di tipo sanitario (ad esempio le Case Protette, le Case di Riposo, le Case Alloggio o le RSA a bassa – o nulla – valenza sanitaria);

ospedaliero: tipologia di hospice definita nell'ambito di alcune normative regionali (ad esempio in Emilia-Romagna), solitamente collocata all'interno di una struttura ospedaliera, che garantisce prevalentemente assistenza ad elevata complessità clinico-sanitaria;

territoriale: tipologia di hospice definita nell'ambito di alcune normative regionali (ad esempio in Emilia-Romagna), gestita in genere a livello del Distretto di una ASL, che garantisce prestazioni comunque non gestibili a domicilio;

Va tenuto presente che, in alcune regioni le strutture deputate al ricovero di pazienti in fase avanzata e terminale di malattia, indipendentemente dalla loro collocazione ospedaliera o territoriale, fanno riferimento a 2 reti assistenziali differenti (la rete sanitaria e la rete socio-sanitaria), facenti riferimento a 2 Assessorati differenti. Sempre per citare il modello lombardo, esistono da una parte gli "hospice" che fanno riferimento alla rete socio-sanitaria e all'Assessorato alla Famiglia e alla Solidarietà sociale e le Unità di Cure Palliative (definiti ufficiosamente hospice ospedalieri) facenti riferimento all'Assessorato alla Sanità.

Tipo di gestione: Per tipo di gestione si intende la natura giuridica degli enti che hanno la responsabilità legale degli hospice e/o che sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica delle strutture (locali, utenze, forniture, personale di segreteria/amministrazione, ecc…) e/o che sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica delle 3 principali figure professionali che compongono l'équipe (medici/specialistici, infermieri e operatori assistenziali). Sono previste 4 tipologie di gestione:

pubblica: gli hospice a gestione pubblica sono quelli gestiti esclusivamente da enti pubblici: Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB, ASP, IRCCS pubblici, Policlinici Universitari, Enti locali ed altre istituzioni di diritto pubblico;

privata: gli hospice privati sono quelli gestiti esclusivamente da enti, società, ospedali o cliniche private che sono società di capitali (spa, srl…) oppure società di persone (sas, snc…);

Terzo Settore: gli hospice del Terzo Settore sono quelli gestiti esclusivamente da enti ed organizzazioni che operano principalmente senza scopo di lucro, basando la propria missioni sui principi dell'utilità sociale e del bene collettivo: Fondazioni di diritto privato, Associazioni, Cooperative Sociali, Organizzazioni di Volontariato, Enti religiosi ed IRCCS di diritto privato;

mista: gli hospice a gestione mista sono quelli gestiti da almeno 2 enti/organizzazioni la cui natura giuridica ricade in almeno 2 delle 3 tipologie precedentemente descritte. Si possono dunque presentare casi di gestione mista pubblico-privato, pubblico-Terzo Settore o privato-Terzo Settore.

Anno di attivazione: Anno in cui sono iniziate le attività dell'hospice.

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

Lavori di costruzione/adeguamento strutturale: È indicato se per l'hospice sono stati effettuati lavori di nuova costruzione o di adeguamento strutturale dei locali e, in caso affermativo, è indicato l'anno di inizio e/o di fine dei lavori. L'informazione è riportata indipendentemente dalla ricezione dei finanziamenti ministeriali ex Legge n. 39/99. Sono previste 3 casistiche:

- i locali dell'hospice sono stati ristrutturati;
- l'hospice è stato costruito ex novo;
- l'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione.

Tipologia organizzativa e definizione istituzionale

L'hospice fa parte di un Unità di Cure Palliative: In questa sezione è stato segnalato se l'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative, specificando se quest'ultima è una Struttura Semplice oppure Struttura Complessa (per approfondimenti sulla definizione di Struttura Semplice/Complessa si veda il Glossario Essenziale). L'informazione è riportata solo nei casi in cui è disponibile. Sono state previste 3 casistiche:

- L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa;
- L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice;
- L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative.

Ubicazione logistica

Ubicazione dell'hospice: Sono state previste le seguenti casistiche:

- L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente (di tipo sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale);
- L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti (di tipo sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale);

- L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per non acuti (di tipo sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale);
- L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti (di tipo sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale);
- L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero (di tipo sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale);
- L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale;
- L'hospice è situato all'interno di una Casa alloggio;
- L'hospice è situato all'interno di una Casa di riposo;
- L'hospice è situato all'interno di una Casa protetta.

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: È indicato se l'hospice è autorizzato oppure accreditato per la presa in carico del paziente in regime di ricovero (per approfondimenti sulla definizione di autorizzazione/accreditamento si veda il Glossario Essenziale). Tra parentesi viene inoltre indicato il numero di posti letto residenziali disponibili in Hospice e, se disponibile, il numero delle camere di degenza ed alcune loro caratteristiche (camere singole oppure doppie; camere con oppure senza posto letto per un familiare).

Ambulatorio: È indicato se l'hospice è autorizzato oppure accreditato per la presa in carico del paziente in regime ambulatoriale. La modalità assistenziale in ambulatorio è caratterizzata, per esempio, da valutazioni multi-disciplinari in équipe, da colloqui e valutazioni dello psicologo e da prestazioni specialistiche ambulatoriali.
Day hospital/Day hospice: È indicato se l'hospice è autorizzato oppure accreditato per la presa in carico del paziente in regime di Day hospital/Day hospice. Tale modalità assistenziale, prevista dalla nuova Legge Quadro sulle cure palliative, è definibile come hospice diurno, riservato a malati che possono trascorrere alcune ore fuori casa nel corso della giornata. Tra parentesi viene inoltre indicato, se disponibile, il numero di posti letto. Si evidenzia che tale livello assistenziale non è previsto in tutte le regioni.
Assistenza Domiciliare: È indicato se le equipe che operano nell'ente che gestisce l'hospice prevedono la presa in carico dei pazienti in regime di assistenza domiciliare, in fascia diurna. Tale modalità assistenziale è caratterizzata dal trasferimento presso il domicilio del malato delle professionalità necessarie a garantire le cure adeguate. Si connota per l'integrazione tra varie professionalità (mediche, da parte del medico di medicina generale e/o del palliativista, infermieristiche; riabilitative; sociali) ed, eventualmente, il volontariato. La modalità prevalente di cure al domicilio è rappresentata dalla cd ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), in particolare per quelle regioni in cui esiste una specifica normativa in merito.
Ospedalizzazione Domiciliare: È indicato se le equipe che operano nell'ente che gestisce l'hospice prevedono la presa in carico totale dei pazienti in regime domiciliare, 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Tale modalità assistenziale è caratterizzata dal trasferimento presso il domicilio del malato delle professionalità necessarie a garantire le cure adeguate con elevata intensità assistenziale, con la presenza di un'équipe multi-professionale che deve assicurare continuità e pronta disponibilità in qualsiasi giorno della settimana ed a qualsiasi ora. In genere, in questo modello assistenziale, il medico di medicina generale delega la equipe specialistica di cure palliative. Dal 2007 è in atto presso la Regione Lombardia una sperimentazione su questa modalità assistenziale di cure palliative che coinvolge 32 Centri.

Altri indicatori di qualità

Dichiarazione sul rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: È indicato se l'hospice rispetta o non rispetta i requisiti.
Dotazioni delle camere di degenza: Sono indicate le principali dotazioni presenti in tutte le camere di degenza (ad esclusione del posto letto per un familiare, che viene già indicato nel campo "degenza" descritto in precedenza).
Garantito supporto al lutto dei familiari: 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 in media.
Carta dei servizi: È indicato se l'Hospice ha una carta dei servizi oppure se l'avrà entro i 6 mesi successivi alla data di rilevazione.
Certificazione ISO 9000/2000: È indicato se l'Hospice ha ottenuto la Certificazione ISO 9000/2000 oppure se si prevede che la otterrà entro i 6 mesi successivi alla data di rilevazione.

Indicatori di validazione dei dati

Ultimo aggiornamento dei dati: possono verificarsi 2 casi:

1) se per l'hospice è pervenuto il questionario 2009 compilato online, in questo campo viene indicata la data di compilazione ed il referente che ha validato i dati inviati (rappresentante legale dell'hospice, direttore generale dell'azienda sanitaria/ospedailera, responsabile medico-sanitario dell'hospice, direttore dell'hospice, direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice, ecc…);
2) se dall'hospice non è perventuo il questionario 2009 compilato online, in questo campo viene indicata la fonte ed il mese dell'ultimo aggiornamento. Nella maggior parte di questi casi, alcune informazioni sono state aggiornate grazie al contributo fondamentale dei Coordinatori regionali della SICP.

Hospice confermato: indica se l'esistenza dell'hospice sia stata confermata ufficialmente da parte di regione, Azienda Sanitaria e/o Ministero della Salute. L'assenza di tale conferma significa solo che nessuno dei tre enti suddetti ha comunicato alla SICP tale informazione, in ogni caso tutti gli hospice operativi sono stati confermati almeno dai Coordinatori regionali della SICP.
Hospice finanziato dal Ministero della Salute ex Legge n. 39/99: indica se l'hospice è presente nell'elenco delle strutture finanziate, in base agli ultimi aggiornamenti disponibili.
Fonte di prima segnalazione dell'hospice: in questo campo viene indicato il Soggetto che ha segnalato l'hospice per la prima volta alla SICP ed in seguito alla cui segnalazione è avvenuta la codifica della struttura nel database su cui si è 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 è stata apposta le dicitura "non disponibile" per tutti i dati non forniti da chi ha compilato il questionario e/o che non è stato possibile recuperare da altre fonti certe.

ABRUZZO

Popolazione residente: 1.334.675
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Abruzzo **a giugno 2009 non è risultato alcun hospice operativo.**

La programmazione regionale prevede l'attivazione di 7 hospice, di cui 2 strutture dovrebbero diventare operative entro la fine del 2010, mentre 5 verranno presumibilmente attivate negli anni successivi .

I 7 hospice programmati potrebbero portare in futuro l'Abruzzo ad avere una disponibilità di 78 posti letto, pari a 0,58 posti letto ogni 10.000 abitanti.

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	Posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL DI AVEZZANO-SULMONA	**1**	**10**					1	10	202.985	0,49
ASL DI CHIETI	**2**	**28**					2	28	177.575	1,58
ASL DI LANCIANO-VASTO	**1**	**10**			1	10			218.922	0,46
ASL DI L'AQUILA	**1**	**10**					1	10	106.146	0,94
ASL DI PESCARA	**1**	**10**			1	10			319.209	0,31
ASL DI TERAMO	**1**	**10**					1	10	309.838	0,32
TOTALE	**7**	**78**			**2**	**20**	**5**	**58**	**1.334.675**	**0,58**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione Abruzzo ha approvato la **LR n. 32 del 31 luglio 2007**, con la quale sono stati definiti i requisiti per autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. I termini previsti dalla legge decorrono dalla medesima data di pubblicazione sul BURA n. 75 del 22 ottobre 2008. La materia è stata aggiornata e approfondita con l'approvazione della **dgr n. 591/P dell'1 luglio 2008**, recante nuove disposizioni per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Ad oggi, tuttavia, risultano assenti le indicazioni in merito alla tariffazione.

Precedentemente, i riferimenti a disposizione in materia di autorizzazione e accreditamento si limitavano alla **nota circolare n. 1119/4 dell'11 gennaio 2002**, che definiva le "linee guida alle Aziende USL circa le peculiarità spaziali, tecnologiche e degli arredi richieste per le strutture di accoglienza e circa le tipologie residenziali da prendere in considerazione in sede di progettazione esecutiva."

La normativa regionale ha perseguito negli anni un graduale adeguamento alla legislazione nazionale, fino a giungere alla specificazione, nel **Piano Sanitario Regionale del 2008-2010,** licenziato con la **LR n. 5 del 10 marzo 2008,** dei criteri di assistenza ai malati terminali: nel piano sono indicate le cinque tipologie principali di cura, che vanno dall'assistenza a domicilio al ricovero ospedaliero, prevedendo l'attivazione degli hospice entro il 2010.

Già nel documento "**Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009**" si ribadiva l'impegno della regione ad "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.**

Analogamente, la **dgr n. 191 del 12 aprile 2002** tracciava le linee guida per la realizzazione della rete territoriale per le cure palliative, provvedendo altresì a finalizzare la seconda *tranche* dei finanziamenti ministeriali.

L'intenzione di sviluppare strutture residenziali era emersa a partire dal **Piano Sanitario Regionale del 1999-2001**, dove si esplicitava l'intenzione di "*attivare un polo di eccellenza finalizzato all'assistenza ed allo studio delle problematiche dell'invecchiamento, nonché ad una attività di cure palliative rivolta ai pazienti terminali (hospice)*".

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

Parimenti, è stata oggetto di regolamentazione l'assistenza domiciliare: la **dgr n. 1348 del 31 dicembre 2001** decretava il potenziamento dell'assistenza domiciliare attraverso un finanziamento destinato alle Aziende sulla base della popolazione residente sul territorio. Unicamente all'Azienda di Chieti, come capofila, era stata assegnata una quota aggiuntiva per la costituzione di una rete A.D.I. finalizzata alle cure palliative per malati terminali complementari ai costituendi hospice. La deliberazione prevedeva altresì l'accantonamento di risorse finanziarie per un modulo formativo e per una campagna di sensibilizzazione dei cittadini.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
196	Deliberazione della Giunta Regionale 591/P del 1 luglio 2008	Approvazione Manuali di Autorizzazione e Accreditamento e delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Approvazione dei Manuali di Autorizzazione e Accreditamento e delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	autorizzazione e accreditamento
193	Legge regionale n. 5 del 10 marzo 2008	Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010	Il Piano esplicita l'articolazione dell'assistenza ai malati terminali indicandone le cinque tipologie principali che vanno dall'assistenza a domicilio al ricovero ospedaliero, prevedendo l'attivazione degli hospice entro il 2010	programmazione, modello assistenziale (UOCP)
195	Legge Regionale n. 32 del 31 luglio 2007	Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private	Sono approvati i Manuali di autorizzazione e accreditamento che specificano i criteri e i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento	autorizzazione e accreditamento
25		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"	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), cure palliative/terapia del dolore
194	Nota circolare n. 1119/4 dell'11 gennaio 2002	Linee guida alle Aziende USL circa le peculiarità spaziali, tecnologiche e degli arredi delle strutture di accoglienza e circa le tipologie residenziali da prendere in considerazione in sede di progettazione esecutiva	Sono definite le linee guida circa le peculiarità spaziali, tecnologiche e degli arredi delle strutture di accoglienza e circa le tipologie residenziali da prendere in considerazione in sede di progettazione esecutiva	Programmazione
24	Deliberazione della Giunta Regionale n. 191 del 12 aprile 2002	Linee guida per la realizzazione della rete territoriale	La deliberazione provvede a finalizzare la seconda *tranche* dei finanziamenti ministeriali e ad approvare le linee guida per la realizzazione della rete territoriale	rete cure palliative, finanziamenti
199	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1348 del 31 dicembre 2001		È potenziata l'assistenza domiciliare e si accantonano risorse finanziarie per un modulo formativo e una campagna di sensibilizzazione dei cittadini.	modello assistenziale (assistenza domiciliare), formazione
23	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1227 del 27 settembre 2000	Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative	La regione specifica e approva una serie di progetti preliminari di strutture residenziali finanziate dalla Legge n. 39/99 e una prima ipotesi di rete territoriale.	rete cure palliative, finanziamenti
22	Legge Regionale n. 37 del 02 luglio 1999	Piano Sanitario Regionale del 1999-2002	Si esplicita 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".	Programmazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

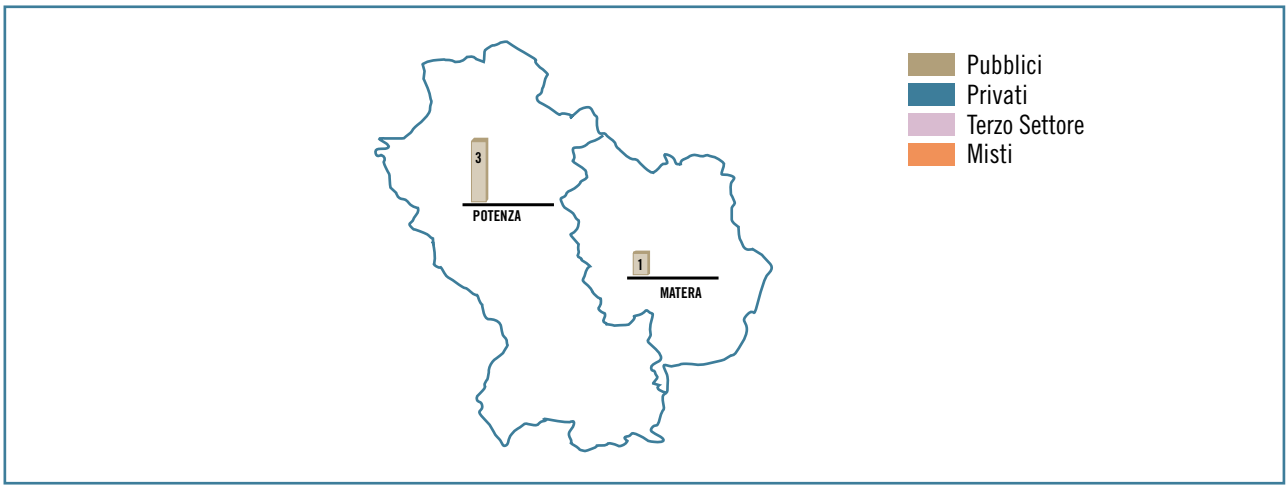
BASILICATA

Popolazione residente: 590.601
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Basilicata **a giugno 2009 risultavano operativi 4 hospice per un totale di 44 posti letto, pari a 0,75 posti letto ogni 10.000 abitanti**. Tutti gli hospice operativi sono a gestione pubblica.

La regione ha previsto l'attivazione di 1 altro hospice nel territorio di Potenza, che potrebbe diventare operativo entro il 2010, i cui ulteriori 7 posti letto porterebbero l'offerta regionale a 0,86 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Fig. 9 - Basilicata: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 49 - Basilicata: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL DI MATERA	**1**	**18**	1	18							203.770	0,88
ASP - ASL DI POTENZA	**3**	**26**	3	26							386.831	0,67
TOTALE	**4**	**44**	**4**	**44**							**590.601**	**0,75**

Tav. 50 - Basilicata: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL DI MATERA	**1**	**18**	1	18					203.770	0,88
ASP - ASL DI POTENZA	**4**	**33**	3	26	1	7			386.831	0,85
TOTALE	**5**	**51**	**4**	**44**	**1**	**7**			**590.601**	**0,86**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione Basilicata ha recentemente stabilito alcuni criteri che stanno alla base dell'organizzazione degli hospice: con il Piano regionale della salute e dei servizi alla persona 2009-2011 **(Proposta macrolivello territoriale del 18 maggio 2009)**, ha aggiornato il numero dei posti letto disponibili in rapporto all'attuale fabbisogno e i requisiti di accesso agli hospice , mentre con la **dgr n. 38 del 13 gennaio 2009** la tariffa giornaliera è stata fissata a 280 euro per paziente.

Proprio perché la regione ribadisce nel Piano che "gli hospice fanno parte della rete sanitaria, costituiscono il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed operano in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari", il modello di cure palliative, fino ai più recenti orientamenti legislativi, è incentrato sulla gestione pubblica (cfr. **Piano Sanitario Regionale 1997/1999, Piano Regionale Socio-Assistenziale 2000-2002 e Schema di Piano Regionale della salute e dei servizi alla persona 2007-2009**).

Difatti, pur avendo la regione approvato il "Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private" (**dgr n. 2753 del 30 dicembre 2005**) e il "Procedimento Amministrativo per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della regione Basilicata", che esplicita la volontà di mettere ordine nel sistema degli accreditamenti "temporanei" e "provvisori" previsti dalla normativa precedente **(dgr n. 1598 del 31 ottobre 2006)**, non sono stati rilevati criteri specifici che riguardano l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice.

L'importante tema dell'integrazione della rete di cure palliative era precedentemente emerso negli **Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata - Anno**

2006-2007 del 26 ottobre 2006. In particolare si esplicita l'esigenza di:

- attivare, in ambito aziendale, la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative, con relativa erogazione del servizio in attuazione della dgr 1650/05;
- attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;
- coordinare i servizi di cure palliative tra i vari *setting* assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni.

Parimenti, la **dgr n. 1650 dell' 1 agosto 2005** è volta allo sviluppo, all'interno di ciascuna azienda sanitaria, di un modello di cura e di assistenza a domicilio basato sull'integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali, a cui concorrono anche Enti locali e Associazioni di Volontariato. Gli elementi costitutivi essenziali della rete sono: ospedali per acuti; medico di medicina generale; servizi domiciliari nell'ambito dell'ADI; unità di terapia del dolore e cure palliative; centri residenziali di cure palliative – hospice.

Qualche anno prima, era intervenuta la **dgr n. 1665 del 30 luglio 2001** a stabilire i programmi e le attività che dovevano connotare l'organizzazione dei servizi deputati all'erogazione delle prestazioni previste per particolari aree di intervento (anziani, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata, malati terminali e cure palliative) e a trasformare il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative in punto di riferimento degli operatori per la rilevazione e la valutazione dei bisogni.

Sempre con riferimento alla programmazione della rete di cure palliative 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", allinea la normativa regionale a quella nazionale (Legge 39/99). Nel quadro di riferimento, le Unità di Valutazione (UV) vedevano rafforzarsi ed estendere il proprio ruolo anche nell'ambito delle cure palliative in strutture residenziali, all'interno di un modello a rete calibrato sulle singole Aziende Sanitarie, al fine di garantire al meglio la continuità assistenziale dei pazienti. A tale delibera è seguita la **n. 658 del 15 aprile 2002** la quale, sempre in tema di programmazione, stabilisce il numero di posti letto negli hospice.

Particolare attenzione è stata prestata da parte della regione Basilicata alla strutturazione dell'assistenza domiciliare. Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti in fase critica e terminale, la **dgr n. 196 del 7 febbraio 2000** ha 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, un ruolo determinante nell'ambito della rete assistenziale.

Lungo lo stesso filo conduttore, il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative, insieme alle AA.UU.SS.LL. della Basilicata e in rapporto cooperativo con l'Associazione Nazionale Tumori, ha costituito, in virtù della **dgr n. 1157 del 26 giugno 2002**, l'Ospedale Domiciliare Oncologico (ODO).

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
264	Deliberazione della Giunta Regionale n. 38 del 13 gennaio 2009		La delibera fissa la tariffa giornaliera per gli hospice a 280 euro	Tariffazione
235	Proposta Macrolivello territoriale del 18 maggio 2009	Piano regionale della salute e dei servizi alla persona 2009-2011	Il Piano decreta che "gli hospice fanno parte della rete sanitaria, costituiscono il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed operano in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari" e definisce i requisiti di accesso agli hospice e il numero dei posti letto disponibili, in rapporto al reale fabbisogno.	programmazione, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
33		Schema di Piano Regionale della salute e dei servizi alla persona 2007-09	Sono ripresi gli orientamenti dei precedenti Piani Regionali	Programmazione
236		Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata 2006-2007 - 27 ottobre 2006	Gli obiettivi del biennio sono: i) attivare, in ambito aziendale, la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative, con relativa erogazione del servizio in attuazione della dgr n. 1650/2005; ii) attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice; iii) coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni	programmazione, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
32	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1598 del 31 ottobre 2006	Approvazione del "Procedimento Amministrativo per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della regione Basilicata",	Si esplicita la volontà di mettere ordine nel sistema degli accreditamenti "temporanei" e "provvisori" previsti dalla normativa precedente, ma non sono rilevati criteri specifici che riguardano l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice.	autorizzazione e accreditamento

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
238	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1650 dell' 01 agosto 2005	Approvazione del programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le cure palliative	La regione intende sviluppare all'interno di ciascuna azienda sanitaria un modello di cura e di assistenza a domicilio basato sull'integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali, a cui concorrono anche Enti locali e Associazioni di Volontariato	rete cure palliative
31	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2753 del 30 dicembre 2005	Approvazione del "Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private"	Il Manuale è caratterizzato da un approccio sistemico, identifica il processo come itinerario da percorrere nel sistema di erogazione delle prestazioni, pone attenzione agli aspetti di integrazione sia professionale sia di sistema ed adotta la modalità del miglioramento continuo	autorizzazione e accreditamento
240	Deliberazione della Giunta Regionale n° 1157 del 26 giugno 2002		La delibera approva la realizzazione dell'Ospedale Domiciliare Oncologico (ODO) attraverso l'interrelazione tra l'Associazione Nazionale Tumori e le AA.UU. SS.LL. della Basilicata e in particolare il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative	cure palliative in oncologia
237	Deliberazione della Giunta Regionale n. 658 del 15 aprile 2002		Viene presa in considerazione insieme alla dgr n° 2077 del 25 settembre 2000 in tema di programmazione di numero di posti letto negli hospice	Programmazione
239	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1665 del 30 luglio 2001	Approvazione delle linee guida per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	La regione stabilisce i programmi e le attività che devono connotare l'organizzazione dei servizi deputati all'erogazione delle prestazioni previste per particolari aree di intervento (anziani, ADP, ADI, malati terminali e Cure Palliative) trasformando il centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative in punto di riferimento degli operatori per la rilevazione e la valutazione dei bisogni.	programmazione, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
30		Piano Socio-Assistenziale Regionale 2000-02	La Basilicata mantiene l'orientamento del Piano Sanitario Regionale 1997-1999	Programmazione
29	Deliberazione della Giunta Regionale 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	Nel nuovo quadro di riferimento, le Unità di Valutazione (UV) vedono rafforzarsi ed estendere il proprio ruolo anche nell'ambito delle cure palliative in strutture residenziali, all'interno di un modello a rete calibrato sulle singole ASL, al fine di garantire al meglio la continuità assistenziale dei pazienti	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
28	Deliberazione della Giunta Regionale n. 196 del 7 febbraio 2000		La regione individua nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) il proprio fulcro operativo, assegnando alle Unità di Valutazione (UV) istituite presso i Distretti delle Aziende Sanitarie un ruolo determinante nell'ambito della rete assistenziale	modello assistenziale (assistenza domiciliare)
27		Piano Sanitario Regionale 1997-99	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.	Programmazione

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI STIGLIANO ASL MATERA

Codice: 185

BASILICATA – ASL DI MATERA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Principe di Napoli - 75018 - Stigliano (MT)
Telefono: 0835-5691
Fax:
E-mail:
Web:
Responsabilità legale: Vito Gaudiano (ASL Matera)
Responsabile medico/sanit.: Giuseppe Agneta
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di Hospice (dichiarata): sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (18 posti letto in 18 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

Dichiarazione sul rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000:
rispettati tutti i requisiti
Dotazioni delle camere:
servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE
CROB CENTRO REGIONALE ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Codice: 183

REGIONE BASILICATA – ASP - ASL DI POTENZA

Dati anagrafici

indirizzo: Via Padre Pio, 1 - 85028 - Rionero in Vulture (PZ)
Telefono: 0972-726111
Fax: 0972-723509
E-mail: direzione.generale@crob.it
Web: www.crob.it
Responsabilità legale: Rocco Alessandro Maglietta
(IRCCS - CROB Centro Regionale Oncologico della Basilicata)
Responsabile medico/sanit.: Pasquale di Leo
Responsabile infermieristico: Luigi Telesca
Altro referente: Sara Pennelli (dirigente direzione medica di presidio)

Dati generali

Tipologia di Hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IRCCS pubblico)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati

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

Altri indicatori di qualità

Dichiarazione sul rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000:
rispettati tutti i requisiti
Dotazioni delle camere:
servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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

Data di compilazione del questionario SICP: 27/11/2006
(firmato dal Responsabile Legale)
Rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Hospice confermato da Regione e Azienda Sanitaria

HOSPICE STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO

Codice: 1

BASILICATA – ASP - ASL 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: Giovanni De Costanzo (Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo - Potenza)
Responsabile medico: Marcello Ricciuti
Responsabile infermieristico: Angela De Filippis
Altro referente: Antonella Carbone (dirigente medico)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, , i lavori sono iniziati nel 2005 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

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

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere:
servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 05/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE c/o P.O. LAURIA ASP ASL DI POTENZA

Codice: 216

BASILICATA – ASP - ASL DI POTENZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via XXV Aprile - 85044 - Lauria (PZ)
Telefono: 0973-621801
Fax: 0973-621478
E-mail: info@asl2.potenza.it ; urp@asl3lagonegro.it
Web:
Responsabilità legale: Pasquale F. Amendola (ASP - ASL di Potenza)
Responsabile medico: Giuseppe Magno
Responsabile infermieristico: Luca Fazzeri
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di Hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere:
servizi igienici autonomi, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 6 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

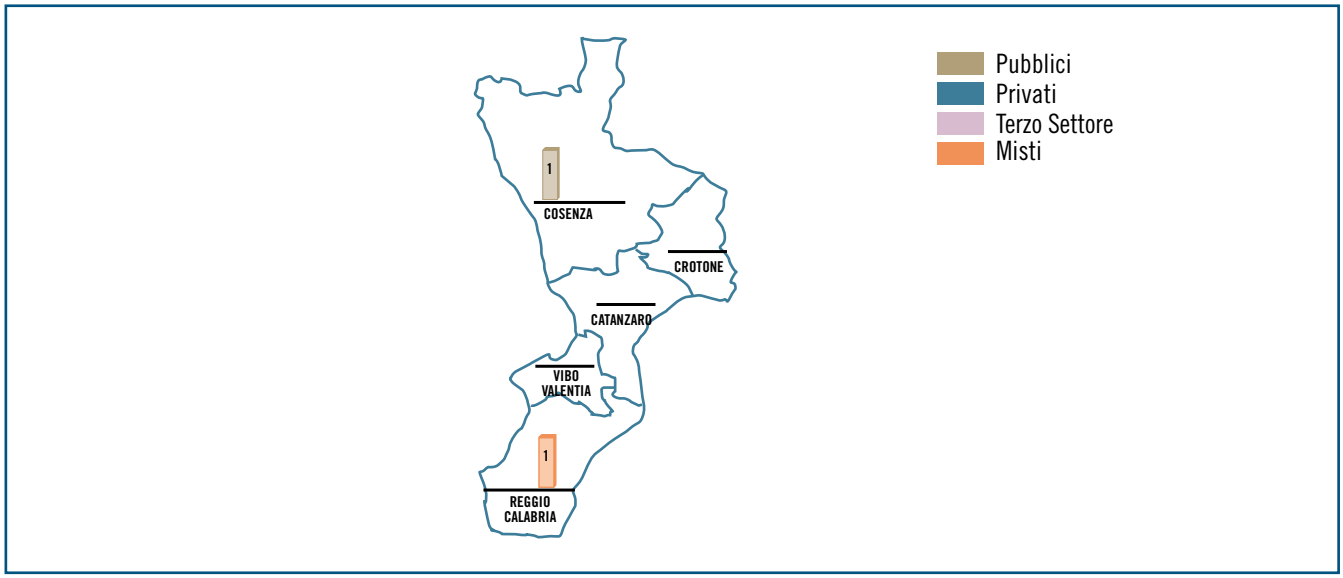
CALABRIA

Popolazione residente: 2.008.709
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Calabria **a giugno 2009 risultavano operativi 2 hospice per 18 posti letto complessivi (0,09 posti letto ogni 10.000 abitanti)**, di cui un hospice pubblico ed uno a gestione mista.

Si presume che, entro la fine del 2010, l'attuale disponibilità verrà integrata con l'attivazione di altri 2 hospice presso l'Azienda sanitaria di Reggio Calabria, per ulteriori 30 posti letto, mentre altri 4 hospice programmati per 34 posti letto dovrebbero essere attivati solo negli anni successivi.

Fig. 10 - Calabria: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 51 - Calabria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL DI CROTONE											173.848	-
ASL DI VIBO VALENTIA											167.334	-
ASP DI CATANZARO											367.512	-
ASP DI COSENZA	**1**	**7**	1	7							733.508	0,10
ASP DI REGGIO CALABRIA	**1**	**11**							1	11	566.507	0,19
TOTALE	**2**	**18**	**1**	**7**					**1**	**11**	**2.008.709**	**0,09**

Tav. 52 - Calabria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL DI CROTONE	**1**	**6**					1	6	173.848	0,35
ASL DI VIBO VALENTIA	**1**	**12**					1	12	167.334	0,72
ASP DI CATANZARO	**1**	**10**					1	10	367.512	0,27
ASP DI COSENZA	**2**	**13**	1	7			1	6	733.508	0,18
ASP DI REGGIO CALABRIA	**3**	**41**	1	11	2	30			566.507	0,72
TOTALE	**8**	**82**	**2**	**18**	**2**	**30**	**4**	**34**	**2.008.709**	**0,41**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il più recente indirizzo della regione Calabria riguarda i malati oncologici. In particolare, nel **Piano sanitario regionale 2007-2009**, gli hospice sono considerati come strutture residenziali di accoglienza alla base della costituzione non solo di reti di servizi socio-sanitari, ma anche della rete oncologica regionale: è previsto dunque un collegamento funzionale diretto tra hospice e dipartimento oncologico.

L'attenzione ai pazienti affetti da neoplasie sembra essere l'evoluzione di un approccio già incline all'integrazione dei servizi per le cure palliative. La **dgr n. 320 del 2 maggio 2006**, infatti, disponeva l'"attivazione della rete dei servizi per i malati terminali (Cure Palliative)" tramite la quale la regione ha inteso consolidare il sistema di assistenza integrato ed articolato tra ospedali, hospice ed 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 ed il coordinamento di tutte le risorse intra ed extra-ospedaliere, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato ed il Terzo Settore secondo i principi di prossimità e sussidiarietà previsti dalla Legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
Con riferimento alla realizzazione degli hospice in base alla Legge 39/99, la regione dapprima ha approvato la dgr n. 466 del 7 agosto 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" e successivamente, nel Piano Sanitario Regionale 2004-2006, ha ribadito l'obiettivo di voler portare a compimento le strutture residenziali al fine di garantire assistenza a "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 ed inadeguato alle loro esigenze".

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
200	Piano sanitario regionale 2007-2009		Gli hospice sono compresi tra le strutture residenziali di accoglienza, le quali rappresentano la base per la costituzione di reti di servizi socio-sanitari. Gli hospice, inoltre, si inseriscono all'interno della rete oncologica regionale e saranno in collegamento diretto con il dipartimento oncologico.	programmazione, rete cure palliative, cure palliative in oncologia
36	Deliberazione della Giunta Regionale n. 320 del 2 maggio 2006	Attivazione della rete dei servizi per i malati terminali (Cure palliative)	Al fine di aumentare la speranza e la qualità di vita dei malati terminali, la regione intende consolidare il sistema di assistenza integrato e articolato tra ospedali, hospice e assistenza domiciliare, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e il Terzo Settore	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
35	Piano Sanitario Regionale 2004-06		Il Piano prevede lo sviluppo di una rete di cure palliative regionale ed in particolare la realizzazione di strutture dedicate alle cure palliative	programmazione, rete cure palliative
34	Deliberazione della Giunta Regionale n. 466 del 7 agosto 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 e organizzativi".	L'obiettivo della regione di voler portare a compimento le strutture residenziali finanziate ex Legge n. 39/99 si allinea 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"	rete cure palliative

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

HOSPICE SAN GIUSEPPE MOSCATI ASP DI COSENZA

Codice: 99

CALABRIA – ASP DI COSENZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ponte Nuovo - 87011 - Cassano allo Jonio (CS)
Telefono: 0981-780341
Fax: 0981-780326
E-mail: hospicecassano@libero.it ; dottnigro@libero.it
Web:
Responsabilità legale: Franco Petramala (ASP di Cosenza)
Responsabile medico: Luigi Spadafora
Responsabile infermieristico: Giuseppe Pugliese
Altro referente: Francesco Nigro Imperiale (dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di Hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono
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 24/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE VIA DELLE STELLE
ASP DI REGGIO CALABRIA

Codice: 190

CALABRIA – ASP DI REGGIO CALABRIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via delle Camelie - San Sperato - 89100 - Reggio Calabria (RC)
Telefono: 0965/683611
Fax: 0965/683620
E-mail: laviadellestelle@libero.it ; ucpserrano@live.it
Web:
Responsabilità legale: Prefetto Gen. Massimo Cetola - Commissione straordinaria (ASP di Reggio Calabria)
Responsabile medico: Vincenzo Trapani Lombardo
Responsabile infermieristico: Stefano Catalano
Altro referente: Paola Maria Serranò (responsabile Unità Cure Palliative)

Dati generali

Tipologia di Hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (11 posti letto in 11 camere, di cui 10 singole ed una multifunzionale, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere:
servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito a richiesta
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 24/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

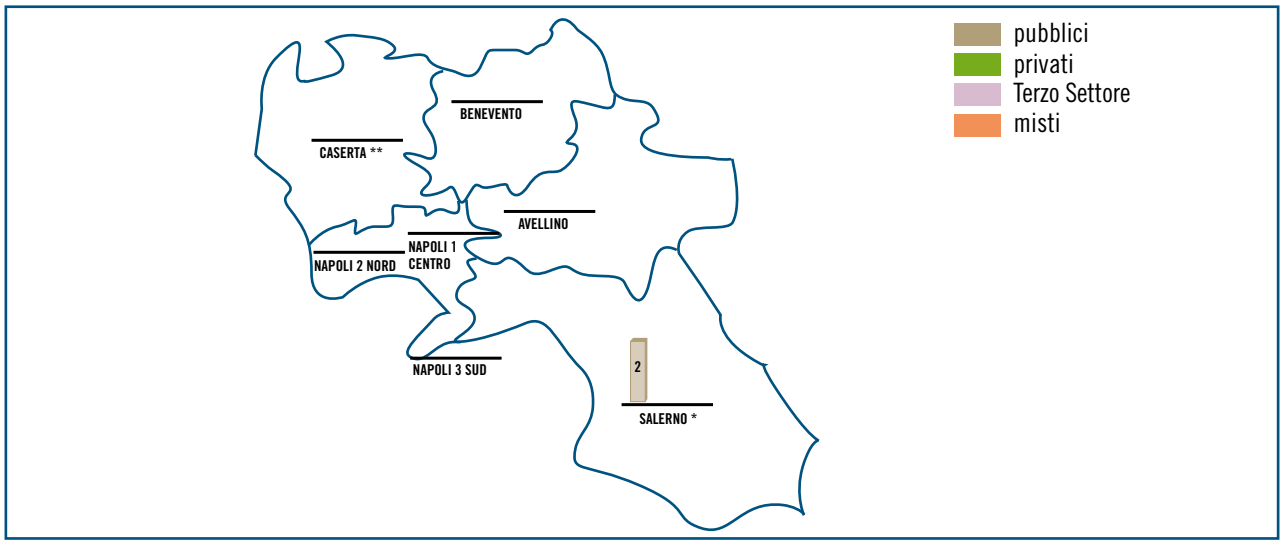
CAMPANIA

Popolazione residente: 5.812.962
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Campania al **30 giugno 2009 risultavano operativi 2 hospice per 18 posti letto complessivi (0,03 posti letto per 10.000 abitanti).** Entrambi fanno riferimento all'Azienda Sanitaria di Salerno e sono a gestione pubblica.

Nell'ambito della programmazione regionale è prevista l'attivazione di ulteriori 10 hospice, di cui 7 potrebbero diventare operativi nel biennio 2009-2010 e 7 lo diventeranno verosimilmente solo negli anni successivi, portando l'offerta regionale a 0,24 posti letto per ogni 10.000 abitanti.

Fig. 11 - Campania: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



* In base ad informazioni pervenute il 30 settembre 2009, mediante verifica diretta sul campo, i 2 hospice operativi in provincia di Salerno avrebbero avuto di recente alcune problematiche organizzative che hanno indotto una temporanea limitazione dell'operatività.

** In base ad informazioni fornite dal Coordinatore Regionale a Febbraio 2010 sono stati inaugurati 20 p.l. dell'Hospice Nicola Falde di S. Maria Capua Vetere, attualmente non operativi. Risulta inoltre prevista l'attivazione di 28 posti letto presso l'Hospice Villa Giovanna di Tora e Piccilli, la cui programmazione non risultava presente nella rilevazione conclusa al 30 giugno 2009 e perciò non presente nell'elenco di cui al Cap.5.2.

Tav. 53 - Campania: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda Sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL AVELLINO											439.565	-
ASL BENEVENTO											288.726	-
ASL CASERTA											904.197	-
ASL NAPOLI 1 CENTRO											963.661	-
ASL NAPOLI 2 NORD											927.202	-
ASL NAPOLI 3 SUD											1.183.512	-
ASL SALERNO *	**2**	**18**	2	18							1.106.099	0,16
TOTALE	**2**	**18**	**2**	**18**							**5.812.962**	**0,03**

Tav. 54 - Campania: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL AVELLINO	**1**	**12**			1	12			439.565	0,27
ASL BENEVENTO	**1**	**6**					1	6	288.726	0,21
ASL CASERTA	**4**	**78**			2	48	2	30	904.197	0,86
ASL NAPOLI 1 CENTRO	**2**	**20**			1	9	1	11	963.661	0,21
ASL NAPOLI 2 NORD	**2**	**20**			2	20			927.202	0,22
ASL NAPOLI 3 SUD									1.183.512	-
ASL SALERNO *	**3**	**30**	2	18	1	12			1.106.099	0,27
TOTALE	**13**	**166**	**2**	**18**	**7**	**101**	**4**	**47**	**5.812.962**	**0,29**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Da un'analisi della normativa regionale, la regione Campania risulta mantenere l'orientamento che, nel corso degli anni, l'ha vista collocare gli hospice all'interno della rete sanitaria ospedaliera (Unità Operative di Terapia del Dolore e Cure Palliative – UOTDCP). In particolare, la recente **dgr n. 1137 del 19 giugno 2009** ha previsto, nel quadro del Programma regionale per la realizzazione degli hospice, l'avviamento di un hospice presso il PO S. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita dell'ASL BN 1, definendo allo stesso tempo un trasferimento finanziario dall'AO Rummo di Benevento all'ASL BN1.

Già nel **Piano Sanitario Regionale 2007-2009,** approvato con la **dgr n. 885 del 22 maggio 2007,** la regione aveva preso atto dello stato di attuazione di suddetto Programma regionale, invitando i Direttori Generali ad accelerare lo svolgimento dei lavori.

Rispetto all'integrazione dei servizi di cura per i pazienti in fase terminale, con la **dgr n. 2279 del 30 dicembre**

2006, la regione ha assunto le valutazioni del Coordinamento Regionale di Assistenza per il Malato Terminale (CRAMT) in merito ai progetti delle AA.SS.LL. campane per la rete integrata di assistenza ai malati terminali e ha approvato il criterio di ripartizione dei fondi da esso proposto.

Il processo di definizione della rete territoriale delle cure palliative era stato 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, è la delibera in questione che prevedeva l'istituzione del 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 ed accettare i progetti preliminari proposti dalle Aziende Sanitarie e finalizzati alla realizzazione funzionale della rete territoriale, nei quali deve essere esplicitata anche la composizione dell' "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.

In tema di formazione, la **dgr n. 511 del 15 aprile 2005** prevede dei moduli di aggiornamento per il personale coinvolto nell'assistenza ai malati terminali.

Importanti sono le disposizioni volte ad allineare la normativa della regione alla Legge 39/99. 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 D.G.R. n. 4408 del 26 settembre 2001 - L. 39/99 e D.M. 5 settembre 2001" (successivi aggiornamenti erano stati apportati dalla **dgr n. 5509 del 15 novembre 2002 e dalla dgr n. 6261 del 20 dicembre 2002**). La volontà di adeguamento alla Legge n. 39/99 si ritrova nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con la **Legge Regionale n. 10 dell'11 luglio 2002**. Per i pazienti oncologici, infatti, è previsto lo sviluppo di forme di assistenza che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione al potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica.

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

- in attuazione della dgr n. 6418 del 23 novembre 2001, la regione ha elaborato un documento tecnico dove sono definiti i 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;
- viceversa, non sono state rilevate normative specifiche per quanto riguarda l'accreditamento degli hospice.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
258	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1137 del 19 giugno 2009		La delibera rimodula il Programma di realizzazione di strutture Hospice della regione Campania di cui alla DGRC n. 5509 del 15 novembre 2002, prevedendo la realizzazione dell'Hospice presso il PO S. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita dell'ASL BN 1 e stabilisce un trasferimento finanziario dall'AO Rummo di Benevento all'ASL BN1.	finanziamenti
214	Deliberazione della Giunta Regionale n. 885 del 22 maggio 2007	Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL.- Presa d'atto stato di attuazione del Programma Regionale per la realizzazione di strutture e funzioni Hospice	Si prende atto dello stato di attuazione del Programma regionale, invitando i Direttori Generali ad accelerare lo svolgimento dei lavori	programmazione
211	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2279 del 30 dicembre 2006	Presa d'atto delle valutazioni del CRAMT relativamente ai progetti delle AA.SS.LL. della regione Campania per la rete integrata di assistenza ai malati terminali. Approvazione del criterio di ripartizione dei fondi proposto dal CRAMT		rete cure palliative, finanziamenti
210	Deliberazione della Giunta Regionale n. 511 del 15 aprile 2005	Assistenza ai malati terminali "Piano di formazione e aggiornamento del personale sanitario e parasanitario della regione Campania. Stralcio del piano di formazione di cui alla lettera b) del punto 4". Compiti della regione Campania delle linee guida di cui alla dgr 3329/2003 da affidare all'ARSAN Settore Formazione		formazione
40	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3329 del 21 novembre 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 preposti alle cure palliative	Si prevede l'istituzione del Coordinamento Regionale di Assistenza per il Malato Terminale (CRAMT)	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP)

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
213	Deliberazione della Giunta Regionale n. 6261 del 20 dicembre 2002	Errata corrige alla dgr n. 5509 del 15 novembre 2002 ad oggetto: "Revoca dgr n. 2750 del 14/6/2002 e contestuale approvazione del presente programma di integrazione, ai sensi del D.M. 5 settembre 2001, approvato con dgr n. 4408 del 26 settembre 2001 - L. 39/99 - (con allegati)"		finanziamenti
212	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5509 del 15 novembre 2002	Revoca dgr n. 2750 del 14/6/2002 e contestuale approvazione del presente programma di integrazione, ai sensi del D.M. 5 settembre 2001, approvato con dgr n. 4408 del 26 settembre 2001 - L. 39/99 - (con allegati)	L'atto definisce la programmazione dei posti letto e i finanziamenti	programmazione, finanziamenti
180	Legge Regionale n. 10 dell'11 luglio 2002	Piano Sanitario Regionale 2002-2004	È previsto, per i pazienti oncologici, lo sviluppo di forme di assistenza che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione al potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica	cure palliative/terapia del dolore
39	Deliberazione della Giunta Regionale 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		rete cure palliative, finanziamenti
38	Deliberazione della Giunta Regionale n. 6418 del 23 novembre 2001	Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione e ed all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della regione Campania	Il documento, di natura tecnica, definisce 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	autorizzazione e accreditamento
37	Deliberazione della Giunta Regionale n. 4408 del 26 settembre 2001	Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali	La regione 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).	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP)

HOSPICE c/o OSPEDALE SANT'ARSENIO DI VALLO DELLA LUCANIA
ASL SALERNO

Codice: 151

CAMPANIA – ASL SALERNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Luigi Curto - 84035 - Polla di Sant'Arsenio (SA)
Telefono: 0975-373111
Fax:
E-mail: maddalenalombardi@aslsa3.com
Web:
Responsabilità legale: Frenando De Angelis (Commissario straordinario) (ASL Salerno)
Responsabile medico: non disponibile
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE "IL GIARDINO DEI GIRASOLI" DI EBOLI ASL SALERNO

Codice: 283

CAMPANIA – ASL SALERNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Località Acquarita - 84025 - Eboli (SA)
Telefono: 0828-362316
Fax: 0828-362 316
E-mail: doloreeboli@doloredoc.it ; armandodemartino@inwind.it
Web: http://www.doloreeboli.doloredoc.it/home
Responsabilità legale: Fernando De Angelis (Commissario straordinario) (ASL Salerno)
Responsabile medico: Armando De Martino
Responsabile infermieristico: Cosma Moccaldi
Altro referente: Alessandro Marra, Giusy Acerra (medico palliativista, medico referente hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 4 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 20/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

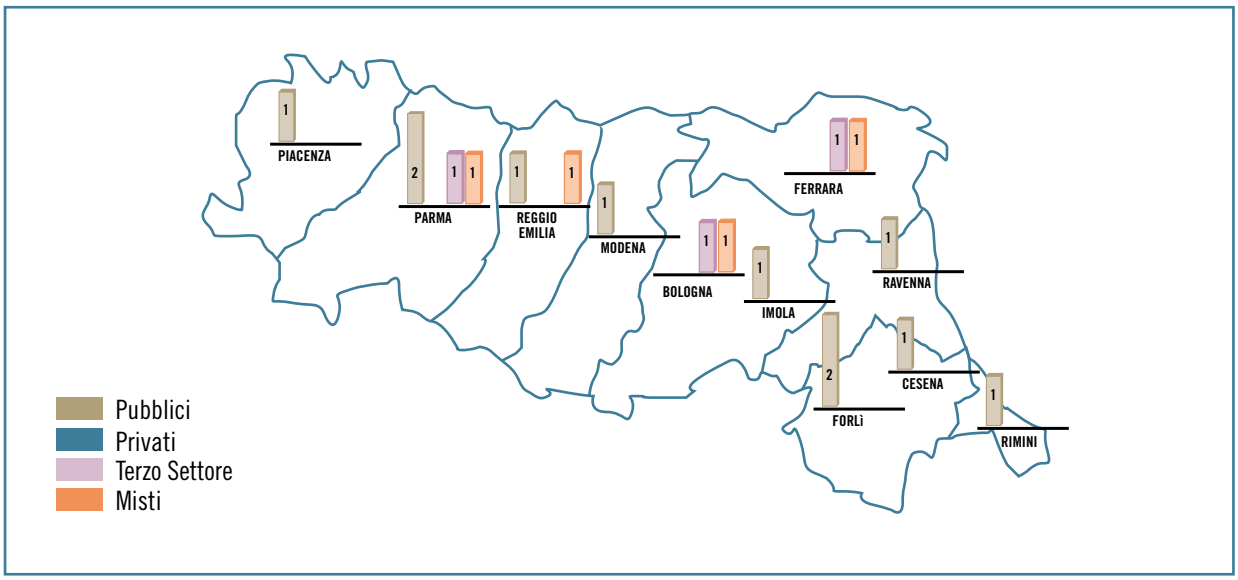
EMILIA-ROMAGNA

Popolazione residente: 4.337.979
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

AUSL BOLOGNA	HOSPICE MARIATERESA CHIANTORE SERÀGNOLI	126
AUSL BOLOGNA	HOSPICE C/O OSPEDALE BELLARIA - AUSL BOLOGNA	127
AUSL CESENA	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA COLOMBA DI SAVIGNANO SUL RUBICONE - AUSL CESENA	128
AUSL FERRARA	HOSPICE "CASA DELLA SOLIDARIETÀ" - ASSOCIAZIONE A.D.O.	129
AUSL FERRARA	HOSPICE TERRITORIALE "LE ONDE E IL MARE" C/O PRESIDIO SOCIO-SANITARIO DI CODIGORO - AUSL FERRARA	130
AUSL FORLI'	HOSPICE VALERIO GRASSI DI FORLIMPOPOLI - AUSL FORLÌ	131
AUSL FORLI'	HOSPICE TERRITORIALE DI DOVADOLA - AUSL FORLÌ - IPAB "OPERA PIA ZAULI"	132
AUSL IMOLA	HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - AUSL IMOLA	133
AOSP MODENA	HOSPICE CENTRO ONCOLOGICO - AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO DI MODENA	134
AUSL PARMA	HOSPICE LA VALLE DEL SOLE - AUSL PARMA	135
AUSL PARMA	HOSPICE PICCOLE FIGLIE - CENTRO DI CURE PALLIATIVE	136
AUSL PARMA	HOSPICE CENTRO DI CURE PALLIATIVE DI FIDENZA - AUSL PARMA	137
AUSL PARMA	HOSPICE CENTRO CURE PROGRESSIVE "PIETRO CORUZZI" DI LANGHIRANO - AZIENDA SOCIALE SUD EST	138
AUSL PIACENZA	HOSPICE TERRITORIALE DI BORGONOVO "UNA CASA PER LE CURE PALLIATIVE" - ASP AZALEA	139
AUSL RAVENNA	HOSPICE SAN DOMENICO - ASP BASSA ROMAGNA	140
AUSL R. EMILIA	HOSPICE OSPEDALIERO DI GUASTALLA - AUSL REGGIO EMILIA	141
AUSL R. EMILIA	HOSPICE CASA MADONNA DELL'ULIVETO	142
AUSL RIMINI	HOSPICE UNITÀ DI TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE DI RIMINI - AUSL RIMINI	143

Nella regione Emilia-Romagna **a giugno 2009 risultavano operativi 18 hospice**, di cui 11 a gestione pubblica, 3 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 4 a gestione mista. Complessivamente le 18 strutture operative garantiscono **216 posti letto in hospice (pari a 0,50 posti letto per ogni 10.000 abitanti)**.

Fig. 12 - Emilia-Romagna: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Nella Cartina non sono presenti i seguenti hospice perché diventati operativi dopo il 30/06/09 (si veda Capitolo 5.2)
*** Il 10/12/2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo l'Hospice "Benedetta Corelli Grappadelli" con 10 p.l. c/o P.O. di Lugo (ASL RA). In data 11/02/2010 è stato inaugurato ed è attualmente operativo l'Hospice "Villa Agnesina" Con 15 p.l. Faenza(ASL RA)**

Tav. 55 - Emilia-Romagna: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda Sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
AUSL DI BOLOGNA	**2**	**43**					1	30	1	13	846.586	0,51
AUSL DI CESENA	**1**	**14**	1	14							203.042	0,69
AUSL DI FERRARA	**2**	**23**					1	12	1	11	357.980	0,64
AUSL DI FORLI'	**2**	**19**	2	19							184.977	1,03
AUSL DI IMOLA	**1**	**12**	1	12							129.589	0,93
AOSP DI MODENA	**1**	**10**	1	10							688.286	0,15
AUSL DI PARMA	**4**	**41**	2	18			1	8	1	15	433.154	0,95
AUSL DI PIACENZA	**1**	**10**	1	10							285.922	0,35
AUSL DI RAVENNA	**1**	**8**	1	8							385.729	0,21
AUSL DI REGGIO EMILIA	**2**	**26**	1	14					1	12	519.458	0,50
AUSL DI RIMINI	**1**	**10**	1	10							303.256	0,33
TOTALE	**18**	**216**	**11**	**115**			**3**	**50**	**4**	**51**	**4.337.979**	**0,50**

Oltre a quelli già operativi, la regione ha programmato la realizzazione di altri 6 hospice, con un incremento di 72 posti letto che arriverebbe ad assicurare 0,66 posti letti per ogni 10.000 abitanti. Le stime portano a valutare che tali strutture potrebbero divenire operative nel corso del biennio 2009-2010.

Tav. 56 - Emilia-Romagna: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
AUSL DI BOLOGNA	**3**	**58**	2	43	1	15			846.586	0,69
AUSL DI CESENA	**1**	**14**	1	14					203.042	0,69
AUSL DI FERRARA	**3**	**35**	2	23	1	12			357.980	0,98
AUSL DI FORLI'	**2**	**19**	2	19					184.977	1,03
AUSL DI IMOLA	**1**	**12**	1	12					129.589	0,93
AOSP DI MODENA	**1**	**10**	1	10					688.286	0,15
AUSL DI PARMA	**4**	**41**	4	41					433.154	0,95
AUSL DI PIACENZA	**2**	**25**	1	10	1	15			285.922	0,87
AUSL DI RAVENNA	**3**	**28**	1	8	2	20			385.729	0,73
AUSL DI REGGIO EMILIA	**2**	**26**	2	26					519.458	0,50
AUSL DI RIMINI	**2**	**20**	1	10	1	10			303.256	0,66
TOTALE	**24**	**288**	**18**	**216**	**6**	**72**			**4.337.979**	**0,66**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione Emilia-Romagna ha recentemente istituito con la **dgr n. 115 del 9 febbraio 2009** il Comitato Regionale per la Lotta al Dolore, composto da professionisti esperti in materia di terapia del dolore e cure palliative provenienti dalle Aziende sanitarie, da operatori e da referenti della regione. Il Comitato ha funzioni di coordinamento dei diversi programmi attivati in Emilia-Romagna e ha il compito di promuovere la formazione degli operatori, la diffusione di tecniche innovative per il controllo delle patologie dolorose più complesse e di favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari stessi e tra pazienti e famigliari sulle possibilità terapeutiche per alleviare il dolore.

Nell'ultimo **Piano Sociale e Sanitario della regione Emilia-Romagna**, l'attenzione alle strutture dedicate alle cure palliative è andata crescendo. Se nel Piano Sanitario Regionale precedente veniva colta l'urgenza di realizzare una rete di hospice per sostenere le famiglie dei malati terminali e data un impronta personalistica e integrata delle cure, nel triennio **2008-2010** viene programmata l'attivazione dei centri residenziali per le cure palliative (hospice) per giungere ad una dotazione complessiva di 300 posti letto, incluso il completamento del processo di accreditamento degli hospice già operativi.

Tra le novità normative va ricordata la **dgr n. 1863 del 10 novembre 2008**, che aggiorna la tariffa a giornata di degenza a 192 euro giornaliere di tariffa base, a cui si aggiungono ulteriori 45 euro giornaliere per tutto quanto fornito direttamente dall'AUSL e non compreso nella tariffa base, confermando l'impostazione delle precedenti deliberazioni. Non è prevista alcuna quota integrativa per l'accompagnatore.
La tariffa venne stabilita per la prima volta dalla **dgr n. 589 del 14 aprile 2002** a 175,6 euro giornaliere di tariffa base e successivamente, con **dgr n. 1121/2006**, aumentata a 188 euro + 45 euro giornaliere a ricono-

scimento di quanto fornito direttamente dall'Azienda USL e non compreso nella tariffa base.
In passato, la regione aveva 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 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". In sintesi tale Delibera contiene:

- una ulteriore specificazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione degli hospice (requisiti definiti a livello nazionale dal DPCM del 20/01/2000), 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. In particolare il mantenimento dell'accreditamento regionale avviene mediante la verifica periodica dei requisiti stessi;
- la revoca dei più importanti provvedimenti regionali precedenti, quali la **dgr n. 1716 del 17 ottobre 2000** "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi delle strutture residenziali di cure palliative - hospice" e la **dgr n. 125 dell'8 febbraio 1999** "Primi provvedimenti applicativi della L.R. n. 34 del 12/10/1998".

Sempre con riferimento alle strutture residenziali, la **dgr n. 1602 del 29 settembre 2000** ha specificato gli hospice previsti dai piani attuativi delle Aziende Sanitarie, al fine di allocare le risorse finanziare ricevute dal Ministero della Salute grazie alla Legge 39/99. Successivamente, con la **dgr n. 2231 del 29 ottobre 2001** i finanziamenti sono stati concessi alle Aziende Sanitarie, mentre con le **dgr n. 591 del 2002 e dgr n. 2134 del 3 novembre 2003** sono state apportate alcune integrazioni ed aggiornamenti ai progetti degli hospice che la regione intende finanziare.

Tra i documenti alla base dell'ordinamento regionale, va ricordato il **"Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative" (dgr n. 456 dell'1 marzo 2000)**, definito nell'ambito del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. In particolare viene specificata la necessità di qualificare ed 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, la regione 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 ad 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.

Infine si rileva che, a differenza di quanto avviene ad esempio in Lombardia ed in Lazio, la normativa in vigore in Emilia-Romagna non riconosce formalmente il livello assistenziale "day-hospice", né una tariffa aggiuntiva per l'accompagnatore.

Codice*	Riferimento formale		Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
215	Deliberazione della Giunta Regionale n. 115 del 09 febbraio 2009	Istituzione del Comitato regionale per la lotta al dolore	Il Comitato è composto da medici, operatori e referenti della regione; ha funzioni di coordinamento dei programmi regionali e il compito di promuovere la formazione degli operatori, la diffusione di tecniche innovative per il controllo delle patologie dolorose più complesse e di favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari stessi e tra pazienti e famigliari sulle possibilità terapeutiche per alleviare il dolore	programmazione
265	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1863 del 10 novembre 2008	Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dall'1/1/2008	La tariffa prevista dalla regione per gli hospice è di 195 euro giornaliere (oltre a 45 euro per l'accompagnatore)	tariffazione
50	Deliberazione dell'Assemblea Legislativa della regione Emilia-Romagna 22 maggio 2008, n. 175 -Piano Sanitario Regionale 2008-10	Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 (Proposta della Giunta regionale in data 1 ottobre 2001, n. 1448)	Il piano prevede il completamento dell'attivazione dei centri residenziali delle cure palliative (hospice) per giungere ad una dotazione complessiva di 300 posti letto, incluso il completamento del processo di accreditamento degli hospice già operativi.	programmazione
49	Deliberazione della Giunta Regionale 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	La delibera contiene una specificazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice e la revoca di alcuni provvedimenti precedenti (dgr n. 1716 del 17 ottobre 2000 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle strutture residenziali di cure palliative – hospice" e dgr n. 125 dell'8 febbraio 1999 "Primi provvedimenti applicativi della LR n. 34 del 12 ottobre 1998")	autorizzazione e accreditamento
48	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2134 del 3 novembre 2003	Parziale modifica al programma regionale 'la rete delle cure palliative' di cui alla dgr n. 591/2002 prot.n. 02/17291.	Sono apportati integrazioni e aggiornamenti ai progetti degli hospice che la regione intendeva finanziare	rete cure palliative, finanziamenti
47	Deliberazione della Giunta Regionale n. 589 del 14 aprile 2002	Tariffa giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate dai Centri residenziali per le cure palliative (hospice)	Viene determinata la tariffa base di 175,6 euro al netto di quanto fornito direttamente dall'Azienda USL e non compreso nella tariffa base, successivamente aggiornata a 188 euro giornaliere.	tariffazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale		Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
46	Deliberazione della Giunta Regionale n. 591 del 2002	Piano Sanitario Regionale 1999/2001. Programma 'la rete delle cure palliative' - Provvedimenti attuativi per il completamento del programma hospice	La regione adotta un approccio di carattere socio-sanitario alle cure palliative, le quali devono essere personalizzate, eseguite sia in regime di assistenza domiciliare sia di hospice, e prevedere l'accompagnamento al lutto dei familiari. Il Piano stabilisce i criteri di eleggibilità per le cure palliative e programma l'integrazione delle strutture con il sistema sanitario già esistente.	rete cure palliative, programmazione, modello sanitario (hospice, assistenza domiciliare)
45	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2231 del 29 ottobre 2001	Programma regionale 'la rete delle cure palliative' di cui alla propria deliberazione n. 1602/2000, concessione dei finanziamenti alle aziende sanitarie e approvazione delle procedure di erogazione degli stessi.		finanziamenti
44	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1716 del 17 ottobre 2000	Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle strutture residenziali di cure palliative – hospice		autorizzazione e accreditamento
43	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1602 del 29 settembre 2000	Programma 'la rete delle cure palliative' - Provvedimenti attuativi.	La regione definisce le strutture residenziali (hospice) previste dai piani attuativi delle ASL, al fine di allocare le risorse finanziare ricevute dal Ministero della Salute grazie alla Legge n. 39/99.	rete cure palliative, finanziamenti
42	Deliberazione della Giunta Regionale n. 456 del 1 marzo 2000	Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative	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 l'assistenza domiciliare integrata	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP)
41	Deliberazione della Giunta Regionale n. 125 dell'8 febbraio 1999	Primi provvedimenti applicativi della LR n. 34 del 12 ottobre 1999 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private"		autorizzazione e accreditamento

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: rosanna.favato@hospiceseragnoli.it ; danila.valenti@hospiceseragnoli.it
Web: http://www.hospiceseragnoli.it
Responsabilità legale: Giancarlo De Martis (Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli - Bentivoglio)
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 di diritto privato)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 1997 e sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero, armadio con cassaforte, spazio arredato con poltrona, tavolo e sedie
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 14/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o OSPEDALE BELLARIA AUSL BOLOGNA

Codice: 214

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI BOLOGNA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Altura, 3 - 40139 - Bologna (BO)
Telefono: 051-6225965
Fax: 051-6225401
E-mail: rosanna.favato@hospiceseragnoli.it ; d.valenti@ausl.bologna.it; catia.franceschini@hospiceseragnoli.it
Web: http://www.ausl.bologna.it; www.hospiceseragnoli.it
Responsabilità legale: Giancarlo De Martis (Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli)
Responsabile medico: Danila Valenti
Responsabile infermieristico: Patrizia Benfenati
Altro referente: Rosanna Favato (direttore generale dell'hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Fondazione di diritto privato ed Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (13 posti letto in 11 camere, di cui 2 doppie e 9 singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, poltrona aggiuntiva, tavolo con sedie, armadio con cassaforte
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 60 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE c/o 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 ; cpittureri@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: Elena Amaducci (medico)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2000 e sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero, filodiffusione, aria condizionata, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto e telefono dedicato, in media per 50 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE "CASA DELLA SOLIDARIETÀ" ASSOCIAZIONE A.D.O.

Codice: 65

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI FERRARA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Veneziani, 54 - 44124 - Ferrara (FE)
Telefono: 0532-977672
Fax: 0532-977531
E-mail: adonlus@libero.it ; segreteria@adoferrara.it
Web: http://www.adohtf.it/hospice.php
Responsabilità legale: Daniela Furiani (ADO Assistenza Domiciliare Oncologica - Ferrara)
Responsabile medico: Stefano Giordani
Responsabile infermieristico: Roberta Malanchini
Altro referente: Esmaeil Ghaderi (medico responsabile)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: Terzo Settore (Associazione)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 1998 e sono terminati nel 2000
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, materasso antidecubito, frigorifero, tavolino servitore, poltrona articolata
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 5 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE TERRITORIALE "LE ONDE E IL MARE" c/o PRESIDIO SOCIO-SANITARIO DI CODIGORO AUSL FERRARA

Codice: 232

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI FERRARA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Riviera Cavallotti, 347 - 44021 - Codigoro (FE)
Telefono: 0533-729923 / 38
Fax: 0533-729726
E-mail: m.manfredini@ausl.fe.it ; l.gulmini@ausl.fe.it
Web: http://www.ausl.fe.it/azienda/hospice/hospice-territoriale-le-onde-e-il-mare-di-codigoro/
Responsabilità legale: Fosco Foglietta (AUSL Ferrara)
Responsabile medico: Mauro Manfredini
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: Loretta Gulmini

Dati generali

Tipologia di hospice: territoriale
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Associazione)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (11 posti letto in 11 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, tavolo per pranzo, aria condizionata
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dal Ministero della Salute e della regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

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 ; ma.maltoni@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: Emanuela Vignoli
Altro referente: Stefania Derni (medico responsabile qualità)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2001 e sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, scrittoio con frigorifero incorporato, aria condizionata, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 6 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/06/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

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

Codice: 77

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI FORLI'

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: Paolo Lorenzetti (IPAB Opera Pia Spedale G. Zauli)
Responsabile medico: Maria Teresa Rineri
Responsabile infermieristico: Emanuela Vignoli
Altro referente: Stefania Derni (medico)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, angolo cottura, frigorifero, aria condizionata, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 6 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/06/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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: 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: Bianca Venturi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 10 camere, di cui 2 doppie e 8 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/08/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CENTRO ONCOLOGICO AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO DI MODENA

Codice: 69

EMILIA ROMAGNA - AOSP DI MODENA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via del Pozzo, 71 - 41100 - Modena (MO)
Telefono: 059-4223246
Fax: 059-4223258
E-mail: piccinini.lino@unimore.it ; dini.daniele@policlinico.mo.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 - aiuto)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non disponibile
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 10 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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: Massimo Fabi (AUSL di Parma)
Responsabile medico: Giuseppina Frattini
Responsabile infermieristico: Giuseppina Del Nevo
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2004
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, angolo cottura
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 12 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 14/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE PICCOLE FIGLIE
CENTRO DI CURE PALLIATIVE

Codice: 122

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Po, 1 - 43125 - Parma (PR)
Telefono: 0521.901251 / 52 / 53
Fax: 0521-901250
E-mail: scgppff@pfiglie.org
Web: http://www.hpfparma.it/hospice/hospice.htm; http://www.piccolefiglie.altervista.org
Responsabilità legale: Liliana Triches (Istituto Piccole Figlie dei SS. Cuori di Gesù e Maria - Parma)
Responsabile medico: Massimo Damini
Responsabile infermieristico: Anna Avanzi
Altro referente: Erika Bucher (medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: religiosa (Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, tavolino con sedie, frigorifero, armadio, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 8 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE CENTRO DI CURE PALLIATIVE DI FIDENZA AUSL PARMA

Codice: 72

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

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

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2001 e sono terminati nel 2004
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo socio-sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/07/2009 (validazione dati non indicata)
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CENTRO CURE PROGRESSIVE "PIETRO CORUZZI" DI LANGHIRANO AZIENDA SOCIALE SUD EST

Codice: 74

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI PARMA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via S. Allende, 2 - 43013 - Langhirano (PR)
Telefono: 0521/865118
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: Marco Giorgi (Azienda Sociale Sud Est)
Responsabile medico: Mariangela Dardani
Responsabile infermieristico: Angelo Fallarino
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: pubblica (più enti: ASP pubblica e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (10 posti letto in 10 camere singole, di cui 4 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e angolo cottura
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE TERRITORIALE DI BORGONOVO "UNA CASA PER LE CURE PALLIATIVE" ASP AZALEA

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 ; info@aspazalea.it
Web: http://www.ausl.pc.it/rete_cure_palliative/#
Responsabilità legale: Antonello Zangrandi (ASP del distretto di ponente AZALEA)
Responsabile medico: Fabrizio Micheli
Responsabile infermieristico: Nicoletta Crosignani
Altro referente: Itala Orlando (responsabile progetto)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: pubblica (più enti: ASP pubblica e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE SAN DOMENICO
ASP BASSA ROMAGNA

Codice: 68

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI RAVENNA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Emaldi, 23/2 - 48022 - Lugo (RA)
Telefono: 0545-214090
Fax: 0545-214081
E-mail: g.cruciani@ausl.ra.it ; sandomenicolugo@virgilio.it
Web:
Responsabilità legale: Giuseppe Camanzi (IPAB Casa Protetta Sassoli - Lugo)
Responsabile medico: Luigi Montanari
Responsabile infermieristico: Laura Sangiorgi
Altro referente: Giorgio Cruciani e Chiara Poggiolini (responsabile e coordinatrice)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione,
I finanziamenti del Ministero della Salute non sono stati richiesti

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una Casa protetta (pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 14 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE OSPEDALIERO DI GUASTALLA
AUSL REGGIO EMILIA

Codice: 133

EMILIA ROMAGNA - AUSL DI REGGIO EMILIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Donatori di Sangue, 1 - 42016 - Guastalla (RE)
Telefono: 0522-837111
Fax: 0522-837220
E-mail: nuccia.ghizzi@ausl.re.it ; cristina.pedroni@ausl.re.it
Web:
Responsabilità legale: Mariella Martini (AUSL Reggio Emilia)
Responsabile medico: Eliana Crema
Responsabile infermieristico: Nuccia Ghizzi
Altro referente: Antonella Messori, Fiorenzo Orlandini (direttore sanitario, coordinatore medici dell'hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario-ospedaliero territoriale
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero, libreria
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE 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 ; direzion@madonna-uliveto.org
Web: http://www.madonna-uliveto.org
Responsabilità legale: Maria Grazia Solimè (Cooperativa Sociale Madonna dell'Uliveto scarl - Montericco di Albinea - RE)
Responsabile medico: Sergio Romano Aguzzoli
Responsabile infermieristico: Annamaria Marzi (anche responsabile dell'hospice)
Altro referente: Antonio Manni (consulente medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Cooperativa Sociale e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 16/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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: http://www.ausl.rn.it/doceboCms/page/432/terapia-antalgica-cure-palliative-rimini.html
Responsabilità legale: Marcello Tonini (AUSL di Rimini)
Responsabile medico: William Raffaeli
Responsabile infermieristico: Giuseppe Ricci
Altro referente: Cristina Monterubbianesi (responsabile hospice)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

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

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: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 60 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

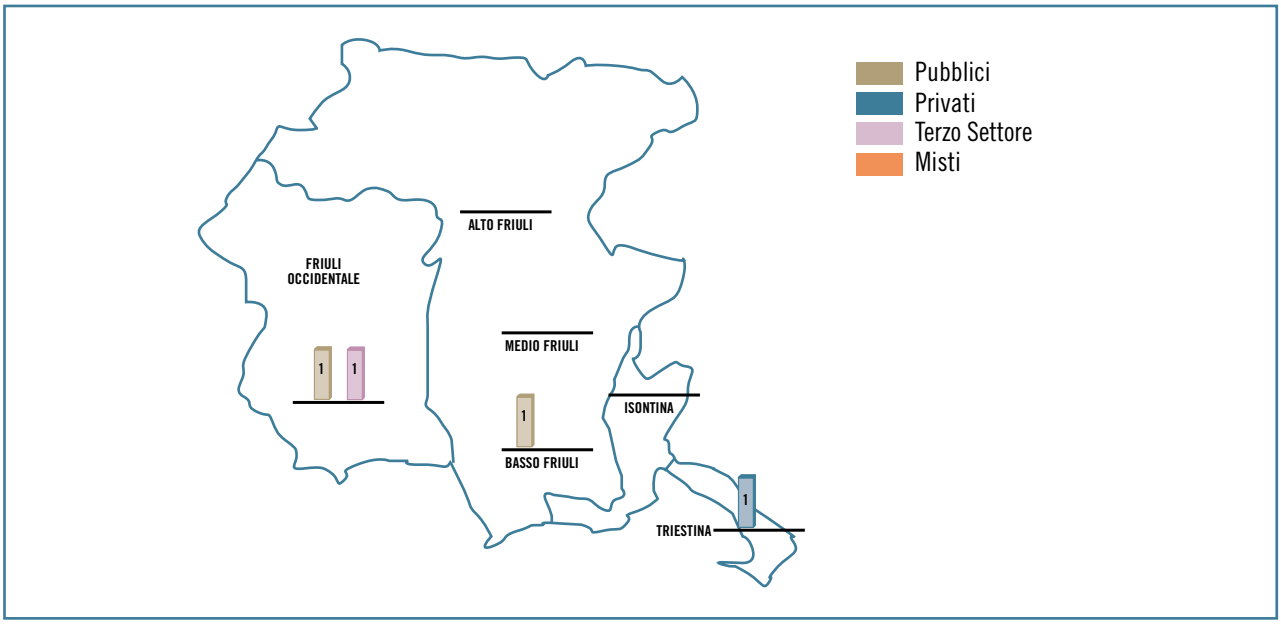
Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

FRIULI VENEZIA GIULIA

Popolazione residente: 1.230.936
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Friuli Venezia Giulia **a giugno 2009 risultavano operativi 4 hospice**, di cui 2 pubblici, 1 privato ed 1 gestito da un'organizzazione del Terzo Settore. Nel complesso le 4 strutture operative garantiscono **52 posti letto, pari a 0,42 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 13 - Friuli Venezia Giulia: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 57 - Friuli Venezia Giulia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda Sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASS 1 TRIESTINA	1	20			1	20					236.393	0,85
ASS 2 ISONTINA											142.461	-
ASS 3 ALTO FRIULI											74.495	-
ASS 4 MEDIO FRIULI											352.932	-
ASS 5 BASSA FRIULANA	1	10	1	10							112.296	0,89
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE	2	22	1	10			1	12			312.359	0,70
TOTALE	**4**	**52**	**2**	**20**	**1**	**20**	**1**	**12**			**1.230.936**	**0,42**

La regione ha inoltre previsto di attivare altri 2 hospice nel territorio del Medio Friuli, per un totale di 25 posti letto, portando l'offerta regionale a 0,63 posti letto ogni 10.000 abitanti. In base alle informazioni attualmente disponibili, si presume che queste 2 strutture diventeranno operative solo dopo il 2010.

Tav. 58 - Friuli Venezia Giulia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASS 1 TRIESTINA	**1**	**20**	1	20					236.393	0,85
ASS 2 ISONTINA									142.461	-
ASS 3 ALTO FRIULI									74.495	-
ASS 4 MEDIO FRIULI	**2**	**25**					2	25	352.932	0,71
ASS 5 BASSA FRIULANA	**1**	**10**	1	6 *					112.296	0,89
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE	**2**	**22**	2	22					312.359	0,70
TOTALE	**6**	**77**	**4**	**48**			**2**	**25**	**1.230.936**	**0,63**

* *Presso l'Hospice Centro Residenziale di Cure Palliative Distretto Sanitario Ovest – ASS 5 Bassa Friulana*

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il **Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008 (dgr n. 2843 del 24 novembre 2006)** intende mettere a punto un processo di integrazione e qualificazione dei servizi rivolti ai pazienti in fase terminale, avviato dal Friuli Venezia Giulia già prima dell'approvazione della Legge 39/99. La regione, infatti, si propone di garantire continuità del servizio nell'assistenza ai malati attraverso la creazione di una rete tra presidi ospedalieri e hospice, la differenziazione dell'offerta delle RSA, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e l'elaborazione di specifiche procedure e dinamiche di lavoro. È rilevante come la regione affronti altresì il tema della qualificazione farmaceutica specifica per le cure palliative.

La recente delibera di approvazione del **Piano regionale per la riabilitazione (dgr n. 3223 del 12 dicembre 2005)** ha assunto una prospettiva innovativa, inquadrando gli hospice tra i servizi per la riabilitazione garantiti dal Fondo Sanitario Regionale. La definizione del numero di posti letto negli hospice, tuttavia, è rimandata al piano di settore approvato con dgr 486/02.

Gli anni immediatamente precedenti hanno visto la regione dedicarsi soprattutto all'allocazione dei finanziamenti. Si ricorda, in particolare, la **dgr n. 3234 del 29 novembre 2004**, con la quale il Friuli Venezia Giulia prende anche atto della carenza dei posti letto disponibili e dell'assenza di nucleo transmurale e di una rete per l'assistenza dei malati terminali; la **dgr n. 606 del 24 marzo 2005**, dove si indica lo stato di avanzamento lavori degli hospice finanziati e della **dgr n. 901 del 5 maggio 2005**, contenente l'elenco delle opere, l'importo del finanziamento e lo stato di avanzamento delle strutture dedicate alle cure palliative.

Nel 2003 la regione aggiorna 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").

Alla base della normativa regionale è la **dgr n. 486 del 20 febbraio 2002** (anticipata dalla **dgr n. 4462 del 20 dicembre 2001**, "Intervento sulla sanità regionale"), con la quale 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 nella delibera i centri residenziali di cure palliative sono identificati con gli "hospice" e le "RSA con funzione specialistica", da distribuirsi in modo omogeneo su tutto il territorio.

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 ed alla sua famiglia la continuità delle cure, nel rispetto dei bisogni e delle scelte individuali. Il programma ha inoltre consentito di stabilire le condizioni per poter utilizzare i finanziamenti stanziati dal Ministero della Salute (Legge n. 39/99), definendo i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei centri residenziali di cure palliative.

Come accennato sopra, la regione Friuli Venezia Giulia è stata tra le prime ad avviare un percorso normativo strutturato nell'ambito delle cure palliative. Già nel 1993 la Giunta ha approvato 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", mentre il **Piano Sanitario 2000-2002** (**dgr n. 3854 del 10 dicembre 1999**) rileva il fabbisogno del territorio e supporta l'investimento sugli hospice, integrati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Specificazione del Piano si ritrova nelle "**Linee Guida per la gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali**", allegate alla **dgr n. 1487 del 25 maggio 2000**, nelle quali si specifica che le RSA possono espletare funzioni specialistiche nell'ambito delle cure palliative.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
202	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2843 del 24 novembre 2006	Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008	La regione intende mettere in rete presidi ospedalieri e hospice. L'assistenza ai malati terminali dev'essere garantita dalla continuità del servizio, che passa attraverso la differenziazione dell'offerta delle RSA, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e l'elaborazione di specifiche procedure e dinamiche di lavoro. Il Piano tocca anche il tema della qualificazione farmaceutica specifica per le cure palliative	programmazione, rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
208	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3223 del 12 dicembre 2005	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2006	È indicato lo stato di avanzamento lavori degli hospice finanziati	finanziamenti
204	Deliberazione della Giunta Regionale n. 606 del 24 marzo 2005	Piano regionale della riabilitazione	Gli hospice sono parti integranti dell'offerta alla riabilitazione garantita dal Fondo Sanitario Regionale. Con riferimento alla quantificazione del fabbisogni dei posti letto negli hospice, il documento rimanda al piano di settore approvato con dgr 486/2002	programmazione
203	Deliberazione della Giunta Regionale n. 901 del 5 maggio 2005	Programma degli investimenti nel servizio sanitario regionale (2006-2015) e modalità di finanziamento	Il documento riporta l'elenco delle opere, l'importo del finanziamento e lo stato di avanzamento delle strutture dedicate alle cure palliative	finanziamenti
207	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3234 del 29 novembre 2004	Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2005	Sono indicati i finanziamenti per gli hospice. Tuttavia, si prende atto della carenza dei posti letto disponibili all'interno di tali strutture. Rispetto alle cure palliative, la regione manca di un nucleo transmurale e di una rete per l'assistenza dei malati terminali	finanziamenti, programmazione
54	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3529 del 14 novembre 2003	Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2004	La regione ha aggiornato a 260 euro la tariffa giornaliera riconosciuta agli hospice per l'anno 2004	tariffazione
53	Deliberazione della Giunta Regionale n. 486 del 20 febbraio 2002	Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali	La regione identifica i centri residenziali di cure palliative con gli "hospice" e le "RSA con funzione specialistica", da distribuirsi in modo omogeneo sul territorio regionale, in modo da potenziare l'offerta di cure palliative per i malati non guaribili presso strutture specialistiche intermedie tra la famiglia e l'ospedale. Il modello organizzativo assicura 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	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
205	Deliberazione della Giunta Regionale n. 4462 del 20 dicembre 2001	Intervento sulla sanità regionale	Anticipa il programma regionale di intervento per le cure palliative e l'hospice	programmazione
52	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1487 del 25 maggio 2000	Allegato A) alla dgr n. 1487 del 25 maggio 2000 (regione Friuli Venezia Giulia) - Linee guida per la gesione delle residenze sanitarie assistenziali	La regione ha specificato che le RSA possono espletare funzioni specialistiche nell'ambito delle cure palliative	rete cure palliative, cure palliative/terapia del dolore
206	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3854 del 10 dicembre 1999	Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 - Piano sanitario regionale 2000-2002	A seguito dell'approvazione della legge 39/1999 e rilevato il fabbisogno del territorio, il piano supporta l'investimento sugli hospice, che saranno integrati agli RSA. Viene predisposto un piano regionale specifico per le cure palliative e gli hospice	programmazione
51	Deliberazione della Giunta Regionale 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		modello assistenziale (UOCP), rete cure palliative

HOSPICE 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: gianluca.borotto@pinetadelcarso.it ; hospice@pinetadelcarso.it
Web: http://www.pinetadelcarso.it/Servizi%20Sanitari%20Forniti/Attivita%20di%20degenza/Riabilitazione%20Oncologica.htm
Responsabilità legale: Franca Visintin (Pineta del Carso Spa - Casa di Cura)
Responsabile medico: Gianluca Borotto
Responsabile infermieristico: Dolores Acciarino
Altro referente: Maria Livia Leita

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 1998

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (20 posti letto in 20 camere singole, di cui 19 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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 07/08/2009 e validato dal Responsabile, Aiuto Dirigente
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE DISTRETTO SANITARIO OVEST ASS 5 BASSA FRIULANA

Codice: 128

FRIULI VENEZIA GIULIA – ASS 5 BASSA FRIULANA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Sabbionera, 45 - 33053 - Latisana (UD)
Telefono: 0431-529475
Fax: 0431-529293
E-mail: corbatto@ss5.sanita.fvg.it; cantarutti@ss5.sanita.fvg.it
Web:
Responsabilità legale: Paolo Bordon (ASS 5 Bassa Friulana)
Responsabile medico: Luigi Abriola
Responsabile infermieristico: Maria Lisa Cantarutti
Altro referente:

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: ad oggi sono operativi 6 posti letto, in attesa che siano resi operativi tutti i 10 posti letto disponibili.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (n. posti letto non disponibile)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
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 04/08/2009 e validato dal Direttore di Distretto dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE IL GABBIANO c/o OSPEDALE SAN VITO AL TAGLIAMENTO
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE

Codice: 129

FRIULI VENEZIA GIULIA – ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Savorgnano, 2 - 33078 - San Vito al Tagliamento (PN)
Telefono: 0434-841580 / 81 / 83
Fax: 0434-84158582
E-mail: mariaanna.conte@ass6.sanita.fvg.it ; donatella.piazza@ass6.sanita.fvg.it
Web: http://www.ass6.sanita.fvg.it/ASS6web/pagina.asp?_style=1&_num=4534&_sz=e&_el=hospice
Responsabilità legale: Nicola Delli Quadri (ASS 6 Friuli Occidentale)
Responsabile medico: Maria Anna Conte
Responsabile infermieristico: Donatella Piazza
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero, poltrona aggiuntiva
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 28/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE VIA DI NATALE "FRANCO GALLINI"

Codice: 52

FRIULI VENEZIA GIULIA – ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Franco Gallini, 1 - 33081 - Aviano (PN)
Telefono: 0434-652109
Fax: 0434-651805
E-mail: hospvn@tin.it
Web: http://www.viadinatale.org
Responsabilità legale: Silvio Garattini (Associazione Via di Natale onlus - Aviano)
Responsabile medico: Simon Spazzapan
Responsabile infermieristico: Samanta De Pol
Altro referente: Carmen Gallini (direttrice responsabile)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Associazione)
Anno di attivazione: 1996

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 1992 e sono terminati nel 1995
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, angolo cottura, filodiffusione, aria condizionata, poltrona aggiuntiva, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/06/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

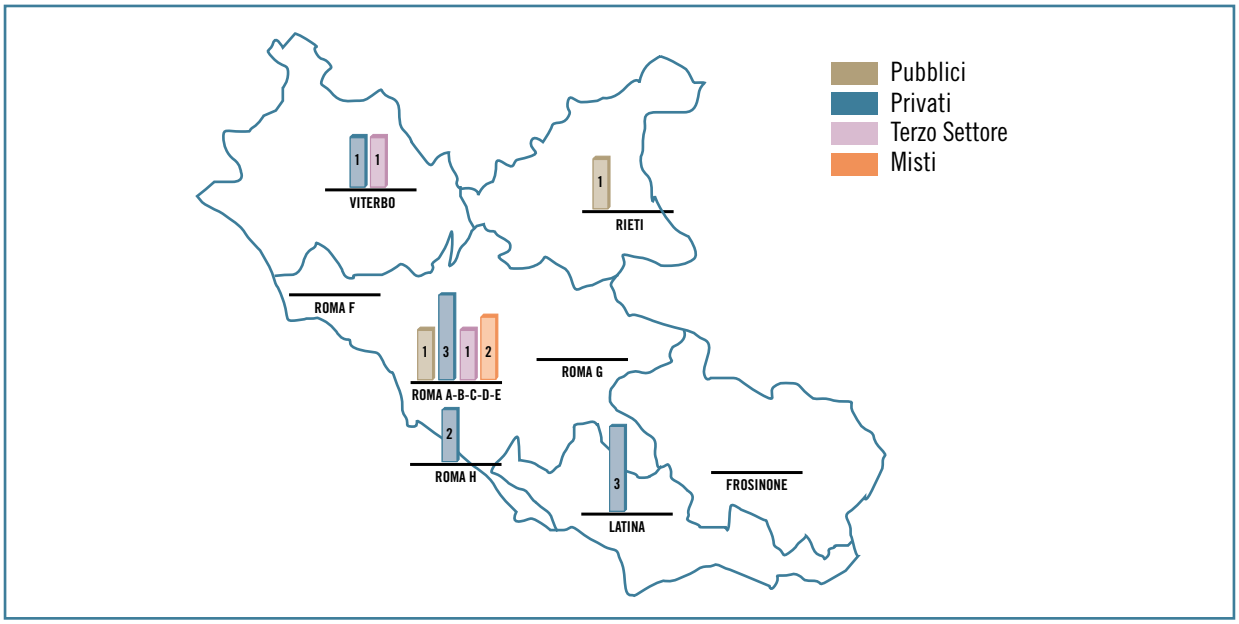
LAZIO

Popolazione residente: 5.626.710
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

AUSL ROMA A	HOSPICE "S. FRANCESCA ROMANA IN TRASTEVERE" C/O PTP NUOVO REGINA MARGHERITA	160
AUSL ROMA A	HOSPICE CASA DI CURA SANT'ANTONIO DA PADOVA	161
AUSL ROMA A	HOSPICE SAN FRANCESCO CARACCIOLO	162
AUSL ROMA D	HOSPICE ISTITUTO NAZIONALE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" - IRCCS	163
AUSL ROMA D	HOSPICE SACRO CUORE	164
AUSL ROMA E	HOSPICE VILLA SPERANZA - SCAI SPA - UNIVERSITÀ CATTOLICA SACRO CUORE	165
AUSL ROMA E	CENTRO ANTEA - RETE DI CURE PALLIATIVE	166
AUSL ROMA H	HOSPICE C/O CASA DI CURA SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA - SAN RAFFAELE S.P.A.	167
AUSL ROMA H	HOSPICE C/O CASA DI CURA SAN RAFFAELE VELLETRI - SAN RAFFAELE S.P.A.	168
AUSL LATINA	HOSPICE ONCOLOGICO UNITÀ OPERATIVA CURE PALLIATIVE VILLA SILVANA - AUSL LATINA	169
AUSL LATINA	HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE "VILLA AZZURRA" DI TERRACINA	170
AUSL LATINA	HOSPICE CASA DI CURA SAN MARCO - U.O. CURE PALLIATIVE - AUSL LATINA	171
AUSL RIETI	HOSPICE DELL'OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS - ASL RIETI	172
AUSL VITERBO	HOSPICE NOSTRA MADRE C/O CASA DI CURA VILLA ROSA	173
AUSL VITERBO	HOSPICE MY LIFE C/O CASA DI CURA NEPI	174

Nella regione **Lazio a giugno 2009 risultavano operativi 15 hospice**, di cui 2 pubblici, 9 privati, 2 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 2 a gestione mista. Questi 15 hospice operativi garantiscono un totale di **252 posti letto, pari a 0,45 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 14 - Lazio: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 59 - Lazio: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
AUSL ROMA A	**3**	**56**			2	46			1	10	482.881	1,16
AUSL ROMA B											662.121	-
AUSL ROMA C											541.136	-
AUSL ROMA D	**2**	**38**	1	8					1	30	593.325	0,64
AUSL ROMA E	**2**	**55**			1	30	1	25			511.394	1,08
AUSL ROMA F											307.987	-
AUSL ROMA G											476.586	-
AUSL ROMA H	**2**	**30**			2	30					534.605	0,56
AUSL DI FROSINONE											496.917	-
AUSL DI LATINA	**3**	**34**			3	34					545.217	0,62
AUSL DI RIETI	**1**	**4**	1	4							159.018	0,25
AUSL DI VITERBO	**2**	**35**			1	25	1	10			315.523	1,11
TOTALE	**15**	**252**	**2**	**12**	**9**	**165**	**2**	**35**	**2**	**40**	**5.626.710**	**0,45**

Per quanto riguarda le previsioni relative all'attuazione della programmazione regionale, nel corso del biennio 2009-10 dovrebbero essere attivati altri 2 hospice per ulteriori 43 posti letto complessivi.

Tav. 60 - Lazio: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
AUSL ROMA A	**3**	**56**	3	56					482.881	1,16
AUSL ROMA B									662.121	-
AUSL ROMA C									541.136	-
AUSL ROMA D	**2**	**38**	2	38					593.325	0,64
AUSL ROMA E	**2**	**55**	2	55					511.394	1,08
AUSL ROMA F									307.987	-
AUSL ROMA G									476.586	-
AUSL ROMA H	**3**	**48**	2	30	1	18			534.605	0,90
AUSL DI FROSINONE	**1**	**25**			1	25			496.917	0,50
AUSL DI LATINA	**3**	**34**	3	34					545.217	0,62
AUSL DI RIETI	**1**	**4**	1	4					159.018	0,25
AUSL DI VITERBO	**2**	**35**	2	35					315.523	1,11
TOTALE	**17**	**295**	**15**	**252**	**2**	**43**			**5.626.710**	**0,52**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il Presidente della regione è recentemente intervenuto in qualità di Commissario ad acta per differenziare la tariffa giornaliera in regime di hospice e assistenza domiciliare (**Decreto n. 22 del 24 marzo 2009** –"Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di hospice"), fissando la prima a 202,80 euro e la seconda a 100,33 euro, esclusi farmaci, sangue e ossigeno. Sulla base delle tariffe stabilite dal Decreto, le aziende sanitarie locali devono far sottoscrivere gli accordi contrattuali direttamente ai singoli soggetti erogatori. In passato la quota giornaliera onnicomprensiva era di 180,76 euro e valeva sia per il paziente assistito in hospice, sia per quello curato a domicilio (**dgr n. 1731 del 25 luglio 2000**).
Lo stesso Decreto n. 22/09 revisiona inoltre il **dgr n. 315 dell'11 aprile 2003** "Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative nella regione Lazio – Legge 39/99. Completamento fase sperimentale" che riconosceva la possibilità di assistere fino a 3 pazienti a domicilio per ogni posto residenziale accreditato, aumentando il rapporto tra posti residenziali e domiciliari ad 1 a 4.

Preludio del Decreto del Commissario ad acta era stato il **Piano di rientro - Accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della Legge 311/2004**, approvato con la **dgr n. 149 del 6 marzo 2007**. Con esso la regione ha inteso ricondurre il numero dei posti letto agli standard nazionali; in particolare, rispetto alle RSA e agli hospice, mira a ridurre le spese ed incrementare l'offerta attraverso la diminuzione della quota sanitaria e l'aumento di quella sociale e attraverso la rimodulazione della tariffa in relazione alla complessità del ricovero. In attuazione del Piano, la **dgr n. 437 del 19 giugno 2007** ha definito, in accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, il budget del 2007 per gli hospice.

Al Piano di rientro si riconduce il **Piano formativo 2007-2009**. Il documento è strutturato in 3 parti: obiettivi, percorsi di formazione e di apprendimento conoscitivo ed esperienziale, risultati attesi. Nello specifico, la regione intende:

- promuovere l'attivazione dei presidi di prossimità territoriale (PTP);
- contribuire alla diffusione delle esperienze di gestione dipartimentale per livello di intensità assistenziale;
- promuovere l'implementazione di modello "hub&spoke";
- definire e adattare i percorsi clinici diagnostici complessi.

Sempre con riferimento alla gestione finanziaria, la Giunta, in esecuzione del Piano Sanitario Regionale, era intervenuta con la **dgr n. 575 del 5 settembre 2006** per ridurre o riconvertire i posti letto per acuti e per rimodulare gli oneri tariffari derivanti dalla diaria giornaliera da corrispondere alle R.S.A. operanti in regime di accreditamento provvisorio con il Servizio Sanitario Regionale, conferendo all'Assessorato alla Sanità uno specifico mandato amministrativo.

La regione Lazio affronta esplicitamente il tema della rete di cure palliative nella recente d**gr n. 433 del 19 giugno 2007**, che contiene indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie e ad incentivare i processi di de-ospedalizzazione.

In materia di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali, la regione ha più volte aggiornato le disposizioni normative: la **LR n. 3 del 3 marzo 2003** è stata specificata dalla **dgr n. 424 del 14 luglio 2006** e dalla **dgr n. 160 del 30 aprile 2007**, che inoltre specifica i finanziamenti e lo stato di avanzamento di costruzione degli hospice.

Anche nella precedente programmazione regionale (**Piano Sanitario Regionale 2002-2004**) emergeva l'intenzione di valorizzare la presa in carico della persona e la fruizione di prestazioni residenziali e domiciliari che siano flessibili e dinamiche, il più possibile adeguate alle esigenze delle persone ed allo stato della malattia.
Occorre comunque sottolineare che nel Lazio l'offerta residenziale rimane strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio, anche in considerazione del fatto che la nuova normativa (il già citato Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 24 marzo 2009) riconosce la possibilità di assistere fino a 4 pazienti a domicilio per ogni posto residenziale accreditato.

L'attività normativa della regione sul tema delle cure palliative ebbe inizio già prima dell'approvazione della Legge 39/99. La **dgr n. 2446 del 12 giugno 1998**, infatti, ha avviato un programma sperimentale allo scopo di garantire adeguata assistenza ai soggetti affetti da patologie fortemente invalidanti e terminali, ad 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, nella **dgr n. 2039 del 21 dicembre 2001**, la regione ha voluto esplicitare la specifica relazione tra cure palliative e oncologia con il **Piano Oncologico regionale**.

Alla base dell'adeguamento del quadro legislativo regionale con quello nazionale è la **dgr n. 37 del 9 gennaio 2001**, con la quale 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 prevedrebbe un posto letto in hospice ogni 10.000 abitanti, ovvero oltre 520 posti letto sul territorio regionale. Si rileva 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 che siano flessibili e dinamiche, il più possibile adeguate alle esigenze delle persone ed allo stato della malattia.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
218	Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 24 marzo 2009	Piano di rientro economico. "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di hospice"	Fissa la tariffa giornaliera a euro 202,80 per l'assistenza residenziale (hospice) ed a euro 100,33 per l'assistenza domiciliare, esclusi farmaci, sangue e ossigeno. Si tratta di accordi contrattuali diretti tra ASL e soggetti erogatori. Il decreto aumenta inoltre il rapporto assistiti residenza/domicilio ad 1 a 4	tariffazione, modello assistenziale (residenziale e domiciliare)
281	Deliberazione della Giunta Regionale n. 325 dell'8 maggio 2008	Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare	Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare	Autorizzazione per le attività di assistenza domiciliare
282	Deliberazione della Giunta Regionale n. 326 dell'8 maggio 2008	Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe	Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe	tariffazione, modello assistenziale (domiciliare)
262	Deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007	Piano di rientro - Accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della Legge 311/2004	Il Piano intende ricondurre il numero dei posti letto agli standard nazionali. In particolare, rispetto alle RSA e agli hospice, il piano mira a ridurre le spese e incrementare l'offerta attraverso la diminuzione della quota sanitaria e l'aumento di quella sociale e la rimodulazione della tariffa in relazione alla complessità del ricovero	tariffazione, modello assistenziale (residenziale)
234	Deliberazione della Giunta Regionale n. 437 del 19 giugno 2007	Finanziamento per l'anno 2007 del livello assistenziale territoriale riferito all'assistenza riabilitativa ex art. 26, alle RSA e alle altre strutture residenziali. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 legge 311/2004: obiettivo specifico 1.3	Viene definito, in accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, il budget 2007 per gli hospice	finanziamenti
233	Deliberazione della Giunta Regionale n. 160 del 30 aprile 2007	Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), legge regionale n. 4/03 e successive modificazioni ed integrazioni	Sono determinati i finanziamenti e lo stato di avanzamento di costruzione degli hospice. Si indicano inoltre le modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti necessari per il rinnovo delle autorizzazioni	finanziamenti, autorizzazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
219		Piano formativo 2007/2009	Il documento si colloca nel quadro del Piano di Rientro (dgr 149/07) e ha come obiettivi quelli di diffondere modelli organizzativi e gestionali efficienti e definire percorsi clinico-diagnostici complessi anche negli hospice	formazione
217	Deliberazione della Giunta Regionale n. 433 del 19 giugno 2007	Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione della regione Lazio	Gli hospice sono inclusi tra le strutture che saranno oggetto di interventi finalizzati all'integrazione dei servizi sociali e sanitari e alla de-ospedalizzazione. Viene definito l'approccio a tale processo	rete cure palliative
263	Deliberazione della Giunta Regionale n. 575 del 5 settembre 2006		In esecuzione del Piano Sanitario Regionale, la Giunta interviene per ridurre/riconvertire i posti letto per acuti e per rimodulare gli oneri tariffari derivanti dalla diaria giornaliera da corrispondere alle R.S.A. operanti in regime di accreditamento provvisorio con il Servizio Sanitario Regionale, conferendo all'Assessorato alla Sanità uno specifico mandato amministrativo	tariffazione
216	Deliberazione della Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006	Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie		autorizzazione
220	Legge Regionale n. 3 del 3 marzo 2003	Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali		autorizzazione e accreditamento
58	Deliberazione della Giunta Regionale 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	L'offerta residenziale rimane strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio, anche in considerazione del fatto che la normativa riconosce la possibilità di assistere fino a tre pazienti a domicilio per ogni posto residenziale accreditato	rete cure palliative, modello assistenziale (residenziale, domiciliare)
178		Piano sanitario Regionale 2002-2004	Il Piano prevede la programmazione per la realizzazione di strutture per le cure palliative	programmazione

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
179	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2039 del 21 dicembre 2001	Piano degli interventi nel settore oncologico	La delibera approva il Piano Oncologico Regionale all'interno dei quale è previsto l'avvio dei sistema delle cure palliative, nonché una serie di altre azioni ed interventi finalizzati alla prevenzione dei tumori	cure palliative/terapia del dolore
57	Deliberazione della Giunta Regionale n. 37 del 9 gennaio 2001	Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali 'Hospice' ai sensi dell'articolo 1 della Legge 39 del 26 febbraio 1999	La regione ha approvato la delibera per poter usufruire dei finanziamenti messi a disposizione dal Ministero della Salute. Nel programma viene definito l'obiettivo di avere un posto letto in hospice ogni 10.000 residenti. La programmazione intende valorizzare la fruizione di prestazioni residenziali e domiciliari, flessibili e dinamiche, il più possibile adeguate alle esigenze delle persone e allo stato della malattia	rete cure palliative, finanziamenti
56	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1731 del 25 luglio 2000		La delibera prevede una tariffazione unica per l'assistenza residenziale e domiciliare intende favorire il continuum assistenziale per il paziente: essa infatti prevede la stessa tariffa da applicarsi sia per i pazienti assistiti in hospice sia a domicilio (180,76 euro onnicomprensivi).	tariffazione, modello assistenziale (residenziale, domiciliare)
55	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2446 del 12 giugno 1998	"Attività e servizi assistenziali in fase sperimentale a favore di particolari categorie di utenza"	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)	rete cure palliative, modello assistenziale (residenziale, domiciliare)

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

Codice: 91

LAZIO – AUSL ROMA A

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Roma Libera, 76 - 00153 - Roma (RM)
Telefono: 06-58303420
Fax: 06-58303093
E-mail: perpresavisione@alice.it ; ciclamino@hotmail.it
Web:
Responsabilità legale: Carlo Saponetti (AUSL Roma A)
Responsabile medico: Pier Paolo Visentin
Responsabile infermieristico: Cinzia Cassanelli
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2008 e sono terminati nel 2009
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 20 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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:
Responsabilità legale: Mariano Garofalo (Casa di Cura Sant'Antonio da Padova)
Responsabile medico: Margherita Salerno
Responsabile infermieristico: Pietro Moscato
Altro referente: Anna Rita Fronzi

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (25 posti letto)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, letto aggiuntivo
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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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:
Responsabilità legale: Luca De Marchis (Casa di Cura San Francesco Caracciolo srl - Roma)
Responsabile medico: Roberto Risi
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 1999

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

Lavori di nuova costruzione/ristrutturazione: non disponibile
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (21 posti letto)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Supporto al lutto dei familiari: non disponibile
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE
ISTITUTO NAZIONALE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" - IRCCS

Codice: 196

LAZIO – AUSL ROMA D

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Giacomo Folchi, 6/A - 00149 - Roma (RM)
Telefono: 06-55170239
Fax: 06-55170272
E-mail: hospice@inmi.it
Web: http://www.inmi.it
Responsabilità legale: Laura Pellegrini (Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" - IRCCS)
Responsabile medico: Fabrizio Palmieri
Responsabile infermieristico: Antonietta Pellegrino
Altro referente: Raffaele Licordari (responsabile medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IRCCS pubblico)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2004
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, erogatore per ossigeno e vuoto, arredi che richiamano l'ambiente domestico
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 30/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

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.colasanti@hospicesacrocuore.it
Web: http://www.hospicesacrocuore.it
Responsabilità legale: Antonino Marino (GE.CLI. GEstione CLIniche Spa - Roma)
Responsabile medico: Patrizia Ginobbi
Responsabile infermieristico: Elisabetta Rossetto
Altro referente: Marina Colasanti (segreteria generale)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista privata profit / Terzo Settore (Ente privato e Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 1998

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, aria condizionata, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 200 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE 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: 06-3500169
Fax: 06-3053208
E-mail: hospicevillasperanza@virgilio.it ; scai.el@libero.it
Web: http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=199
Responsabilità legale: Antonio Cicchetti (SCAI Spa - Roma)
Responsabile medico: Adriana Turriziani
Responsabile infermieristico: Maria Matzeu
Altro referente: Francesco La Commare, Mauro Cuomo (direttore sanitario e direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario-ospedaliero territoriale
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, aria condizionata
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 01/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

CENTRO ANTEA - RETE DI CURE PALLIATIVE

Codice: 86

LAZIO – AUSL ROMA E

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Santa Maria della Pietà, 5 (padiglione 22) - 00138 - Roma (RM)
Telefono: 06-303321
Fax: 06-30332555
E-mail: info@antea.net
Web: http://www.anteahospice.org
Responsabilità legale: Claudia Monti (Antea Associazione Onlus)
Responsabile medico: Giuseppe Casale
Responsabile infermieristico: Fabio Belli
Altro referente: Chiara Mastroianni (referente amministrativa)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Associazione)
Anno di attivazione: 2000

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (25 posti letto in 25 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (6 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero, aria condizionata
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 45 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/06/2009 e validato dal Coordinatore sanitario-scientifico dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99 (nuovo finanziamento)
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o CASA DI CURA SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA - SAN RAFFAELE S.P.A.

Codice: 92

LAZIO – AUSL ROMA H

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ariccia, 16 - 00040 - Rocca di Papa (RM)
Telefono: 06-9428601 / 06-94286030
Fax: 06-94286007
E-mail: girolamo.delmonte@sanraffaele.it
Web: www.sanraffaele.it
Responsabilità legale: Carlo Trivelli (San Raffaele Spa - Roma)
Responsabile medico: Girolamo Del Monte
Responsabile infermieristico: Francesca Principini
Altro referente: Roberto Ciceroni (direttore operativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2004
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

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 ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (16 posti letto in 16 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, finestra ampia e luminosa, tavolo con sedie, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 120 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o CASA DI CURA SAN RAFFAELE VELLETRI - SAN RAFFAELE S.P.A.

Codice: 89

LAZIO – AUSL ROMA H

Dati anagrafici

Indirizzo: Via dei Laghi, Km 19,600 - 00049 - Velletri (RM)
Telefono: 06-961041 / 06-9620461415
Fax: 06-52255611
E-mail: maria.pietropaolo@sanraffaele.it ; letizia.gargano@sanraffaele.it
Web: http://velletri.sanraffaele.it/rep/reparto.asp?hw= 15&id_reparto=713
Responsabilità legale: Carlo Trivelli (San Raffaele Spa - Roma)
Responsabile medico: Maria Pietropaolo
Responsabile infermieristico: Matilde Chiominto (caposala)
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, cassaforte
Il supporto al lutto dei familiari è fornito mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE ONCOLOGICO UNITÀ OPERATIVA CURE PALLIATIVE VILLA SILVANA AUSL LATINA

Codice: 337

LAZIO – AUSL DI LATINA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Europa, 1/3 - 04011 - Aprilia (LT)
Telefono: 06-921401 / 338-6082574
Fax: 06-9258419
E-mail: albesin@alice.it ; hospice@villa-silvana.it
Web: www.villa-silvana.it
Responsabilità legale: Carlo Cerulli (Villa Silvana Spa)
Responsabile medico: Alberto Siniscalchi
Responsabile infermieristico: Giuseppina Celli
Altro referente: Andrea Liguori (assistente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2008 e sono terminati nel 2009
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, arredamento confortevole
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 14/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla SICP
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE "VILLA AZZURRA" DI TERRACINA

Codice: 340

LAZIO – AUSL DI LATINA

Dati anagrafici

Indirizzo: Lungomare Matteotti, 4 - 04019 - Terracina (LT)
Telefono: 0773-7971 / 0773-797221
Fax: 0773-702093
E-mail: codifo@tin.it ; accettazione.villaazzurra@gruppocofisan.it
Web:
Responsabilità legale: Rossini Mariuccia (Cofisan GSA Spa)
Responsabile medico: Concetta Di Fonzo
Responsabile infermieristico: Alessandro Galeazzi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2009 e sono terminati nel 2009
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 22/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Nessuna comunicazione dalla regione né dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Hospice identificato da ricerca online

HOSPICE CASA DI CURA SAN MARCO
U.O. CURE PALLIATIVE
AUSL LATINA

Codice: 339

LAZIO – AUSL DI LATINA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale XXI Aprile, 2 - 04100 - Latina (LT)
Telefono: 0773-662266
Fax:
E-mail: d.russo@clinicasanmarco.com ; m.guarda@clinicasanmarco.com
Web: www.clinicasanmarco.com
Responsabilità legale: Lucrezia Mosillo (Clinica San Marco Spa)
Responsabile medico: Domenico Russo
Responsabile infermieristico: Michela Guarda
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2009 e sono terminati nel 2009
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: in attesa di autorizzazione per 3 ulteriori posti letto in Day Hospital.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Nessuna comunicazione dalla regione né dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Hospice identificato da ricerca online

HOSPICE DELL'OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS AUSL RIETI

Codice: 93

LAZIO – AUSL DI RIETI

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Kennedy (in corso di realizzazione il nuovo hospice presso l'ex-ospedale psichiatrico) - 02100 - Rieti (RI)
Telefono: 0746-278089
Fax: 0746-278089
E-mail: a.roscetti@asl.rieti.it
Web:
Responsabilità legale: Gabriele Bellini (AUSL di Rieti)
Responsabile medico: Alessandro Roscetti
Responsabile infermieristico: Maria Cristina Camisola
Altro referente: Lorenzo Di Blasio (direttore reparto Anest. Rianim. Terapia Antalgica e Cure Palliative)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali del nuovo hospice sono in fase di ristrutturazione, i lavori sono iniziati nel 2005 e si prevede termineranno nel 2010
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (4 posti letto in 4 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (n. posti letto non disponibile)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non disponibile
Dotazioni delle camere: televisione, frigorifero, scrivania con 3 sedie, 2 poltrone aggiuntive
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 04/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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 ; info@viterbo.suoreospitaliere.it
Web: http://viterbo.suoreospitaliere.it/contenuti.asp?id=VITERBO11
Responsabilità legale: Suor Annamaria Chiaia (Casa di Cura Villa Rosa - Provincia Italiana Congregazione Suore Ospitaliere del Sacro Cuore di Gesù - Viterbo)
Responsabile medico: Luigi Galli
Responsabile infermieristico: Lara Magrelli
Altro referente: Mario Coi (direttore operativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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: 0761-527026
E-mail: call.center.hospice@casadicuranepi.it ; servizio.accettazione@casadicuranepi.it
Web: http://casadicuranepi.it/Hospice.asp
Responsabilità legale: Roberto Angelucci (Gruppo RO.RI srl - Roma)
Responsabile medico: Alessandro Poggi
Responsabile infermieristico: Luciana Bini
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2000

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2000
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una casa di cura privata

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (25 posti letto in 25 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

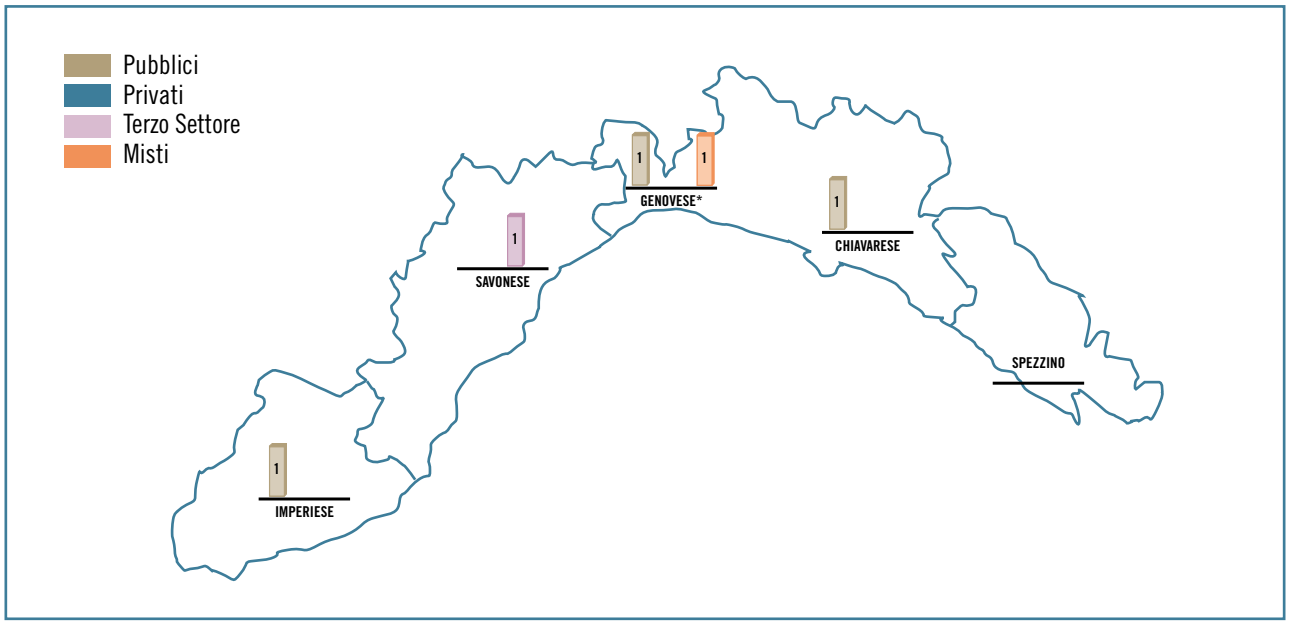
Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria e telefonicamente dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

LIGURIA

Popolazione residente: 1.615.064
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Liguria **a giugno 2009 risultavano operativi 5 hospice**, di cui 3 a gestione pubblica, 1 gestito da una organizzazione del Terzo Settore ed 1 a gestione mista. Complessivamente i 5 hospice già operativi contano **52 posti letto (pari a 0,32 posti letto per ogni 10.000 abitanti)**.

Fig. 15 - Liguria: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



* Nel Novembre 2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo l'hospice di Albaro (Ge) di 18 posti letto, che non è stato inserito nella cartina sopra riportata. Si veda Cap.5.2

Tav. 61 - Liguria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL 1 IMPERIESE	**1**	**10**	1	10							220.712	0,45
ASL 2 SAVONESE	**1**	**10**					1	10			286.646	0,35
ASL 3 GENOVESE	**2**	**24**	1	12					1	12	739.219	0,32
ASL 4 CHIAVARESE	**1**	**8**	1	8							148.911	0,54
ASL 5 SPEZZINO											219.576	-
TOTALE	**5**	**52**	**3**	**30**			**1**	**10**	**1**	**12**	**1.615.064**	**0,32**

La regione ha inoltre previsto la realizzazione di altri 3 hospice, di cui 2 dovrebbero diventare operativi nel corso del biennio 2009-10, mentre 1 si presume verrà attivato solo nel periodo successivo al 2010. L'offerta regionale arriverebbe così a garantire 0,57 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Tav. 62 - Liguria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 IMPERIESE	**1**	**10**	1	10					220.712	0,45
ASL 2 SAVONESE	**1**	**10**	1	10					286.646	0,35
ASL 3 GENOVESE	**4**	**52**	2	24	1	18	1	10	739.219	0,70
ASL 4 CHIAVARESE	**1**	**8**	1	8					148.911	0,54
ASL 5 SPEZZINO	**1**	**12**			1	12			219.576	0,55
TOTALE	**8**	**92**	**5**	**52**	**2**	**30**	**1**	**10**	**1.615.064**	**0,57**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Negli ultimi anni la realizzazione della rete per le cure palliative è stata al centro dell'attività normativa della regione Liguria.

In particolare, la **dgr n. 394 del 7 aprile 2009** definisce il modello organizzativo sperimentale della Rete Genovese di Cure Palliative, volto alla gestione di un bisogno complesso. La delibera pone le basi per la realizzazione della Rete Genovese con l'obiettivo di promuovere, organizzare e garantire che le cure palliative di elevata qualità siano erogate nel territorio dell'area metropolitana genovese in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno. La Rete è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, pubblici, privati e convenzionati, dedicati alle cure palliative, nel quale opera personale formato e dedicato a tempo pieno a questa attività.

Già con la **dgr n. 277 del 16 Marzo 2007** venivano definite le fondamenta del 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 è stato posto in capo ad una Struttura collocata presso l'Istituto per la Ricerca sul Cancro (IST). Nell'ambito della delibera venivano 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, erano definiti sia i requisiti di accesso sia gli standard per l'accreditamento, rimandando ai requisiti contenuti nel DPCM 20 gennaio 2000. Venivano 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.

La realizzazione e il consolidamento della Rete Regionale Ligure di Cure palliative sono inseriti anche fra gli obiettivi del triennio nel **Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011**, approvato con **dgr n. 5 del 9 gennaio 2009**.

Nell'ambito dei criteri e delle procedure di autorizzazione ed 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", integrata dalla recente **dgr n. 423 del 9 aprile 2009**.

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 sussidiarietà 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 2002-2004"** e nel **"Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005"** 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".

Infine, si ricorda che con la **dgr n. 830 del 21 luglio 2000** "Realizzazione di strutture per l'erogazione di cure palliative a malati terminali (hospice)" ed 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 39/99) e ad approvare il progetto generale di fattibilità relativo alle proposte per la realizzazione degli hospice, disponendo che le Aziende Sanitarie stesse redigessero i progetti preliminari, unitamente al progetto complessivo di definizione della rete di assistenza ai malati sottoposti a cure palliative.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
223	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5 del 9 gennaio 2009	Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011	Sono inseriti fra gli obiettivi del triennio la realizzazione e il consolidamento della Rete Regionale Ligure di Cure palliative	programmazione
222	Deliberazione della Giunta Regionale n. 423 del 9 aprile 2009	Approvazione requisiti di accreditamento integrativi di quelli vigenti (DD.G.R. n. 1575/2003 e n. 529/2007 e ss.mm. e ii.) e modalità di rinnovo e di presentazione delle istanze per l'accreditamento istituzionale (dgr. n. 395/2002)		accreditamento

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
221	Deliberazione della Giunta Regionale n. 394 del 7 aprile 2009	Rete Genovese di Cure Palliative	Vengono poste le basi per la realizzazione della Rete Genovese di Cure Palliative con l'obiettivo di promuovere, organizzare e garantire che le cure palliative di elevata qualità siano erogate nel territorio dell'area metropolitana genovese in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno	rete cure palliative
64	Deliberazione della Giunta Regionale n. 277 del 16 marzo 2007	La rete delle cure palliative: modello Organizzativo	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	rete cure palliative
63	Deliberazione della Giunta Regionale n. 12 del 31 gennaio 2006	Aggiornamento di dgr. n. 830 del 21 luglio 2000 relativo alla realizzazione di strutture per l'erogazione di cure palliative a malati terminali (hospice).		finanziamenti, rete cure palliative
62	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1281 del 28 ottobre 2005	Rete di assistenza oncologica	Oltre a confermare le linee guida dei Piani Sanitari Regionali precedenti, la delibera individua come prioritario l'obiettivo di "ridurre la mortalità precoce per tumori"	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
66		Piano Socio Sanitario Regionale 2003-06	Sono ribaditi i principi del precedente Piano Sanitario Regionale	programmazione
65		Piano Sanitario Regionale 2002-05	La regione specifica che la modalità assistenziale primaria e prevalente per le cure di tipo palliativo consiste nell'assistenza domiciliare e sottolinea che nell'attivazione dell'assistenza domiciliare, le Aziende Sanitarie si avvalgono anche delle organizzazioni di volontariato già attive in questo tipo di assistenza.	programmazione
61	Deliberazione della Giunta Regionale n. 340 del 5 aprile 2002	Approvazione ed aggiornamento del progetto generale di realizzazione degli hospice nella regione Liguria, di cui alla dgr. n° 830 del 21.07.2000 ed al decreto dirigenziale n° 2118 del 21.09.2000		finanziamenti, rete cure palliative
60	Deliberazione della Giunta Regionale n. 830 del 21 luglio 2000	Realizzazione di strutture per l'erogazione di cure palliative a malati terminali (hospice)	La regione ha provveduto a ripartire tra le varie AA.SS.LL. 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 AA.SS.LL. stesse redigessero i progetti preliminari, unitamente al progetto complessivo di definizione della rete di assistenza ai malati sottoposti a cure palliative	finanziamenti, rete cure palliative

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
59	Legge Regionale n. 20 del 30 luglio 1999	Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati	La legge è il riferimento per quanto concerne le procedure di autorizzazione e di accreditamento. In ambito regionale non sono state identificate normative specifiche per quanto riguarda i criteri di autorizzazione degli hospice (in aggiunta a quanto già previsto a livello nazionale dal DPCM del 20 gennaio 2000) e per quanto riguarda l'accreditamento	autorizzazione e accreditamento

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:
Responsabilità legale: Antonio Rossi (ASL 1 Imperiese)
Responsabile medico: Giorgio Tubere
Responsabile infermieristico: Enza Rossi
Altro referente: Louise Pettersson, Eva Sedlar (infermiere professionale)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, tavolo con sedie, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 17/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE "CENTRO MISERICORDIA" SANTA M.G. ROSSELLO ISTITUTO 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: rossellofdm@yahoo.it
Web:
Responsabilità legale: Suor Giuseppina Bianchi (Istituto Figlie di Nostra Signora della Misericordia)
Responsabile medico: Federico Cortese
Responsabile infermieristico: Suor M. Carmen
Altro referente: Claudio Cappelli, Suor Emmanuela

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Istituzione religiosa)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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 17/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

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

Codice: 47

LIGURIA – ASL 3 GENOVESE

Dati anagrafici

IIndirizzo: Piazza Pastorino, 1 - 16162 - Genova (GE)
Telefono: 010-6449637
Fax: 010-6449647
E-mail: hospicegigighirotti@tiscali.it ; nadia.balletto@gigighirotti-genova.it; associazionegigighirotti@tiscali.it; hospice-bolzaneto@gigighirotti-genova.it
Web: www.gigighirotti.it
Responsabilità legale: Franco Enriquet (Associazione Gigi Ghirotti - Genova)
Responsabile medico: Nadia Balletto
Responsabile infermieristico: Fabrizio Moggia
Altro referente: Stefano Scorza (direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Associazione e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 90 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE "MARIA CHIGHINE" - IST

Codice: 138

LIGURIA – ASL 3 GENOVESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 - Genova (GE)
Telefono: 010-5600940
Fax:
E-mail: michele.gallucci@istge.it ; massimo.costantini@istge.it
Web:
Responsabilità legale: Gian Franco Ciappina (Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova)
Responsabile medico: Michele Gallucci
Responsabile infermieristico: Paola Pilastri
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IRCCS pubblico)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2009
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
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 12/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE c/o EX OSPEDALE DI CHIAVARI ASL 4 CHIAVARESE

Codice: 136

LIGURIA – ASL 4 CHIAVARESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via G.B. Ghio, 9 - 16043 - Chiavari (GE)
Telefono: 0185-329368
Fax: 0185 329369
E-mail: rpizzorno@asl4.liguria.it
Web: www.asl4.liguria.it
Responsabilità legale: Paolo Cavagnaro (ASL 4 Chiavarese)
Responsabile medico: Rita Pizzorno
Responsabile infermieristico: Loana Solari
Altro referente: Elena Beltrame, Cinzia Maranzana

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice

L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 04/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

LOMBARDIA

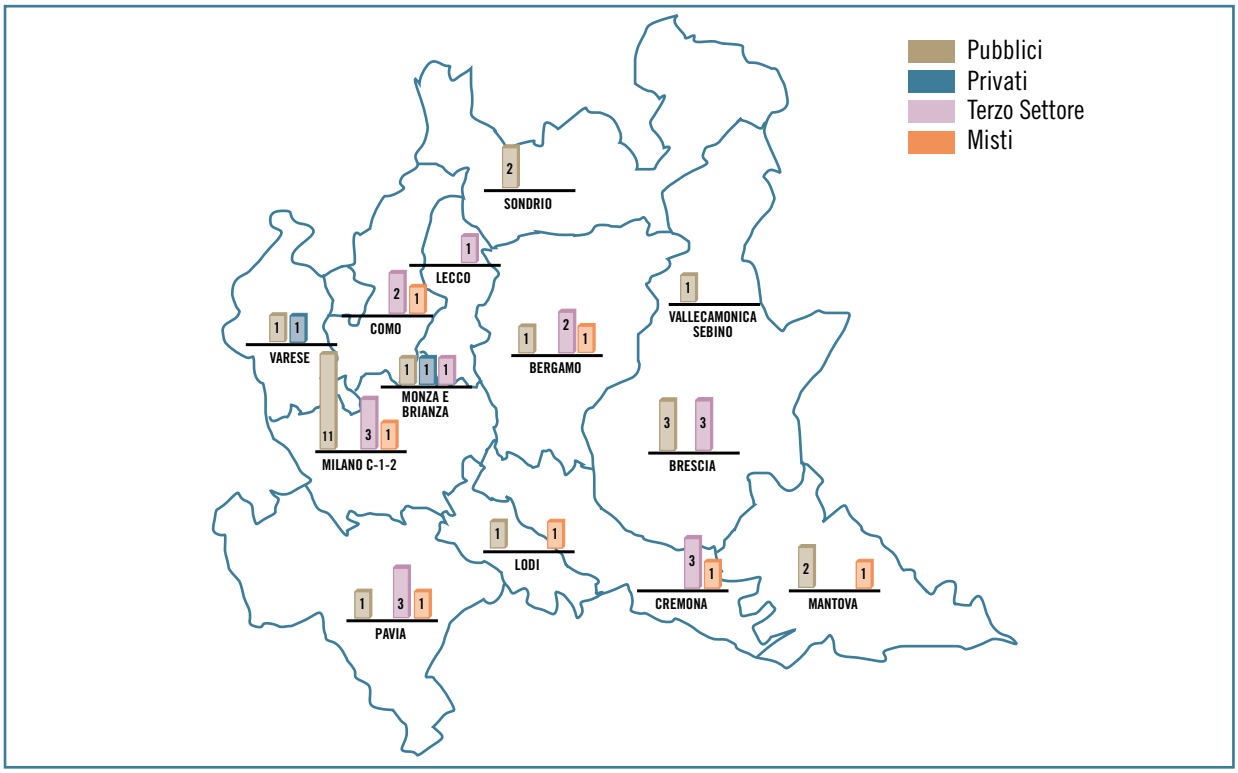
Popolazione residente: 9.742.676
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

ASL DI MILANO	HOSPICE VIRGILIO FLORIANI – UO COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE TERAPIA DEL DOLORE E RIABILITAZIONE - IRCCS INT	195
ASL DI MILANO	HOSPICE PIO ALBERGO TRIVULZIO	196
ASL DI MILANO	HOSPICE CASA VIDAS	197
ASL DI MILANO	HOSPICE ONCOLOGICO S. FRANCESCA CABRINI C/O CASA DI CURA COLUMBUS - AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO	198
ASL DI MILANO	HOSPICE MALATTIE INFETTIVE - AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO - POLO UNIVERSITARIO	199
ASL DI MILANO	HOSPICE ISTITUTO GERIATRICO P. REDAELLI DI MILANO - ASP GOLGI-REDAELLI	200
ASL DI MILANO	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE - AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEO	201
ASL DI MILANO	HOSPICE CASA CLAUDIA GALLI - AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO	202
ASL DI MILANO	HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE "IL TULIPANO" - AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA	203
ASL MILANO 1	HOSPICE DI MAGENTA - ASL MILANO 1	204
ASL MILANO 1	HOSPICE DI ABBIATEGRASSO - COOPERATIVA SOCIALE "IN CAMMINO"	205
ASL MILANO 1	HOSPICE DELLA UO COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE E MEDICINA DEL DOLORE C/O OSP. DI GARBAGNATE - AO G. SALVINI	206
ASL MILANO 1	HOSPICE DI CUGGIONO - AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	207
ASL MILANO 2	HOSPICE FONDAZIONE CASTELLINI - ONLUS	208
ASL MILANO 2	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSP. DI GORGONZOLA - AO DI MELEGNANO	209
ASL MONZA-BRIANZA	HOSPICE SANTA MARIA DELLE GRAZIE - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI	210
ASL MONZA-BRIANZA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO BORELLA DI GIUSSANO - AO VIMERCATE	211
ASL MONZA-BRIANZA	HOSPICE VILLA ADA SECUNDA DOMUS - ISTITUTI CLINICI ZUCCHI	212
ASL BERGAMO	HOSPICE C/O RSA CASA SAN GIUSEPPE	213
ASL BERGAMO	HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE - CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO	214

ASL BERGAMO	HOSPICE FONDAZIONE I.P.S. CARDINAL GIORGIO GUSMINI	215
ASL BERGAMO	HOSPICE DI BORGO PALAZZO – AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO	216
ASL BRESCIA	HOSPICE FONDAZIONE OSPEDALE E CASA DI RIPOSO NOBILE PAOLO RICHIEDEI	217
ASL BRESCIA	HOSPICE UNITÀ SS DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI SALÒ - AO DI DESENZANO DEL GARDA	218
ASL BRESCIA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI ORZINUOVI - AO MELLINO MELLINI	219
ASL BRESCIA	HOSPICE C/O FONDAZIONE ANGELO PASSERINI CASA DI RIPOSO VALSABBINA ONLUS	220
ASL BRESCIA	HOSPICE CASA DI CURA DOMUS SALUTIS - CONGREGAZIONE SUORE ANCELLE DELLA CARITA'	221
ASL BRESCIA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI GAVARDO - AO DI DESENZANO DEL GARDA	222
ASL COMO	HOSPICE "IL MANTELLO" – UOC DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE FELICE VILLA - AO SANT'ANNA DI COMO (TRANSITORIO)	223
ASL COMO	HOSPICE IL GELSO - FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS	224
ASL COMO	HOSPICE SAN MARTINO DI COMO	225
ASL CREMONA	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE - CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITÀ	226
ASL CREMONA	HOSPICE UNITÀ SC DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE - HOSPICE ACCD - AO ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA	227
ASL CREMONA	HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE – AO OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA - FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI	228
ASL CREMONA	HOSPICE UNITÀ SS DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE - CASA DI CURA SAN CAMILLO DI CREMONA	229
ASL LECCO	HOSPICE IL NESPOLO - ASSOCIAZIONE FABIO SASSI	230
ASL LODI	HOSPICE CITTA' DI CODOGNO - ASL PROVINCIA DI LODI	231
ASL LODI	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI CASALPUSTERLENGO - ASL PROVINCIA DI LODI	232
ASL MANTOVA	HOSPICE VILLA CARPANEDA - A.S.P. VILLA CARPANEDA DI RODIGO	233
ASL MANTOVA	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO CARLO POMA DI MANTOVA - AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	234
ASL MANTOVA	HOSPICE SAN PIETRO - COOPERATIVA SOCIALE "IN CAMMINO"	235
ASL PAVIA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (SEDE IN VIA BOEZIO) - FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	236
ASL PAVIA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE (SEDE IN VIA MAUGERI) - FONDAZIONE SALVATORE MAUGER	237
ASL PAVIA	HOSPICE UNITÀ SC DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE SAN MARTINO DI MEDE - AO DELLA PROVINCIA DI PAVIA	238
ASL PAVIA	HOSPICE DELL'ISTITUTO DI ASSISTENZA E CURA SANTA MARGHERITA - ASP ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA	239
ASL PAVIA	REPARTO DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO DI BELGIOIOSO – S. C. DI ONCOLOGIA MEDICA, FON. IRCCS SAN MATTEO – PAVIA	240
ASL SONDRIO	HOSPICE UNITÀ SS DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE "EUGENIO MORELLI" - AO VALTELLINA E VALCHIAVENNA	241
ASL SONDRIO	HOSPICE UNITÀ SS DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE DI MORBEGNO - AZIENDA OSPEDALIERA VALTELLINA E VALCHIAVENNA	242
ASL V.C.-SEBINO	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE - ASL VALLECAMONICA-SEBINO	243
ASL VARESE	HOSPICE ALTACHIARA - 3SG CAMELOT	244
ASL VARESE	HOSPICE STRUTTURA SEMPLICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE - AO "OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO"	245

Nella regione Lombardia **a giugno 2009 risultavano operativi 51 hospice (quasi un terzo di tutti gli hospice operativi in Italia), di cui 25 pubblici, 2 privati, 18 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 6 a gestione mista**, per un totale di **610 posti letto (pari a 0,63 posti letto per ogni 10.000 abitanti)**.

Fig. 16 - Lombardia: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



* L'Assessorato alla Sanità informa che dal Febbraio 2010 è operativo l'Hospice c/o l'Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi – Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi – Varese, con 10 p.l. Essendo stato avviato dopo il 30 Giugno 2010 non è stato inserito nella Cartina sopra riportata. Si veda anche Capitolo 5.2

Tav. 63 - Lombardia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	**hospice**	**posti letto**	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL CITTA' DI MILANO	**9**	**105**	7	70			1	20	1	15	1.563.048	0,67
ASL MILANO 1	**4**	**43***	3	29*			1	14			924.417	0,46
ASL MILANO 2	**2**	**25**	1	10			1	15			626.689	0,40
ASL MONZA E BRIANZA	**3**	**47**	1	14	1	13	1	20			808.701	0,58
ASL BERGAMO	**4**	**42**	1	12			2	20	1	10	1.075.592	0,39
ASL BRESCIA	**6**	**79**	3	34			3	45			1.129.025	0,70
ASL COMO	**3**	**28**					2	20	1	8	584.762	0,48
ASL CREMONA	**4**	**52**					3	38	1	14	360.223	1,30
ASL LECCO	**1**	**12**					1	12			335.420	0,36
ASL LODI	**2**	**24**	1	12					1	12	231.120	1,03
ASL MANTOVA	**3**	**28**	2	18			1	10			409.775	0,68
ASL PAVIA	**5**	**83**	1	10			3	64	1	9	539.238	1,54
ASL SONDRIO	**2**	**14**	2	14							182.084	0,77
ASL VALLECAMONICA-SEBINO	**1**	**6**	1	6							101.134	0,59
ASL VARESE	**2**	**22**	1	10	1	12					871.448	0,25
TOTALE	**51**	**610**	**24**	**239**	**2**	**25**	**19**	**278**	**6**	**68**	**9.742.676**	**0,63**

*Presso l'Hospice dell'AO G. Salvini di Garbagnate Milanese sono attivi 10 p.l. dei 15 accreditati. Si prevede l'attivazione di tutti i p.l. entro il 31 dicembre 2010

Per quanto riguarda le previsioni sull'attivazione futura di nuovi hospice, la regione ha programmato di realizzare altri 7 hospice, che presumibilmente saranno operativi entro la fine del 2010 e garantiranno 78 nuovi posti letto.

Tav. 64 - Lombardia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda anche Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL CITTA' DI MILANO	**12**	**137**	9	105	3	32			1.563.048	0,88
ASL MILANO 1	**5**	**51**	4	43	1	8			924.417	0,61
ASL MILANO 2	**2**	**25**	2	25					626.689	0,40
ASL MONZA E BRIANZA	**3**	**47**	3	47					808.701	0,58
ASL BERGAMO	**4**	**42**	4	42					1.075.592	0,39
ASL BRESCIA	**7**	**97**	6	79	1	18			1.129.025	0,86
ASL COMO	**3**	**28**	3	28					584.762	0,48
ASL CREMONA	**4**	**52**	4	52					360.223	1,44
ASL LECCO	**1**	**12**	1	12					335.420	0,36
ASL LODI	**2**	**24**	2	24					231.120	1,03
ASL MANTOVA	**3**	**28**	3	28					409.775	0,68
ASL PAVIA	**5**	**83**	5	83					539.238	1,54
ASL SONDRIO	**2**	**14**	2	14					182.084	0,77
ASL VALLECAMONICA-SEBINO	**1**	**6**	1	6					101.134	0,59
ASL VARESE	**3**	**32**	2	22	1	10			871.448	0,37
TOTALE	**57**	**678**	**51**	**610**	**6**	**68**			**9.742.676**	**0,70**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il **Piano Socio-sanitario 2007-2009** della regione Lombardia, approvato con **dgr n. VIII/257 del 26 ottobre 2006**, apporta notevoli interventi nel sistema delle cure palliative locale. La Giunta infatti vi esplicita l'intenzione di promuovere la ricerca e la formazione, collegandole alla struttura dell'hospice. L'assistenza al paziente terminale viene concepita secondo un sistema a matrice, per valutare il quale sarà istituito un Organismo di coordinamento regionale per le cure palliative. Si prevede, inoltre, la costituzione del Comitato per l'Ospedale senza dolore, con compiti di valutazione, programmazione, coordinamento e monitoraggio dei risultati.
Annualmente la Regione Lombardia definisce all'interno di una Delibera Quadro, definita "**Delibera delle regole**" gli aspetti programmatori ed economici del servizio sanitario e socio sanitario per l'anno successivo. In particolare vengono definiti all'interno di queste delibere gli aspetti tariffari, organizzativo-gestionali, dei percorsi assistenziali, dei progetti sperimentali, dell'organizzazione di rete e delle attività formative. Negli ultimi 5 anni sono sempre stati presenti riferimenti normativi relativi alle cure palliative. In particolare, per ciò che riguarda il sistema tariffario dell'hospice socio sanitari e dei posti letto di degenza delle Unità di Cure palliative (cd hospice ospedalieri) sono state definite nel 2007 (dgr VIII/5743) le tariffe della degenza sia negli hospice socio sanitari che nei posti letto per la degenza nelle Unità di Cure Palliative (cd Hospice sanitari).
Recentemente la Lombardia ha intrapreso un "Percorso sperimentale di ospedalizzazione domiciliare di cure palliative oncologiche", inizialmente sperimentato con il Piano Urbano da sette Aziende Sanitarie Pubbliche milanesi e poi esteso a tutta la regione con la **dgr n. VIII/6410 del 27 dicembre 2007**. Successivamente il modello di ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative oncologiche è stato integrato, attraverso la specificazione degli indirizzi operativi, alle reti sanitarie grazie alla **dgr n. VIII/7180 del 24 aprile 2008**. Infine, in

merito alle richieste presentate, la **dgr n. VIII/7933 del 6 agosto 2008** ha determinato: i) l'autorizzazione e l'esclusione delle strutture interessate; ii) le indicazioni operative per l'attuazione del percorso e relative regole; iii) il contratto integrativo e i flussi informativi tra ASL e strutture; iv) le risorse finanziarie destinate al percorso; v) l'impegno, in capo alla Direzione Generale Sanità, a favorire lo scambio di esperienza.
Nel 2009, la **dgr n. VIII/10072 del 7 Agosto 2009** ha incrementato il numero di Unità di Cure Palliative ammesse alla sperimentazione, portandole a 32.
Va segnalato che, annualmente viene rinnovata la Commissione Oncologica Regionale, all'interno della quale vengono costantemente affrontate le tematiche relative allo sviluppo della rete delle cure palliative, specificamente per ciò che riguarda gli aspetti relativi al malato oncologico. È sempre presente, all'interno dello Steering Committe un referente per le cure palliative ed opera un Gruppo di lavoro ad hoc all'interno della COR.
Inoltre, nel 2010 la Regione con **dgr VIII/11085 del 27 gennaio 2010** ha definito gli aspetti programmatori e formativi relativi alle cure palliative pediatriche regionali.

Importanti cambiamenti sono avvenuti anche alla luce del percorso di definizione di un sistema di assistenza domiciliare socio-sanitaria che la Lombardia ha iniziato a intraprendere nel 2003 con la finalità di esternalizzare la gestione rispetto alle Aziende Sanitarie, le quali hanno assunto, in base alla filosofia regionale in ambito sanitario e socio-sanitario, un ruolo di Programmazione, Acquisto e Controllo. Le recenti **dgr n. VIII/7915 del 6 Agosto 2008 e dgr n. VIII/8501 del 26 Novembre 2008** hanno contribuito a rendere operativo su tutto il territorio regionale un sistema attraverso il quale le famiglie dei malati ricevono un titolo finalizzato di acquisto per ottenere prestazioni di assistenza domiciliare da parte di Soggetti erogatori pubblici o privati, for profit o non profit, accreditati dalle Aziende Sanitarie secondo un "patto di Accreditamento".

In particolare il sistema si articola in:
- "voucher socio-sanitario", pari a € 619,00, erogabile con frequenza flessibile e destinato alle cure domiciliari;
- "credit", che prevede il "piano di assistenza individualizzato" (P.A.I.) caratterizzato da un insieme di prestazioni esclusivamente sanitarie con intensità assistenziale di vario livello;
- erogazione di un contributo mensile di € 500,00 alle famiglie residenti in Lombardia con un componente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica in situazione di non autosufficienza o in una fase di attività sociale fortemente inibita;
- ricovero di sollievo per le persone affette da SLA.

In generale, si ricorda che 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 ad un sistema che prevede due differenti tipologie di strutture dedicate alle cure palliative ed all'assistenza ai malati non guaribili, con requisiti differenti al fine dell'accreditamento ed un sistema di tariffazione differente:

- le **Unità Operative di Cure Palliative (U.O.C.P.)** devono essere grado di assicurare la necessaria continuità terapeutica nell'erogazione di prestazioni sanitarie pertinenti ai diversi livelli di assistenza ed, 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 39/99.

La programmazione delle strutture residenziali risale al 2000, quando la **dgr n. VII/1884 del 31 ottobre 2000** ha dichiarato il superamento dei requisiti minimi previsti dalla dgr 39990/98 e stabilito che esse debbano essere al massimo una per provincia con l'eccezione di Milano e Provincia. La delibera definisce l'indice pro-

grammatorio regionale per il numero di posti letto per strutture di degenza per malati terminali (0,38/10.000 residenti), di fatto 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.
Con riferimento ai finanziamenti, è intervenuta la **dgr n. VIII/5237 del 2 agosto 2007** "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007*", la quale destina 32 milioni di euro "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". Più risalente è la **dgr n. VII/9691 del 5 luglio 2002**, conseguente all'attuazione del DM del 5 settembre 2001, con la quale sono stati definiti i finanziamenti per gli anni 2000, 2001 e 2002.

Pur essendo intervenute successive modifiche legislative, alla base del sistema di cure palliative lombardo è la **dgr n. VII/39990 del 30 novembre 1998** "Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative".
In particolare la Delibera 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 4 livelli minimi di assistenza che le UOCP devono assicurare al fine dell'accreditamento (ovvero degenza ordinaria, day-hospice, assistenza ambulatoriale, assistenza domiciliare);
- definisce standards 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 ed 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 nella 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 3 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).

Quanto agli aggiornamenti in materia di requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice, la regione ha emanato la **dgr n. 12619 del 7 aprile 2003**, a cui ha fatto seguito la **dgr n. 3149 del 13 settembre 2006**, in cui sono contenuti i nomi degli hospice accreditati a seguito della verifica dei requisiti previsti. La prima delibera stabilisce che in Lombardia con la definizione di "hospice" possono essere indicati solo i Centri residenziali relativi alla rete socio-sanitaria, afferente all'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale. Le altre strutture nelle quali vengono assistiti i malati terminali (con maggiori problematiche sanitarie), continuano 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. 12619/03, relativa al DPCM del 20 gennaio 2000, possono accreditare sino a 30 posti letto, ciascuna UOCP può accreditare un massimo di 15 posti letto.

Parimenti, vi è stata, prima con la **dgr n. 12904 del 9 maggio 2003**, poi con la **dgr n. VII/5743 del 31 ottobre 2007**, una rimodulazione della tariffa riconosciuta per gli hospice, che è passata da 163,1 a 173,85 euro

al giorno; la quota per il posto dell'accompagnatore, invece, è rimasta invariata in € 51,60. Rimangono tuttora invariate le tariffe per la degenza in UOCP, secondo quanto definito dalla dgr 39990/98 (201 euro al giorno più i 51,6 euro aggiuntivi per l'accompagnatore). Va segnalato inoltre che non tutte le Aziende sanitarie riconoscono alle Aziende Ospedaliere sede di UOCP la quota integrativa per l'accompagnatore, riconosciuta invece automaticamente per gli hospice socio sanitari; infatti, per effetto della LR 31/98, tutte le Aziende sanitarie 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.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
284	Deliberazione Giunta Regionale n° VIII/11085 del 27 gennaio 2010	Determinazione in merito alla Rete per le Cure Palliative Pediatriche della Regione Lombardia	Documento tecnico sulle Cure Palliative Percorsi Organizzativi Percorsi Formativi per lo sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative Pediatriche	Cure palliative Pediatriche
283	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/10072 del 7 agosto 2009	"Ulteriori determinazioni in merito alle nuove Reti Sanitarie ed autorizzazione alle Strutture che hanno presentato richiesta per l'attuazione dei relativi servizi sperimentali	Aggiornamento delle indicazioni per l'avvio e l'operatività per il percorso di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative Oncologiche	rete cure palliative, modello assistenziale in Ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative in oncologia (assistenza domiciliare)
76	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/8501 del 26 novembre 2008	"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009" All.16	Conferma ed estende le disposizioni sperimentali previste dalla dgr 7915/2008	Limite massimo di 3 milioni di euro al finanziamento delle Unità di Cure Palliative per ciò che riguarda gli accompagnatori
75	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/7933 del 6 agosto 2008	Nuove reti sanitarie: determinazioni in merito alle strutture che hanno presentato richiesta per l'attuazione del modello di ospedalizzazione domiciliare cure palliative oncologiche ai sensi della dgr n. VIII/7180 del 24 aprile 2008	Sono determinati: i) l'autorizzazione e l'esclusione delle strutture interessate; ii) le indicazioni operative per l'attuazione del percorso e relative regole; iii) il contratto integrativo e i flussi informativi tra ASL e strutture; iv) le risorse finanziarie destinate al percorso; v) l'impegno, in capo alla Direzione Generale Sanità, a favorire lo scambio di esperienza	rete cure palliative, modello assistenziale (assistenza domiciliare)
74	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/7915 del 6 agosto 2008	Determinazioni in ordine al miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici.	Oltre alle misure di supporto per i pazienti affetti da SLA, sono previsti voucher socio-sanitario di 3° profilo (dgr n. 12902/2003) e "credit" (prestazioni esclusivamente sanitarie con intensità assistenziale di vario livello) per le persone che si trovano nella fase terminale della vita.	cure palliative/ terapia del dolore

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
73	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/7180 seduta del 24 aprile 2008	Determinazioni in merito alle nuove reti sanitarie per l'anno 2008 e ampliamento delle stesse con il modello di ospedalizzazione domiciliare cure palliative oncologiche e conseguenti indicazioni alle strutture	Fornisce indirizzi operativi per la richiesta di riconoscimento delle sperimentazioni previste dalla dgr n. VIII/6410 ("Percorso Sperimentale di Ospedalizzazione Domiciliare di Cure Palliative Oncologiche")	rete cure palliative, modello assistenziale (assistenza domiciliare), cure palliative/terapia del dolore
266	Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/5743 del 31 ottobre 2007	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2008	Definizione delle tariffe per la degenza della UOCP, fissata a 253 Euro/die, comprensive della quota prevista per il posto letto per l'accompagnatore La tariffa degli hospice socio-sanitari è incrementata a 173,85 Euro/die, mentre la quota per il posto dell'accompagnatore rimane invariata in € 51,60, per complessivi € 225,45 al giorno.	tariffazione delle strutture di degenza per malati terminali, di tipo sanitario (UOCP) e Socio Sanitario
72	Deliberazione della Giunta Regionale VIII/5237 del 2 agosto 2007	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007	Destina 32 milioni di euro "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"	cure palliative/ terapia del dolore, finanziamento, rete cure palliative
71	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/6410 seduta del 27 dicembre 2007	Determinazioni per l'attivazione di un modello di ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative oncologiche a partire dall'anno 2008	La delibera autorizza l'estensione in ambito regionale del "Percorso Sperimentale di Ospedalizzazione Domiciliare di Cure Palliative Oncologiche" sulla base di quanto sperimentato con il Piano Urbano da sette Aziende Sanitarie Pubbliche milanesi	modello assistenziale (assistenza domiciliare)
243	Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/257 del 26 ottobre 2006	Piano Socio-Sanitario 2007-2009	La struttura dell'hospice è collegata all'attività di ricerca e formazione. L'assistenza al termine della vita si articola secondo un sistema a matrice, per valutare il quale sarà istituito un Organismo di coordinamento regionale per le cure palliative. Si prevede la costituzione del Comitato per l'Ospedale senza dolore, con compiti di valutazione, programmazione, coordinamento e monitoraggio dei risultati	rete cure palliative, programmazione, modello sanitario (hospice, assistenza domiciliare)

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
176	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 3149 del 13 settembre 2006	Conferma dell'accreditamento degli "Hospice", in seguito alla verifica dei requisiti previsti dalla dgr del 7 aprile 2003 n. 12619.	Nell'allegato I della normativa sono contenuti i nomi degli hospice accreditati secondo i requisiti indicati nella dgr 12619/2003	Autorizzazione
70	Deliberazione della Giunta Regionale n. 12904 del 9 maggio 2003	Disposizioni in merito alla remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale delle prestazioni erogate dalle Residenze Sanitario Assistenziali e dagli Hospice	Aumentano le tariffe riconosciute per gli hospice, mentre rimangono invariate le tariffe per la degenza in UOCP, secondo quanto definito dalla dgr 39990/98. Non tutte le AA.SS.LL. riconoscono alle Aziende Ospedaliere sede di UOCP la quota integrativa per l'accompagnatore, riconosciuta invece automaticamente per gli hospice socio sanitari (per la LR 31/98, tutte le AA.SS.LL. sono separate da un punto di vista amministrativo gestionale dalle Strutture Sanitarie per la degenza)	Tariffazione
69	Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/12619 del 7 aprile 2003	Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997 n. 31 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice"	Con la definizione di hospice 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), continueranno 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.	Autorizzazione
242	Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/9691 del 5 luglio 2002	Adempimenti conseguenti all'attuazione del decreto ministeriale del 5 settembre 2001. Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001 e 2002, per la realizzazione delle strutture per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali approvata con dgr 1884 del 31 ottobre 2000	La delibera definisce la ripartizione dei finanziamenti per gli hospice nel quadro della rete di assistenza ai malati terminali ex dgr 1884/2000	finanziamento

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
68	Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/1884 del 31 ottobre 2000	Adempimenti conseguenti all'attuazione del programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative da proporre al Ministero alla Sanità ai sensi del Decreto Ministeriale 28 settembre 1999"	La regione dichiara il superamento dei requisiti minimi previsti dalla dgr 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.	rete cure palliative
67	Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/39990 del 30 novembre 1998	Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative	È previsto che l'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito delle cure palliative avvenga attraverso le UOCP; definisce i 4 livelli minimi di assistenza che le UOCP devono assicurare al fine dell'accreditamento; determina il numero di posti letto per le UOCP; prevede la possibilità di istituire piccole comunità per pazienti terminali (hospice) presso strutture residenziali pubbliche e private; definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle UOCP e degli hospice, le tariffe giornaliere per il rimborso delle strutture accreditate e le modalità di tariffazione degli altri tre livelli assistenziali delle UOCP	modello assistenziale (UOCP), rete cure palliative, autorizzazione, tariffazione

HOSPICE VIRGILIO FLORIANI
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE TERAPIA DEL DOLORE E RIABILITAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

Codice: 22

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Venezian, 1 - 20133 - Milano (MI)
Telefono: 02-23903272
Fax: 02-23903393
E-mail: augusto.caraceni@istitutotumori.mi.it
Web:
Responsabilità legale: Antonio Colombo (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori - Milano)
Responsabile medico: Augusto Caraceni
Responsabile infermieristico: Giuseppe Baiguini
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IRCCS pubblico)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Unità Operativa Complessa di Cure Palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (9 posti letto, di cui 2 operativi in cure palliative)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
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 06/08/2009 e validato dal Segretario Generale della Fondazione
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE PIO ALBERGO TRIVULZIO

Codice: 28

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Trivulzio, 15 - 20146 - Milano (MI)
Telefono: 02-4029541/542
Fax: 02-4029543
E-mail: hospice@pioalbergotrivulzio.it ; lucia.castellani@pioalbergotrivulzio.it
Web: http://www.pioalbergotrivulzio.it
Responsabilità legale: Emilio Trabucchi (ASP - Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio - Milano)
Responsabile medico: Lucia Castellani
Responsabile infermieristico: Roberta Romani
Altro referente: Massimo Monti (direttore RSA Pio Albergo Trivulzio ed Hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (ASP pubblica)
Anno di attivazione: 1991

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 1990 e sono terminati nel 1991
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (13 posti letto in 13 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 20/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CASA VIDAS

Codice: 279

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ojetti, 66 - 20151 - Milano (MI)
Telefono: 02-3008081
Fax: 02-300808315
E-mail: segreteria.hospice@vidas.it ; danielac@vidas.it
Web: http://www.vidas.it
Responsabilità legale: Giovanna Cavazzoni (Associazione Vidas - Milano)
Responsabile medico: Giada Lonati
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Associazione)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice ha le caratteristiche di Struttura Complessa, pur non essendo stata formalmente istituita
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (20 posti letto in 20 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: vi sono ulteriori 8 posti letto di degenza autorizzati, tutti in camera singola con posto letto per un familiare.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, terrazzo, frigorifero, scrivania, filodiffusione, rete wireless
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Nessuna comunicazione dalla regione né dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE ONCOLOGICO S. FRANCESCA CABRINI c/o CASA DI CURA COLUMBUS AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO

Codice: 23

LOMBARDIA – ASL 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 Luigi Sacco - Polo Universitario di Milano)
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 pubblica / religiosa (Azienda Ospedaliera e Ente ospedaliero religioso classificato)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice di Struttura Complessa di Oncologia.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE MALATTIE INFETTIVE AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO POLO UNIVERSITARIO

Codice: 24

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via G.B. Grassi, 74 (Padiglione 17, 2 piano) - 20157 - Milano (MI)
Telefono: 02-39043159 / 3160 / 3162 / 2991
Fax: 02-39043247
E-mail: hospice@hsacco.it ; hospice.malinf@hsacco.it
Web: http://www.hsacco.it
Responsabilità legale: Alberto Scanni (Azienda Ospedaliera Luigi Sacco - Polo Universitario di Milano)
Responsabile medico: Agostino Zambelli
Responsabile infermieristico: Angela Tiraboschi
Altro referente: Giuliano Rizzardini (direttore hospice)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice è Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento di Malattie Infettive
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, erogatore per ossigeno e vuoto, materasso antidecubito, frigorifero, scrivania, tavolo e sedie
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 15 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE ISTITUTO GERIATRICO P. REDAELLI DI MILANO ASP GOLGI-REDAELLI

Codice: 29

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Bartolomeo d'Alviano, 78 - 20146 - 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" - Milano)
Responsabile medico: Nadia Bongiorni
Responsabile infermieristico: Nicola Melluso
Altro referente: Giovanni Mercuri (direttore dell'istituto)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (ASP pubblica)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi e attrezzature per la disautonomia
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

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

Codice: 27

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Pio II, 3 - 20153 - Milano (MI)
Telefono: 02-40222270
Fax:
E-mail: Seg.Oncologia@sancarlo.mi.it
Web:
Responsabilità legale: Giuseppe De Leo (Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo - Milano)
Responsabile medico: Maria Vinci
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

Lavori di nuova costruzione/ristrutturazione: non disponibile
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice di Struttura Complessa di Oncologia.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (4 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CASA CLAUDIA GALLI AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO

Codice: 25

LOMBARDIA – ASL 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 ; cristina.mantica@fbf.milano.it
Web: http://www.fbf.milano.it/oncologia
Responsabilità legale: Girolamo Corno (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico - Milano)
Responsabile medico: Gabriella Farina
Responsabile infermieristico: Caterina Scannavino
Altro referente: Cristina Mantica

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario-ospedaliero
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice di Struttura Complessa di Oncologia.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero, rete wireless
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 7 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE "IL TULIPANO" AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA

Codice: 202

LOMBARDIA – ASL DI MILANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Ippocrate, 45 - 20161 - Milano (MI)
Telefono: 02-64445115 / 4
Fax:
E-mail: cphospice@ospedaleniguarda.it
Web: http://www.ospedaleniguarda.it/content/in_evidenza/24.h***tml***
Responsabilità legale: Pasquale Cannatelli (Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca'Granda - Milano)
Responsabile medico: Ignazio Renzo Causarano
Responsabile infermieristico: Daria Da Col
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento Direzione Medica di Presidio.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione, frigorifero, forno a micro onde
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 7 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 21/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE DI MAGENTA
ASL MILANO 1

Codice: 205

LOMBARDIA – ASL MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Fornaroli, 71 - 20013 - Magenta (MI)
Telefono: 02-97295235
Fax: 02-97220234
E-mail: hospice.magenta@aslmi1.mi.it ; monolo.g@aslmi1.mi.it; gmonolo@libero.it
Web: www.aslmi1.mi.it
Responsabilità legale: Giuseppe Calicchio (ASL Milano 1)
Responsabile medico: Gabriella Monolo
Responsabile infermieristico: Laura Terenghi
Altro referente: Stefania Belloli (medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, bagno attrezzato, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE DI ABBIATEGRASSO
COOPERATIVA SOCIALE "IN CAMMINO"

Codice: 34

LOMBARDIA – ASL MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Via dei Mille, 8/10 - 20081 - Abbiategrasso (MI)
Telefono: 02-94963802
Fax: 02-94962279
E-mail: info@hospicediabbiategrasso.it ; lmoroni@hospicediabbiategrasso.it
Web: http://www.hospicediabbiategrasso.it
Responsabilità legale: Angelo Moschino ("In Cammino" Società Cooperativa Sociale - Onlus)
Responsabile medico: Giancarla Moscatelli
Responsabile infermieristico: Norma Pellegatta
Altro referente: Luca Moroni (direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 1994

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 13/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE DELLA UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE E MEDICINA DEL DOLORE c/o OSPEDALE DI GARBAGNATE MILANESE AZIENDA OSPEDALIERA GUIDO SALVINI

Codice: 32

LOMBARDIA – ASL MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Forlanini, 121 - 20024 - Garbagnate Milanese (MI)
Telefono: 02-994302735 / 522
Fax: 02-994302522
E-mail: ucptd@aogarbagnate.lombardia.it
Web: http://www.aogarbagnate.lombardia.it
Responsabilità legale: Giovanni Michiara (Azienda Ospedaliera G. Salvini - Garbagnate Milanese)
Responsabile medico: Furio Zucco
Responsabile infermieristico: Mari Zampieri
Altro referente: Vittorio Andrea Guardamagna (Dirigente Medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: attualmente sono operativi 10 posti letto. Vi sono 5 nuove camere singole finanziate con i fondi ex Legge 39/99, che sono ultimate ed arredate e che dovrebbero diventare operativi nei prossimi mesi.
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 20/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE DI CUGGIONO
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO

Codice: 282

LOMBARDIA – ASL MILANO 1

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Badi, 4 - 20012 - Cuggiono (MI)
Telefono:
Fax:
E-mail: urp@ao-legnano.it
Web:
Responsabilità legale: Giuseppe Santagati (Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano)
Responsabile medico: Ivanoe Pellerin
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Supporto al lutto dei familiari: non disponibile
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE FONDAZIONE CASTELLINI - ONLUS

Codice: 35

LOMBARDIA – ASL MILANO 2

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cavour, 21 - 20077 - Melegnano (MI)
Telefono: 02-982202246
Fax: 02-9822022011
E-mail: segreteria@fondazionecastellini.it ; schito@fondazionecastellini.it
Web: www.fondazionecastellini.it
Responsabilità legale: Massimo Sabbatini (Fondazione Castellini Onlus)
Responsabile medico: Ornella Schito
Responsabile infermieristico: Stefano Ferrari
Altro referente: Stefano Ferrari (infermiere professionale)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2004
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (15 posti letto in 15 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 7 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Segretario Generale della Fondazione
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORGONZOLA AZIENDA OSPEDALIERA DI MELEGNANO

Codice: 30

LOMBARDIA – ASL 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:
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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice di Struttura Complessa di Oncologia.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE SANTA MARIA DELLE GRAZIE FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI

Codice: 36

LOMBARDIA – ASL MONZA E BRIANZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Montecassino, 8 - 20052 - Monza (MB)
Telefono: 039-235991
Fax: 039-23599400
E-mail: info.monza@dongnocchi.it
Web: http://www.dongnocchi.it
Responsabilità legale: Carlo Sironi (Fondazione Don Carlo Gnocchi - Milano)
Responsabile medico: Carlo Cacioppo
Responsabile infermieristico: Lino Casiraghi
Altro referente: Carlo Sironi (direttore)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Fondazione religiosa)
Anno di attivazione: 2000

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 1999
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (20 posti letto in 20 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 6 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Direttore di Distretto dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO BORELLA DI GIUSSANO AZIENDA OSPEDALIERA VIMERCATE

Codice: 120

LOMBARDIA – ASL MONZA E BRIANZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Milano, 65 - 20034 - Giussano (MB)
Telefono: 0362-485043
Fax:
E-mail: Annamaria.Colombo@AOVimercate.org ; Carla.Gatti@AOVimercate.org
Web:
Responsabilità legale: Maurizio Amigoni (Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate)
Responsabile medico: Anna Maria Colombo
Responsabile infermieristico: Lorena Nava
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media 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 31/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE VILLA ADA SECUNDA DOMUS ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

Codice: 33

LOMBARDIA – ASL MONZA E BRIANZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Madonnina, 1 - 20048 - Carate Brianza (MB)
Telefono: 0362-986438
Fax: 02-986439
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 Spa - Carate Brianza)
Responsabile medico: Amedeo Salvioni
Responsabile infermieristico: Ivano Cova
Altro referente: Caterina De Nicola

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Ente privato)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (13 posti letto, di cui 10 posti letto operativi in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 7 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 17/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o RSA CASA SAN GIUSEPPE

Codice: 10

LOMBARDIA – ASL BERGAMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Asperti, 1 - 24060 - Gorlago (BG)
Telefono: 035-4251158
Fax: 035-4251822
E-mail: rsacasasgiuseppe@virgilio.it
Web:
Responsabilità legale: Geremia Marchesi (Parrocchia San Pancrazio Martire - Gorlago)
Responsabile medico: Luigi Cortesi
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: Livio Tranchida

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale territoriale
Tipo di gestione: mista religiosa / Terzo Settore (Parrocchia e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2008 e sono terminati nel 2009
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 17/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO

Codice: 8

LOMBARDIA – ASL 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:
Responsabilità legale: Edoardo Manzoni (Istituto delle Suore delle Poverelle - Casa di Cura "Beato Palazzolo" - Bergamo)
Responsabile medico: Aldo Brevi
Responsabile infermieristico: Suor Maria Olivetti
Altro referente: Antonella Goisis (aiuto medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Istituzione religiosa)
Anno di attivazione: 2000

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 1999
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice di Struttura Complessa di afferenza non specificata.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito a richiesta
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 17/07/2009 e validato dal Direttore Generale della Casa di Cura
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE FONDAZIONE I.P.S. CARDINAL GIORGIO GUSMINI

Codice: 338

LOMBARDIA – ASL BERGAMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Carlo, 30 - 24029 - Vertova (BG)
Telefono: 035-737688 / 611
Fax: 035-720470
E-mail: stefano.guerini@piacasa.it ; hospice@piacasa.it
Web: www.piacasa.it
Responsabilità legale: Mario Bordogni (Fondazione IPS Istituto Polifunzionale Socio-Sanitario "Cardinal Giorgio Gusmini")
Responsabile medico: Stefano Guerini
Responsabile infermieristico: Margherita Zambetti
Altro referente: Melania Cappuccio (direttore sanitario)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, telefono, aria condizionata, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Nessuna comunicazione dalla regione né dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE DI BORGO PALAZZO AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO

Codice: 9

LOMBARDIA – ASL 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: Emilia Locatelli
Altro referente: Simeone Liguori, Michele Fortis

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 1998 e sono terminati nel 2000
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 3 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE FONDAZIONE OSPEDALE E CASA DI RIPOSO NOBILE PAOLO RICHIEDEI

Codice: 44

LOMBARDIA – ASL BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Richiedei, 16 - 25064 - Gussago (BS)
Telefono: 030-2528280
Fax: 030-2528485
E-mail: hospice@richiedei.it ; monica.demartinis@tin.it
Web: http://www.richiedei.it/ser_gus.asp?tid=11
Responsabilità legale: Piero Isonni (Fondazione "Ospedale e Casa di Riposo Nobile Paolo Richiedei" - Gussago)
Responsabile medico: Monica De Martinis
Responsabile infermieristico: Daniela Cancelli
Altro referente: Michela Piva (referente amministrativa)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-assistenziale
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, arredamento confortevole in legno
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI SALÒ AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA

Codice: 13

LOMBARDIA – ASL BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Bresciani, 5 - 25015 - Salò (BS)
Telefono: 0365-2971
Fax:
E-mail: maurizio.degiuli@aod.it
Web:
Responsabilità legale: Mauro Borelli (Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda)
Responsabile medico: Maurizio De Giuli
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2008
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (9 posti letto, di cui 6 posti letto operativi)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: sì (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla SICP
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI ORZINUOVI AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI

Codice: 12

LOMBARDIA – ASL 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: Fabio Russo (Azienda Ospedaliera Mellino Mellini - Chiari)
Responsabile medico: Giacono Bertinetti
Responsabile infermieristico: Liliana Tomasoni
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 7 giorni
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Questionario compilato il 04/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o FONDAZIONE ANGELO PASSERINI CASA DI RIPOSO VALSABBINA ONLUS

Codice: 131

LOMBARDIA – ASL 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 - Nozza di vestone (Brescia))
Responsabile medico: Pietro Bertoni
Responsabile infermieristico: Annamaria Bonomini
Altro referente: Flavia Morettini (referente amministrativa)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 30/07/2009 (validazione dati non indicata)
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE CASA DI CURA DOMUS SALUTIS CONGREGAZIONE SUORE ANCELLE DELLA CARITÀ

Codice: 11

LOMBARDIA – ASL BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lazzaretto, 3 - 25123 - Brescia (BS)
Telefono: 030-37091
Fax: 030-3709423
E-mail: dirsanitaria-segreteria.domus@poliambulanza.it ; zaninetta-giovanni@domussalutis.it
Web: http://www.domussalutis.it/
Responsabilità legale: Gianna Magri (Congregazione Suore Ancelle della Carità - Brescia)
Responsabile medico: Giovanni Zaninetta
Responsabile infermieristico: Rosetta Capelli
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 1987

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 1994 e sono terminati nel 1996
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 23/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI GAVARDO AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA

Codice: 45

LOMBARDIA – ASL BRESCIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Andrea Gosa, 74 - 25085 - Gavardo (BS)
Telefono: 0365-378386
Fax: 0365-378386
E-mail: maurizio.degiuli@aod.it
Web:
Responsabilità legale: Mara Azzi (Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda)
Responsabile medico: Maurizio De Giuli
Responsabile infermieristico: Vincenza Rizzardini
Altro referente: Carlo Cervigni (dirigente medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2007 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, aria condizionata, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE "IL MANTELLO"
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE FELICE VILLA AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA DI COMO (HOSPICE TRANSITORIO)

Codice: 15

LOMBARDIA – ASL 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: www.hsacomo.org
Responsabilità legale: Andrea Mentasti (Azienda Ospedaliera Sant'Anna - Como)
Responsabile medico: Carla Longhi
Responsabile infermieristico: Anna Scanziani
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Ospedaliera e Azienda Sanitaria e Associazione)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: le camere non sono numerate, ma riportano i nomi di costellazioni.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto e telefono dedicato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE IL GELSO
FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS

Codice: 141

LOMBARDIA – ASL COMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Prina, 1 - 22036 - Erba (CO)
Telefono: 031-3332157
Fax: 031-3332160
E-mail: hospice@giuseppinaprina.it
Web:
Responsabilità legale: Antonio Frigerio (Fondazione Giuseppina Prina - Erba)
Responsabile medico: Evelina Perego
Responsabile infermieristico: Maria Grazia Castelletti
Altro referente: Ferrante Formato (medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2001 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE SAN MARTINO DI COMO

Codice: 16

LOMBARDIA – ASL COMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Castelnuovo, 1 - 22100 - Como (CO)
Telefono: 031-305888
Fax: 031-3109794
E-mail: hospice.como@coopquadrifoglio.com ; robgigio2@tele2.it
Web:
Responsabilità legale: Elvio Chiatellino (Cooperativa Sociale Quadrifoglio - Pinerolo)
Responsabile medico: Maurizio Ferretto
Responsabile infermieristico: Sara Regorda
Altro referente: Daniele Isidori (coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2004
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 8 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE
CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITÀ

Codice: 18

LOMBARDIA – ASL CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Aselli, 14 - 26100 - Cremona (CR)
Telefono: 0372-535711
Fax: 0372-5357998
E-mail: bini-paolo@ancelle.it ; pignata-michele@ancelle.it
Web: http://www.ancelle.it
Responsabilità legale: Carla Antonini (Casa di Cura Ancelle della Carità - Congregazione religiosa - Cremona)
Responsabile medico: Paolo Bini
Responsabile infermieristico: Rosalba Ferraresi
Altro referente: Michele Pignata (medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice della Struttura Complessa di Riabilitazione.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, aria condizionata, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 13/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE HOSPICE ACCD

AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

Codice: 19

LOMBARDIA – ASL CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Largo Priori, 1 - 26100 - Cremona (CR)
Telefono: 0372-405164 / 7
Fax: 0372-405167
E-mail: accd@dinet.it ; hosp.aioc@e-cremona.it
Web: http://www.accdcr.org
Responsabilità legale: Antonio Auricchio (Associazione Cremonese per la Cura del Dolore - ACCD onlus)
Responsabile medico: Donatella Giannunzio
Responsabile infermieristico: Giuseppina Generali, Mario Castagnidoli
Altro referente: Giorgio Nolli (direttore)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Associazione e Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 1998 e sono terminati nel 2000
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa di Terapia del Dolore e Cure Palliative con Hospice.
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 12 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/06/2009 (validazione dati non indicata)
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA - FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI

Codice: 121

LOMBARDIA – ASL CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Kennedy, 2 - 26013 - Crema (CR)
Telefono: 0373-206270
Fax: 0373-206299
E-mail: hospice@fbconlus.it
Web:
Responsabilità legale: Gualtiero Donzelli (Fondazione Benefattori Cremaschi onlus - Crema)
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 di diritto privato)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice, gestito dalla Fondazione Benefattori Cremaschi, fa parte della Rete di Cure Palliative coordinata dalla Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento di Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema.
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 05/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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 CREMONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Mantova, 113 - 26100 - Cremona (CR)
Telefono: 0372-567201
Fax: 0372-433349
E-mail: respcurepalliative@casadicurasancamillo.it
Web: http://www.casadicurasancamillo.it/degenza.asp?id=9
Responsabilità legale: Gian Piero Saronni (Casa di Cura San Camillo - Ordine dei Ministri degli Infermi Religiosi Camilliani - Fondazione Opera San Camillo - Cremona)
Responsabile medico: Massimo Damini
Responsabile infermieristico: Lorenza Sbernini
Altro referente: Luani Giuseppe (collaboratore medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Fondazione religiosa)
Anno di attivazione: 1998

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (18 posti letto accreditati, di cui 13 posti letto operativi in 13 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE IL NESPOLO
ASSOCIAZIONE FABIO SASSI

Codice: 20

LOMBARDIA – ASL 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 - Merate)
Responsabile medico: Mauro Marinari
Responsabile infermieristico: Ida Massari
Altro referente: Giuseppe Traverso (delegato CdA)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario territoriale
Tipo di gestione: Terzo Settore (Associazione)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto e telefono dedicato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CITTÀ DI CODOGNO
ASL PROVINCIA DI LODI

Codice: 199

LOMBARDIA – ASL LODI

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Gandolfi, 27 - 26845 - Codogno (LO)
Telefono: 0377-435174
Fax: 0377-434841
E-mail: hospice.codogno@coopquadrifoglio.com; lorenza.bianchini@asl.lodi.it
Web:
Responsabilità legale: Guido Broich (ASL di Lodi)
Responsabile medico: Katia Pellegrino
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato per 12 p.l.
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: 2 p.l.
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Supporto al lutto dei familiari: non disponibile
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI CASALPUSTERLENGO ASL PROVINCIA DI LODI

Codice: 292

LOMBARDIA – ASL LODI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Fleming, 1 - 26841 - Casalpusterlengo (LO)
Telefono: 0377-924071
Fax:
E-mail: direzione.sanitaria@ao.lodi.it
Web:
Responsabilità legale: Guido Broich (ASL di Lodi)
Responsabile medico: Domenico Furiosi
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Questionario compilato il 10/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE VILLA CARPANEDA
A.S.P. VILLA CARPANEDA DI RODIGO

Codice: 46

LOMBARDIA – ASL MANTOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Castello, 13 - 46040 - Rodigo (MN)
Telefono: 0376-650201
Fax: 0376-650372
E-mail: info@villacarpaneda.it ; ragioneria@villacarpaneda.it
Web: http://www.villacarpaneda.it
Responsabilità legale: Leonardo Salvemini (ASP Villa Carpaneda Casa di Cura e Riabilitazione - Rodigo)
Responsabile medico: Giovanni Paganini
Responsabile infermieristico: Laura Rosa
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
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 30/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO CARLO POMA DI MANTOVA
AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

Codice: 200

LOMBARDIA – ASL MANTOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Pietro Albertoni, 1 - 46100 - Mantova (MN)
Telefono: 0376-201419
Fax: 0376-201237
E-mail: antimo.desalve@ospedalimantova.it ; uocp.mantova@ospedalimantova.it
Web: www.aopoma.it
Responsabilità legale: Roberto Savazza (Azienda Ospedaliera Carlo Poma - Mantova)
Responsabile medico: Antimo De Salve
Responsabile infermieristico: Barbara Speziali
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento di Medicina.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per disautonomia, televisione, telefono, poltrona reclinabile, frigorifero, cordless, internet su richiesta
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 20/08/2009 e validato dal Responsabile SS dipartimentale di Cure Palliative
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE SAN PIETRO
COOPERATIVA SOCIALE "IN CAMMINO"

Codice: 21

LOMBARDIA – ASL 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 - Castiglione delle Stiviere)
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)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (SEDE IN VIA BOEZIO) FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

Codice: 37

LOMBARDIA – ASL PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Boezio, 28 - 27100 - Pavia (PV)
Telefono: 0382-593721 / 20
Fax: 0382-593081
E-mail: danilo.miotti@fsm.it
Web: http://www.fsm.it/cen_pavia_b/index.html
Responsabilità legale: Umberto Maugeri (Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS di Pavia)
Responsabile medico: Danilo Miotti
Responsabile infermieristico: Stefania Melino
Altro referente: Giovanna Bonetti, Raffaella Bettaglio

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (IRCCS privato)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato per 30 posti letto distribuiti in 2 UOCP di 15 posti letto ciascuna (20 posti letto operativi in 20 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (4 posti letto operativi distribuiti in 2 UOCP di 2 posti letto ciascuna)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE (SEDE IN VIA MAUGERI) FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

Codice: 38

LOMBARDIA – ASL PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Maugeri, 10 - 27100 - Pavia (PV)
Telefono: 0382-592744
Fax: 0382-592096
E-mail: ppreti@fsm.it ; direzione.pavia@fsm.it
Web: http://www.fsm.it/ist_pavia/div_cure_palliative.html
Responsabilità legale: Umberto Maugeri (Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS di Pavia)
Responsabile medico: Pietro Preti
Responsabile infermieristico: Epifania Caruana
Altro referente: Anna Maria Cuomo (medico dirigente)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (IRCCS privato)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione,
I finanziamenti del Ministero della Salute non sono stati richiesti

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato per 24 posti letto distribuiti in 2 UOCP di 12 posti letto ciascuna (10 posti letto operativi in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato per 6 posti letto distribuiti in 2 UOCP di 3 posti letto ciascuna, di cui nessuno operativo
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE SAN MARTINO DI MEDE AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Codice: 39

LOMBARDIA – ASL 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:
Responsabilità legale: Luigi Sanfilippo (Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia)
Responsabile medico: Pietro Preti
Responsabile infermieristico: Susanna Rossi
Altro referente: Pietro Ferrari, Enrica Maria Negri

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Ospedaliera e IRCCS privato)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2008
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 09/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE DELL'ISTITUTO DI ASSISTENZA E CURA SANTA MARGHERITA
ASP ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA

Codice: 42

LOMBARDIA – ASL 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 disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione,
I finanziamenti del Ministero della Salute non sono stati richiesti

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi e attrezzature per la disautonomia
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 08/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

REPARTO DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO DI BELGIOIOSO

STRUTTURA COMPLESSA DI ONCOLOGIA MEDICA, FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO, PAVIA

Codice: 144

LOMBARDIA – ASL DI PAVIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cavallotti, 155 - 27011 - Belgioioso (PV)
Telefono: 0382 - 501438
Fax: 0382 - 501440
E-mail: m.danova@smatteo.pv.it
Web: http://www.sanmatteo.org
Responsabilità legale: Alessandro Moneta (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia)
Responsabile medico: Marco Danova
Responsabile infermieristico: Sabrina Pilò
Altro referente: Chiara Broglia

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte della Struttura Complessa di Oncologia Medica, costituendone una articolazione organizzativa.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (4 posti letto, di cui 2 operativi in Cure Palliative)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia
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 06/08/2009 e validato dal Segretario Generale della Fondazione
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE "EUGENIO MORELLI" AZIENDA OSPEDALIERA VALTELLINA E VALCHIAVENNA

Codice: 40

LOMBARDIA – ASL SONDRIO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Zubiani, 33 - 23039 - Sondalo (SO)
Telefono: 0342-808782
Fax: 0342-808222
E-mail: curepalliative.sl@aovv.it ; donato.valenti@aovv.it
Web: www.aovv.it
Responsabilità legale: Marco Luigi Votta (Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna)
Responsabile medico: Donato Valenti
Responsabile infermieristico: Sandra Peciccia
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario-ospedaliero
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2001 e sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice Dipartimentale della Struttura Complessa di Medicina Generale.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Hospice confermato dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE DI MORBEGNO AZIENDA OSPEDALIERA VALTELLINA E VALCHIAVENNA

Codice: 154

LOMBARDIA – ASL SONDRIO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Morelli, 1 - 23017 - Morbegno (SO)
Telefono: 0342-607400
Fax: 0342-607403
E-mail: curepalliative.morbegno@aovv.it ; donato.valenti@aovv.it
Web: http://www.sondrio3.doloredoc.it
Responsabilità legale: Marco Luigi Votta (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)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2005 e sono terminati nel 2005
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice Dipartimentale della Struttura Complessa di Medicina Generale.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000x

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'OICP

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Codice: 14

LOMBARDIA – ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Manzoni, 142 - 25060 - Esine (BS)
Telefono: 0364-369033
Fax: 0364-369031
E-mail: strazzeriroberto@libero.it
Web:
Responsabilità legale: Angelo Foschini (ASL Vallecamonica - Sebino)
Responsabile medico: Roberto Strazzeri
Responsabile infermieristico: Stefania Sangiorgi
Altro referente: Susanna Faustinoni (infermiera)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice della Struttura Complessa di Medicina Generale.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, lettore DVD, radio con lettore CD, orologio a parete, poltrona reclinabile
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 24/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE ALTACHIARA - 3SG CAMELOT

Codice: 43

LOMBARDIA – ASL VARESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Padre Lega, 54 - 21013 - Gallarate (VA)
Telefono: 0331-750301
Fax: 0331-701272
E-mail: prcamelot@3sg.it ; info@3sg.it
Web: www.3sg.it
Responsabilità legale: Franco Rudoni (3SG Camelot - Azienda Servizi Socio Sanitari Gallarate - Gallarate)
Responsabile medico: Marco Scaltritti
Responsabile infermieristico: Liliana Lofrano
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: privata profit (Azienda speciale di emanazione pubblica)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 28 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE STRUTTURA SEMPLICE UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO"

Codice: 41

LOMBARDIA – ASL VARESE

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazzale Solaro, 3 - 21052 - Busto Arsizio (VA)
Telefono: 0331-699861
Fax: 0331-699756
E-mail: vreina@aobusto.it
Web:
Responsabilità legale: Pietro Zoia (Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio")
Responsabile medico: Valter Reina
Responsabile infermieristico: Rita Maimone
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario-ospedaliero
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice afferente al Dipartimento di Medicina di Elezione.
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero, DVD
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 5 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 10/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

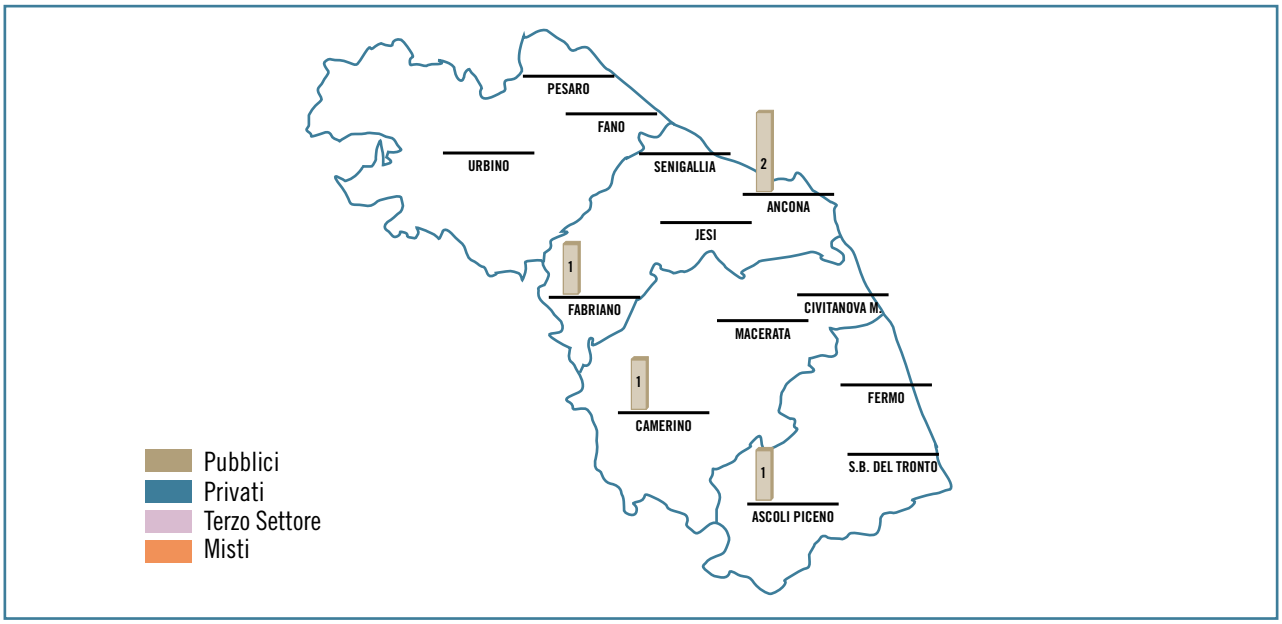
MARCHE

Popolazione residente: 1.569.578
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Marche **a giugno 2009 risultavano operativi 5 hospice pubblici per un totale di 42 posti letto, pari a 0,31 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

La programmazione regionale prevede la realizzazione di 3 nuovi hospice, che garantirebbero altri 28 posti letto e che potrebbero diventare operativi entro il 2010. In questo modo l'offerta regionale aumenterebbe a 0,48 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Fig. 17 - Marche: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 65 - Marche: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASUR - ZONA 01 Pesaro											155.422	-
ASUR - ZONA 02 Urbino											84.957	-
ASUR - ZONA 03 Fano											141.351	-
ASUR - ZONA 04 Senigallia											79.301	-
ASUR - ZONA 05 Jesi											108.705	-
ASUR - ZONA 06 Fabriano	1	8	1	8							48.570	1,65
ASUR - ZONA 07 Ancona	2	19	2	19							252.822	0,75
ASUR - ZONA 08 Civitanova Marche											121.400	-
ASUR - ZONA 09 Macerata											138.175	-
ASUR - ZONA 10 Camerino	1	12	1	12							49.541	2,42
ASUR - ZONA 11 Fermo											176.488	-
ASUR - ZONA 12 San Benedetto del Tronto											101.377	-
ASUR - ZONA 13 Ascoli Piceno	1	3	1	3							111.469	0,27
TOTALE	**5**	**42**	**5**	**42**							**1.569.578**	**0,27**

Tav. 66 - Marche: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASUR - ZONA 01 Pesaro									155.422	-
ASUR - ZONA 02 Urbino									84.957	-
ASUR - ZONA 03 Fano	1	10			1	10			141.351	0,71
ASUR - ZONA 04 Senigallia									79.301	-
ASUR - ZONA 05 Jesi									108.705	-
ASUR - ZONA 06 Fabriano	1	8	1	8					48.570	1,65
ASUR - ZONA 07 Ancona	2	19	2	19					252.822	0,75
ASUR - ZONA 08 Civitanova Marche									121.400	-
ASUR - ZONA 09 Macerata	1	8			1	8			138.175	0,58
ASUR - ZONA 10 Camerino	1	12	1	12					49.541	2,42
ASUR - ZONA 11 Fermo	1	10			1	10			176.488	0,57
ASUR - ZONA 12 San Benedetto del Tronto									101.377	-
ASUR - ZONA 13 Ascoli Piceno	1	3	1	3					111.469	0,27
TOTALE	**8**	**70**	**5**	**42**	**3**	**28**			**1.569.578**	**0,45**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione Marche si è recentemente data delle linee di indirizzo per il modello organizzativo degli hospice, che definiscono i compiti dell'équipe multiprofessionale, i criteri di accesso e dimissione relativi alle cure palliative, i requisiti minimi degli hospice e i relativi indicatori (**dgr n. 803 del 18 maggio 2009**).

D'altra parte, proprio la realizzazione di una rete di cure palliative è posta come obiettivo strategico nel **Piano sanitario regionale 2007-2009**. La Giunta, infatti, intende integrare le strutture adibite ad hospice con i servizi di assistenza domiciliare, nell'ottica della de-ospedalizzazione della cura del paziente terminale. Il piano prevede un programma di formazione del personale, ma riferisce le cure palliative solo e specificatamente ai pazienti oncologici.

Dall'ultimo anno, a partire cioè dall'approvazione della **dgr n. 923 del 1 giugno 2009**, i malati in fase terminale, possono servirsi del punto unico di accesso (PUA), un modello sperimentale direttamente accessibile dai pazienti che mira ad integrare tutti i servizi sanitari e socio-sanitari disponibili sul territorio, tra cui gli hospice.

In passato, già prima dell'approvazione delle Legge 39/99, la regione Marche ha adottato la **Legge regionale n. 61 del 2 settembre 1997** sulla lotta alle neoplasie, che determina i criteri per l'assistenza domiciliare e ospedalizzazione a domicilio, definisce le unità operative di oncologia medica fornite di posti letto di degenza e prive di posti di degenza e sancisce la costituzione del Comitato oncologico regionale.

Successivamente, con la **dgr n. 1993 del 20 ottobre 2000**, aggiornata dalla **dgr n. 649 del 3 aprile 2002**, la regione ha approvato il "progetto regionale Hospice" ed 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 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.

I finanziamenti per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative - hospice sono stati ripartiti con la **dgr n. 1396 del 2001**, mentre quelli volti a sviluppare interventi di terapia del dolore, anche per quanto riguarda l'informazione e la formazione, sono stati devoluti con la **dgr n. 2763 del 20 novembre 2001**.

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.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
248	Deliberazione della Giunta Regionale n. 923 dell'1 giugno 2009	Percorso per la fragilità: sperimentazione punto unico di accesso (PUA) nelle dimissioni protette	Approva la creazione di un modello sperimentale di punto unico di accesso (PUA) nelle dimissioni protette in cui sono integrati, tra le altre strutture socio-sanitarie, anche gli hospice.	rete cure palliative
247	Deliberazione della Giunta Regionale n. 803 del 18 maggio 2009	Linee di indirizzo per il modello organizzativo hospice della regione Marche	Programma l'adeguamento alla Legge n. 39/99, definendo i compiti dell'équipe multiprofessionale, i criteri di accesso e dimissione, i requisiti degli hospice e i relativi indicatori	programmazione
251		Piano sanitario regionale 2007-2009	Si rileva l'assenza di una rete di cure palliative, la cui costituzione viene posta come obiettivo strategico. È prevista a tal fine la formazione del personale. Attraverso l'integrazione dell'hospice con l'assistenza domiciliare, si intende de-ospedalizzare la cura del paziente terminale. Si fa riferimento alle cure palliative solo in riferimento ai pazienti oncologici.	programmazione, rete cure palliative, finanziamenti, formazione
80	Deliberazione della Giunta Regionale n. 649 del 3 aprile 2002	Completamento del progetto regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative-hospice: presentazione al Ministero della salute dei progetti preliminari ai sensi del DM 5 settembre 2001	Aggiorna il "Progetto regionale hospice" dgr n. 1993 del 20 ottobre 2000	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti
249	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2763 del 20 novembre 2001	Impegno ed assegnazione alle Aziende UU.SS.LL., Ospedaliere ed all'INRCA per interventi rivolti alla terapia del dolore ed attuazione delle linee guida di informazione e formazione	Assegna finanziamenti finalizzati a sviluppare interventi di terapia del dolore, anche per quanto riguarda l'informazione e la formazione	finanziamenti
79	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1396 del 2001	Linee guida regionali per le cure domiciliari al paziente oncologico terminale e riparto del finanziamento per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative - hospice		modello assistenziale (assistenza domiciliare), finanziamenti
81		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 Legge Regionale n. 20 del 16 Marzo 2000)	Definisce il sistema dei requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, specificandoli in particolare per gli hospice.	autorizzazione e accreditamento

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
78	Legge Regionale 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		autorizzazione e accreditamento
77	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1993 del 20 ottobre 2000	Progetto regionale hospice	Approva 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 si sottolinea 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.	rete cure palliative, finanziamenti
250	Legge regionale n. 61 del 2 settembre 1997	Lotta alle neoplasie nella regione Marche	Determina i criteri per l'assistenza domiciliare e ospedalizzazione a domicilio (art. 5); definisce le unità operative di oncologia medica fornite di posti letto di degenza (art. 6) e prive di posti di degenza (art. 7); sancisce la costituzione del Comitato oncologico regionale (art. 10).	modello assistenziale (assistenza domiciliare, ambulatorio), cure palliative in oncologia

HOSPICE FABRIANO
ASUR ZONA 6 FABRIANO

Codice: 229

MARCHE – ASUR - ZONA 06 Fabriano

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Stelluti Scala, 26 - 60044 - Fabriano (AN)
Telefono: 0732-707833
Fax:
E-mail: luciano.giuliodori@sanita.marche.it
Web:
Responsabilità legale: Piero Venanzoni (ASUR Marche)
Responsabile medico: Luciano Giuliodori
Responsabile infermieristico: Loredana Bonifazzi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Questionario compilato il 03/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE DI CHIARAVALLE
ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 7

Codice: 278

MARCHE – ASUR - ZONA 07 Ancona

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Rosselli, 176 - 60033 - Chiaravalle (AN)
Telefono: 071-7490202
Fax: 071-7490760
E-mail: carmen.pedretti@sanita.marche.it
Web:
Responsabilità legale: Antonio Maria Novelli (ASUR Marche - Zona Territoriale n. 07 Ancona)
Responsabile medico: Ubaldo Talozzi
Responsabile infermieristico: Cristiana Sbaffi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE LORETO
ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 7

Codice: 81

MARCHE – ASUR - ZONA 07 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:
Responsabilità legale: Antonio Maria Novelli (ASUR Marche - Zona Territoriale n. 07 Ancona)
Responsabile medico: Enrico Boaro
Responsabile infermieristico: Andrea Marconi
Altro referente: Gambini Fabiola (coordinatore hospice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (9 posti letto in 9 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 12 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o OSPEDALE DI SAN SEVERINO MARCHE ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 10 CAMERINO

Codice: 209

MARCHE – ASUR - ZONA 10 Camerino

Dati anagrafici

Indirizzo: Via del Glorioso, 8 - 62027 - San Severino Marche (MC)
Telefono: 0733-642333
Fax:
E-mail: sergio.giorgetti@sanita.marche.it ; sergiogiorgetti@tin.it
Web: http://www.anellodellavita.com
Responsabilità legale: Roberto Malucelli (ASUR Marche)
Responsabile medico: Sergio Giorgetti
Responsabile infermieristico: Teresa Turco
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono e climatizzazione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 15 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE c/o RSA DI OFFIDA
ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 13

Codice: 238

MARCHE – ASUR - ZONA 13 Ascoli Piceno

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Giuseppe Garibaldi, 3 - 63035 - Offida (AP)
Telefono: 0736-880847
Fax:
E-mail: gilberto.gentili@sanita.marche.it ; diramministr.asur@sanita.marche.it
Web:
Responsabilità legale: Roberto Malucelli (ASUR Marche)
Responsabile medico: non disponibile
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (3 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

MOLISE

Popolazione residente: 320.795
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Molise **a giugno 2009 risultava operativo 1 hospice pubblico con 16 posti letto**. Tale struttura, realizzata grazie ai finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99 ed attivata nel 2005, porta l'attuale offerta regionale a **0,50 posti letto ogni 10.000 abitanti.**

Nel nuovo PSR pubblicato sul BURL nel 2008, che deve però essere ancora valutato ed eventualmente approvato da parte del Ministero della Salute, al paragrafo 3.1.10 si recita: ***"e' obiettivo del triennio ampliare la rete di strutture residenziali dedicate, con due interventi: la realizzazione di un hospice a Campobasso e di un hospice ad Isernia"***. Non essendo in vigore il PSR, non si è ritenuto opportuno inserire le 2 strutture indicate nel testo del PSR nella programmazione e nel Cap. 5.2. Parimenti, il PSR non è stato inserito nell'elenco delle Normative Regionali di cui al Cap. 5.3.2

Fig. 18 - Molise: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

Tav. 67 - Molise: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASRE MOLISE	1	16	1	16							320.795	0,50
TOTALE	1	16	1	16							320.795	0,50

Tav. 68 - Molise: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASRE MOLISE	1	16	1	16					320.795	0,50
TOTALE	1	16	1	16					320.795	0,50

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione ha ritenuto opportuno dare peso alla formazione per lo sviluppo della rete di cure palliative a dei processi di integrazione tra ospedale e territorio, approvando con la **dgr n. 381 del 15 aprile 2009** gli obiettivi regionali per la formazione continua nella regione Molise.

Il **Piano sanitario regionale 2008-2010** dedica il paragrafo 3.1.10 alla rete di cure palliative e agli hospice. Gli obiettivi e le azioni del Piano si conformano al DPCM del 20 gennaio 2000 e al DM del 22 febbraio 2007, con particolare attenzione alla formazione dei volontari e alla valutazione delle cure e delle strutture. Si prevedeva, entro la fine del 2008, la creazione di un "Programma regionale cure palliative".
Sebbene il Piano sia stato approvato con **dcr n. 190 del 9 luglio 2008**, la sua pubblicazione non è stata ancora accordata in quanto risulta necessario il vaglio del Ministero della sanità, essendo il Molise una delle cinque regioni obbligate a presentare un piano di rientro.

Già il precedente **Programma operativo di rientro**, approvato con **dgr n. 366 dell'8 aprile 2008**, tiene in considerazione il potenziamento del sistema delle cure domiciliari, ponendolo come obiettivo specifico, definendo come obiettivi operativi la riorganizzazione delle cure domiciliari e l'aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle linee guida per il sistema delle cure domiciliari. Nella delibera sono specificati i provvedimenti da prendere in questa direzione.

Un processo normativo di cui si colgono i prodromi nel Piano regionale e le linee-guida per il sistema delle cure domiciliari (**dgr n. 556 del 30 maggio 2007**), con i quali sono stati tracciati definizione, obiettivi, organizzazione, percorsi e funzione del sistema integrato per le cure domiciliari, nell'ottica del perfezionamento della qualità delle stesse.

Si ricorda che il Molise ha vissuto 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.

Il quadro normativo che la regione ha approvato negli anni seguenti all'entrata in vigore della Legge n. 39/99 (**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 stanziati dalla normativa nazionale, assegnati dal Ministero della Salute, ed utilizzati dalla regione per realizzare il suddetto hospice.

Non risultano normative regionali specifiche in materia di autorizzazioni ed accreditamento degli hospice.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
252	Deliberazione della Giunta Regionale n. 381 del 15 aprile 2009	ECM (Educazione Continua in Medicina) - Approvazione degli obiettivi regionali per la formazione continua nella regione Molise	Tra gli obiettivi della formazione continua è compreso lo sviluppo della rete di cure palliative e dei processi di integrazione tra ospedale e territorio.	formazione
225	Deliberazione della Giunta Regionale n. 366 dell'8 aprile 2008	Programma operativo di rientro	Accordo tra regione Molise, M.E.F. e Ministero della Salute del 27 marzo 2007. È definito come obiettivo specifico il potenziamento del sistema delle cure domiciliari e come obiettivi operativi la riorganizzazione delle cure domiciliari e l'aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle linee guida. Sono specificati i relativi provvedimenti.	modello assistenziale (assistenza domiciliare)
88	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 190 del 9 luglio 2008	Piano Regionale sanitario del Molise 2008-2010	Non è stato pubblicato perchè inviato a Roma al vaglio del ministero della sanità in quanto il Molise è una delle cinque regioni obbligate a presentare un piano di rientro. Il Piano dedica il paragrafo 3.1.10 alla rete di cure palliative e agli hospice. Gli obiettivi e le azioni del Piano si conformano al D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 e al D.M. del 22 febbraio 2007, con particolare attenzione alla formazione dei volontari e alla valutazione delle cure e delle strutture. È prevista entro la fine del 2008 la creazione di un "Programma regionale cure palliative".	programmazione
224	Deliberazione della Giunta Regionale n. 556 del 30 maggio 2007	Piano regionale e linee-guida per il sistema delle cure domiciliari	Delinea il sistema integrato per le cure domiciliari: definizione, obiettivi, organizzazione, percorsi, funzione. Si occupa altresì della qualità nelle cure domiciliari	modello assistenziale (assistenza domiciliare)

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
87	Legge Regionale n. 9 del 1 aprile 2005	Riordino del Servizio Sanitario Regionale	Prevede la costituzione di un'unica Azienda Sanitaria Regionale (ASREM) e la necessità di definire un nuovo Piano Sanitario Regionale. Non risulta una normativa regionale specifica sul tema di autorizzazione ed accreditamento di hospice	programmazione
86	Deliberazione della Giunta Regionale 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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti
85	Deliberazione della Giunta Regionale n. 111 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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti
84	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1117 del 29 settembre 2003		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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
83	Deliberazione della Giunta Regionale n. 802 del 10 giugno 2002		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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti
82	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1203 del 25 settembre 2000		Attiene alla definizione preliminare, approvazione e successivi aggiornamenti del progetto per realizzare l'unico hospice regionale, nonché all'erogazione dei finanziamenti ex Legge 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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice), finanziamenti

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 ; travaglinionco@yahoo.it
Web: http://www.associazionehospicemtdc.it/
Responsabilità legale: Angelo Percopo (ASREM Molise)
Responsabile medico: Carmine Antonio Travaglini
Responsabile infermieristico: Carmelina D'Attilia
Altro referente: Lucia Moraca; Giovanni Bozza (dirigenti medici)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2004
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (16 posti letto in 16 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero e connessione Internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 5 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

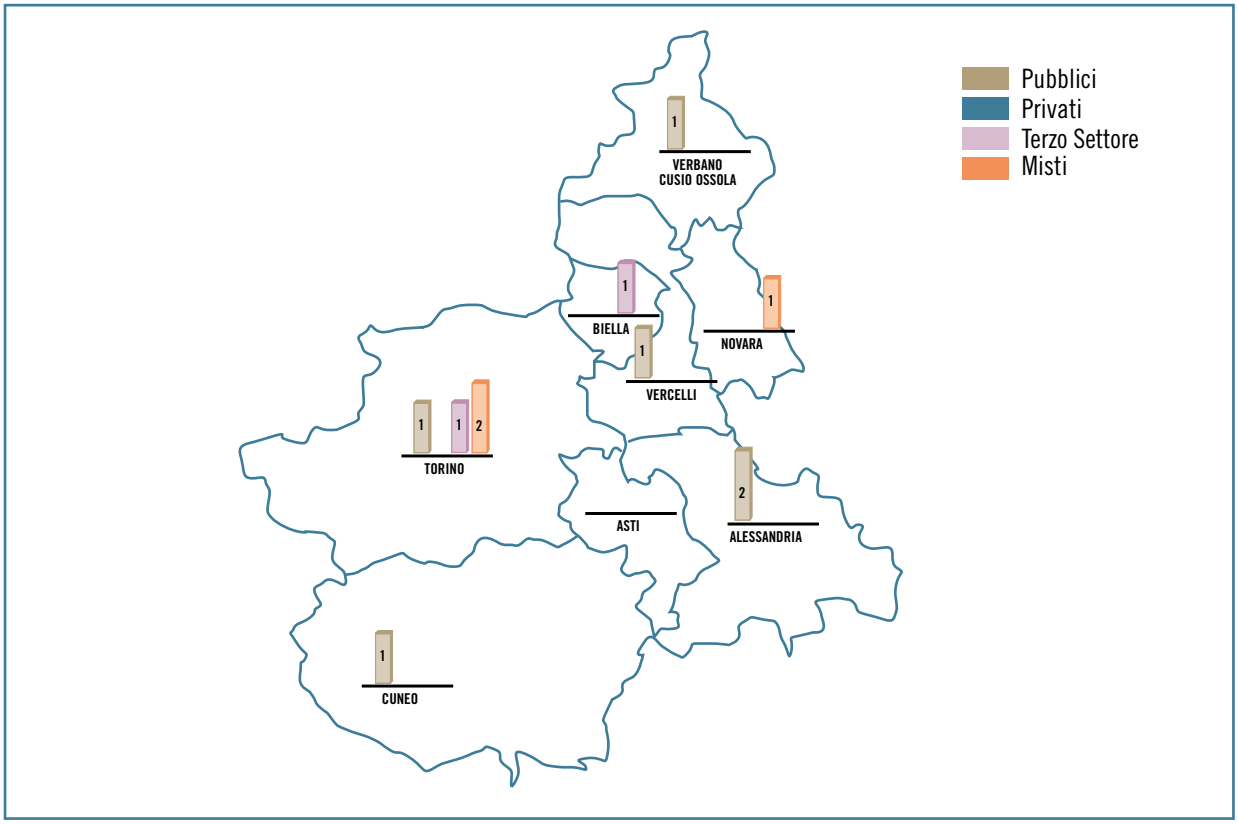
PIEMONTE

Popolazione residente: 4.432.571
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

ASL TO1	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORIO VALLETTA - ASL TO1	267
ASL TO1	HOSPICE FARO "SERGIO SUGLIANO"	268
ASL TO4	HOSPICE VILLA SCLOPIS - ASSOCIAZIONE CASAINSIEME - ASL TO4	269
ASL TO4	HOSPICE DI LANZO TORINESE	270
ASL AL	HOSPICE ZACCHEO - ASLAL CASALE MONFERRATO	271
ASL AL	HOSPICE IL GELSO - ASL AL ALESSANDRIA	272
ASL BI	HOSPICE FONDAZIONE L'ORSA MAGGIORE C/O IPAB ISTITUTO BELLETTI BONA DI BIELLA	273
ASL CN1	HOSPICE BUSCA - STRUTTURA SEMPLICE DI STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE - ASL CN1	274
ASL NO	HOSPICE DI GALLIATE - AO UNIVERSITARIA MAGGIORE CARITA' - NOVARA	275
ASL VC	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI GATTINARA - ASL VC	276
ASL VCO	HOSPICE SAN ROCCO - ASL VCO	277

Nella regione Piemonte **a giugno 2009 risultavano operativi 11 hospice**, di cui 6 pubblici, 2 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 3 a gestione mista pubblico/privato. Questi 11 hospice operativi garantiscono un totale di **114 posti letto, pari a 0,26 posti letto per ogni 10.000 abitanti.**
Per integrare l'attuale offerta, la regione ha programmato la realizzazione di altri 7 hospice, di cui 5 per 52 posti letto si prevede che dovrebbero essere attivati nel corso del biennio 2009-10, mentre 2 per ulteriori 16 posti letto si presume che diventeranno operativi solo dopo il 2010.

Fig. 19 - Piemonte: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 69 - Piemonte: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL TO1 DI TORINO	2	24					1	14	1	10	497.026	0,48
ASL TO2 DI TORINO											411.799	-
ASL TO3 DI TORINO											518.247	-
ASL TO4 DI TORINO	2	16	1	8					1	8	580.509	0,28
ASL TO5 DI TORINO											306.000	-
ASL AL DI ALESSANDRIA	2	24	2	24							451.652	0,53
ASL AT DI ASTI											207.598	-
ASL BI DI BIELLA	1	10					1	10			178.137	0,56
ASL CN1 DI CUNEO	1	11	1	11							417.103	0,26
ASL CN2 DI CUNEO											169.039	-
ASL NO DI NOVARA	1	9							1	9	343.153	0,26
ASL VC DI VERCELLI	1	10	1	10							177.837	0,56
ASL VCO DI VERBANO-CUSIO-OSSOLA	1	10	1	10							174.471	0,57
TOTALE	**11**	**114**	**6**	**63**			**2**	**24**	**3**	**27**	**4.432.571**	**0,26**

Tav. 70 - Piemonte: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL TO1 DI TORINO	3	32	2	24			1	8	497.026	0,64
ASL TO2 DI TORINO	1	8					1	8	411.799	0,19
ASL TO3 DI TORINO	2	24			2	24			518.247	0,46
ASL TO4 DI TORINO	4	36	2	16	2	20			580.509	0,62
ASL TO5 DI TORINO									306.000	-
ASL AL DI ALESSANDRIA	2	24	2	24					451.652	0,53
ASL AT DI ASTI									207.598	-
ASL BI DI BIELLA	1	10	1	10					178.137	0,56
ASL CN1 DI CUNEO	1	11	1	11					417.103	0,26
ASL CN2 DI CUNEO	1	8			1	8			169.039	0,47
ASL NO DI NOVARA	1	9	1	9					343.153	0,26
ASL VC DI VERCELLI	1	10	1	10					177.837	0,56
ASL VCO DI VERBANO-CUSIO-OSSOLA	1	10	1	10					174.471	0,57
TOTALE	**18**	**182**	**11**	**114**	**5**	**52**	**2**	**16**	**4.432.571**	**0,41**

NOTA: per la regione Piemonte si evidenzia che la verifica degli hospice operativi, di quelli programmati e delle normative è avvenuta in modo coordinato e condiviso tra il referente regionale per le cure palliative ed la coordinatrice regionale della SICP.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Negli ultimi tre anni l'ordinamento legislativo della regione Piemonte in tema di cure palliative non ha subito significative modifiche.

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**). Successivamente, con **dgr n. 39-2440 del 12 marzo 2001 e dgr n. 9-7872 del 21 dicembre 2007**, il gruppo è stato sostituito da due nuove Commissioni tecnico consultive per la predisposizione delle linee-guida inerenti le cure palliative e l'assistenza domiciliare.

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". In particolare tali linee guida hanno voluto proporre un modello organizzativo regionale in grado di garantire continuità e specificità delle cure palliative, soprattutto in ambito oncologico, ed 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 ed integrazioni della dgr n. 41-5952 del 07.05.2002, della dgr n. 15-7336 del 14.10.2002 e della dgr n. 62-9692 del 16.06.2003 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 ad euro 70,00 per giornata di effettiva assistenza svolta.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
227	Deliberazione della Giunta Regionale n. 9-7872 del 21 dicembre 2007	Revoca della dgr. n. 39-2440 del 12.03.2001 ed istituzione della nuova Commissione regionale tecnico-consultiva per le cure palliative in Piemonte	Istituisce la nuova commissione regionale tecnico-consultiva per le cure palliative	cure palliative/terapia del dolore
94	Deliberazione della Giunta Regionale n. 55-13238 del 3 agosto 2004	Ulteriori modifiche ed integrazioni della dgr n. 41-5952 del 07.05.2002, della dgr n. 15-7336 del 14.10.2002 e della dgr n. 62-9692 del 16.06.2003 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 impiegato.	La regione propone un modulo assistenziale di cure palliative domiciliari, all'interno dell'assistenza domiciliare ad alta intensità; definisce come attuare, rilevare e valorizzare le attività delle UOCP, differenziandole dalle prestazioni eseguite a livello domiciliare; stabilisce la tariffa per l'assistenza domiciliare prestata dal personale dell'équipe della UOCP, pari a euro 70,00 per giornata di effettiva assistenza svolta	modello assistenziale (UOCP), rete cure palliative, tariffazione
93	Deliberazione della Giunta Regionale 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	Aggiorna 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	rete cure palliative

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
191	Deliberazione della Giunta Regionale n. 39/2440 del 12 marzo 2001	Revoca della dgr n. 72-17691 del 24.03.1997 e costituzione di una nuova Commissione tecnico consultiva per la predisposizione delle linee-guida inerenti le cure palliative e l'assistenza domiciliare	Viene istituita la nuova commissione regionale tecnico-consultiva per le cure palliative	cure palliative/ terapia del dolore, modello assistenziale (assistenza domiciliare)
92	Deliberazione della Giunta Regionale n. 16-3259 del 18 giugno 2001	Revisione della tariffazione giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni di ricovero del Centro cure palliative (Hospice) e determinazione tariffe in Euro dei Servizi sanitari residenziali extra-ospedalieri. Modifica alla dgr 35-29525 - 1 marzo 2000	Aggiorna la tariffa fino a euro 258,23 per giornata di degenza	tariffazione
91	Deliberazione della Giunta Regionale n. 35-29525 del 1 marzo 2000	Revisione delle tariffe sanitarie per la remunerazione delle prestazioni di servizi sanitari residenziali extra-ospedalieri (Centro di riabilitazione extra-ospedaliera, Centro residenziale per soggetti in stato vegetativo permanente, Hospice)	Aggiorna la tariffa per gli hospice	tariffazione
90	Deliberazione della Giunta Regionale 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	Propone un modello organizzativo regionale in grado di garantire continuità e specificità delle cure palliative, soprattutto in ambito oncologico. In particolare individua nelle UOCP le organizzazioni a cui si assegna il ruolo di coordinamento e integrazione dei diversi ambiti assistenziali e dei vari soggetti coinvolti e stabilisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e gestionali e le modalità di tariffazione degli hospice	modello assistenziale (UOCP), rete cure palliative, tariffazione
89	Deliberazione della Giunta Regionale n. 72-17691 del 24 marzo 1997	Costituzione di una Commissione tecnico-consultiva per la predisposizione alle linee guida inerenti le cure palliative e l'assistenza domiciliare al paziente oncologico	La Giunta regionale ha deliberato di costituire un primo gruppo operativo per le cure domiciliari oncologiche, prevedendo l'elaborazione di specifiche linee guida regionali.	modello assistenziale (assistenza domiciliare)

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORIO VALLETTA
ASL TO1

Codice: 239

PIEMONTE – ASL TO1 DI TORINO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Farinelli, 25 - 10135 - Torino (TO)
Telefono: 011-5664000 / 5664029
Fax: 011-5664213
E-mail: info@aslto1.it ; SI-faitoro@libero.it; aslto1@postecert.it
Web:
Responsabilità legale: Ferruccio Massa (ASL TO1 di Torino)
Responsabile medico: Francesco Aitoro
Responsabile infermieristico: Zemira Usberti
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2004
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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 06/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE FARO "SERGIO SUGLIANO"

Codice: 6

PIEMONTE – ASL TO1 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 ; info@fondazionefaro.it
Web: http://www.fondazionefaro.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Giuseppe Cravetto (Fondazione F.A.R.O. Onlus - Torino)
Responsabile medico: Alessandro Valle
Responsabile infermieristico: Anna Maria Pertile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (più enti: Fondazione di diritto privato e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 1999 e sono terminati nel 2000
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

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 ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 16/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE VILLA SCLOPIS
ASSOCIAZIONE CASAINSIEME
ASL TO4

Codice: 208

PIEMONTE – ASL TO4 DI TORINO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Sant'Urbano, 2 - 10010 - Salerano Canavese (TO)
Telefono: 0125-538809
Fax: 0125-538546
E-mail: giovannibersano@virgilio.it ; info@casainsieme-onlus.it
Web:
Responsabilità legale: Marina Fresco (ASL TO4)
Responsabile medico: Giovanni Bersano
Responsabile infermieristico: Stefania Brogliatto
Altro referente: Carlo Della Pepa (referente per i processi assistenziali)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Associazione)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 27/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE DI LANZO TORINESE

Codice: 7

PIEMONTE – ASL TO4 DI TORINO

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:
Responsabilità legale: Marina Fresco (ASL TO4)
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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE ZACCHEO
ASL AL ALESSANDRIA

Codice: 247

PIEMONTE – ASL AL DI ALESSANDRIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Giolitti, 2 - 15033 - Casale Monferrato (AL)
Telefono: 0142-434.081 / 084 / 082
Fax:
E-mail: ddegiovanni@aslal.it ; distretto.casale@aslal.it
Web: www.vitas-onlus.it
Responsabilità legale: Gian Paolo Zanetta (ASL AL di Alessandria)
Responsabile medico: Daniela Degiovanni
Responsabile infermieristico: Ballarino Paola
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 04/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE IL GELSO
ASL AL ALESSANDRIA

Codice: 111

PIEMONTE – ASL AL DI ALESSANDRIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Pio V, 41 - 15010 - Alessandria (AL)
Telefono: 0131-306721
Fax: 0131-252999
E-mail: hospice@aslal.it ; vghelleri@aslal.it
Web:
Responsabilità legale: Gian Paolo Zanetta (ASL AL di Alessandria)
Responsabile medico: Gabriella D'Amico
Responsabile infermieristico: Valeria Ghelleri
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (16 posti letto in 16 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non disponibile
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero, condizionatore
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 30 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE FONDAZIONE L'ORSA MAGGIORE c/o IPAB ISTITUTO BELLETTI BONA DI BIELLA

Codice: 4

PIEMONTE – ASL BI 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 - Biella)
Responsabile medico: Raffaella Ambrosio
Responsabile infermieristico: Simona Barsotti
Altro referente: Monica Lovisetto (referente amministrativa)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2001

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 1999 e sono terminati nel 2001
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di un Centro polifunzionale non ospedaliero

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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 30/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE BUSCA - STRUTTURA SEMPLICE DI STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE ASL CN1

Codice: 5

PIEMONTE – ASL CN1 DI CUNEO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Regina Margherita, 10 - 12022 - Busca (CN)
Telefono: 0171-948735; 0171-450277
Fax: 0171-450278
E-mail: curepalliative@asl15.it
Web: http://www.uocp.it/hospice/hospicedibusca.asp
Responsabilità legale: Corrado Bedogni (ASL CN1 di Cuneo)
Responsabile medico: Pietro La Ciura
Responsabile infermieristico: Luisa Bianco
Altro referente: Bruno Durbano (responsabile Struttura Semplice)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 1999

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 1998 e sono terminati nel 1999
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, frigorifero, filodiffusione, lettore DVD
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 135 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 16/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE DI GALLIATE
AO UNIVERSITARIA MAGGIORE CARITÀ NOVARA

Codice: 207

PIEMONTE – ASL NO DI NOVARA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cottolengo, 2 - 28066 - Galliate (NO)
Telefono: 0321-805400 / 805343
Fax: 0321-805060
E-mail: curepalliative@maggioreosp.novara.it ; aurelio.prino@maggioreosp.novara.it
Web:
Responsabilità legale: Claudio Macchi (Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore Novara)
Responsabile medico: Amedeo Riccetti
Responsabile infermieristico: Anna Martinelli
Altro referente: Aurelio Prino (direttore hospice e UOCP)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Ospedaliera Universitaria e Associazione)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

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

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 14/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO DI GATTINARA ASL VC

Codice: 244

PIEMONTE – ASL VC DI VERCELLI

Dati anagrafici

Indirizzo: Corso Vercelli, 159 - 13045 - Gattinara (VC)
Telefono: 0163-822610
Fax: 0163-822306
E-mail: rianimazione.vercelli@asl11.piemonte.it
Web:
Responsabilità legale: Mauro Barabino (ASL VC di Vervelli)
Responsabile medico: Giorgio Delzanno
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (n. posti letto non disponibile)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE SAN ROCCO
ASL VCO

Codice: 245

PIEMONTE – ASL VCO DI VERBANO-CUSIO-OSSOLA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via alla Bolla, 2 - 28921 - Verbania (VB)
Telefono: 0323-516161 / 401270
Fax: 0323-407807
E-mail: oncovco@hotmail.com ; sanrocco@seniorservice.it
Web:
Responsabilità legale: Ezio Robotti (ASL VCO di Verbano Cusio Ossola)
Responsabile medico: Sergio Cozzi
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

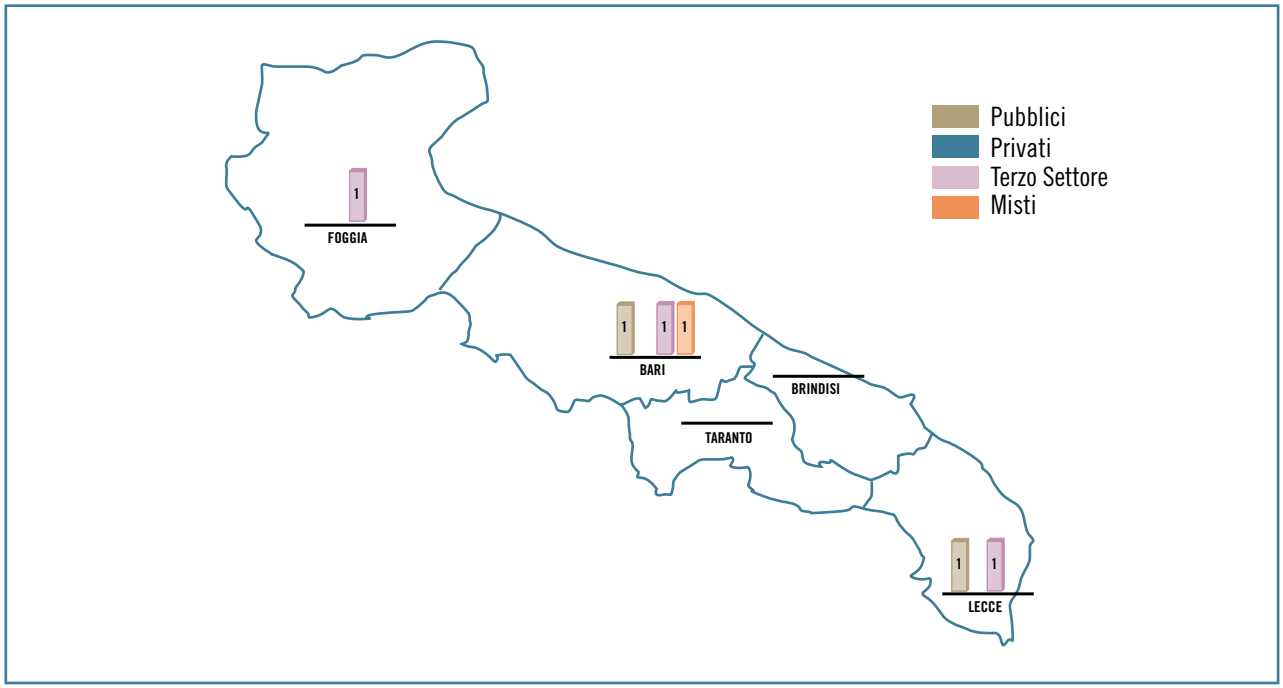
Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

PUGLIA

Popolazione residente: 4.079.702
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Puglia **a giugno 2009 risultavano operativi 6 hospice**, di cui 2 pubblici, 3 del Terzo Settore e uno a gestione mista pubblico/privato, **per un totale di 96 posti letto**. L'attuale offerta del territorio regionale risulta pari **a 0,24 posti letto in hospice ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 20 - Puglia: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 71 - Puglia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
AUSL BARI	3	46	1	8			1	30	1	8	1.252.249	0,37
AUSL BAT											390.925	-
AUSL BRINDISI											402.891	-
AUSL FOGGIA	1	12					1	12			640.498	0,19
AUSL LECCE	2	38	1	8			1	30			812.658	0,47
AUSL TARANTO											580.481	-
TOTALE	**6**	**96**	**2**	**16**			**3**	**72**	**1**	**8**	**4.079.702**	**0,24**

La programmazione regionale prevede un'azione piuttosto incisiva, la cui attuazione dovrebbe portare nei prossimi anni la Puglia ad attivare 9 nuovi hospice, di cui 3 diventeranno presumibilmente operativi entro la fine del 2010, per un totale di 36 posti letto, e 6 dovrebbero essere attivati solo dopo il 2010, per 60 posti letto. In base a quanto programmato, l'offerta sanitaria regionale salirebbe a 0,47 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Tav. 72 - Puglia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
AUSL BARI	4	54	3	46	1	8			1.252.249	0,43
AUSL BAT	2	32			1	20	1	12	390.925	0,82
AUSL BRINDISI	3	24					3	24	402.891	0,60
AUSL FOGGIA	3	36	1	12	1	8	1	16	640.498	0,56
AUSL LECCE	2	38	2	38					812.658	0,47
AUSL TARANTO	1	8					1	8	580.481	0,14
TOTALE	**15**	**192**	**6**	**96**	**3**	**36**	**6**	**60**	**4.079.702**	**0,47**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Il **Piano regionale della salute 2008-2010**, approvato con **LR n. 23 del 19 settembre 2008**, fa proprio il modello organizzativo delle Unità Operative di Cure Palliative e definisce la programmazione di una rete di cure palliative pediatriche. Di particolare rilevanza è la distinzione che la regione mantiene tra le cure palliative e la terapia del dolore, che va comunque programmata e finanziata.
La legge prevede altresì la creazione dell'Osservatorio regionale per lo sviluppo delle cure palliative, costituito in un secondo momento con **dgr n. 545 del 7 aprile 2009**. L'Osservatorio commenta i Piani Attuativi Locali (PAL), definisce il regime di accreditamenti, effettua il monitoraggio delle attività della rete e dell'attuazione del programma, ne elabora i dati e compie valutazioni, formula protocolli di intervento sanitario e di comunicazione con le famiglie dei pazienti, provvede alla formazione del personale, coordina i soggetti della rete.

Con riferimento all'autorizzazione e all'accreditamento degli hospice, è entrata in vigore la **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, però, non sono individuati requisiti specifici per le strutture residenziali di cure palliative.
La normativa su questo tema è stata successivamente specificata dal **Regolamento regionale n. 3 del 13 gennaio 2005**, che elenca i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari, e aggiornata dalla **LR n. 26 del 9 agosto 2006**.

Sempre con riferimento agli hospice e per quanto riguarda la tariffazione, la **dgr n. 1365 del 3 settembre 2004** "Determinazione tariffe Hospice", ha stabilito in euro 196,22 la tariffa giornaliera.

Il primo provvedimento legislativo che ha visto la regione adeguarsi alla Legge 39/99 è stato la **dgr n. 1299 del 17 ottobre 2000**, con la quale la Giunta 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 39/99 erogati per la loro realizzazione.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
285	Delibera della Giunta Regionale n. 900 del 25 marzo 2010	Istituzione Centro di riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche	Viene dato mandato all'AO Università Policlinico di Bari per l'istituzione c/o l'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" della Unità Semplice "Centro di riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche"	Programmazione, organizzazione, formazione per le Cure Palliative Pediatriche
261	Deliberazione della Giunta Regionale n. 545 del 7 aprile 2009	Costituzione Osservatorio Regionale per lo sviluppo delle Cure palliative	L'Osservatorio commenta i Piani Attuativi Locali (PAL), definisce il regime di accreditamenti, effettua il monitoraggio delle attività della rete e dell'attuazione del programma, ne elabora i dati e compie valutazioni, formula protocolli di intervento sanitario e di comunicazione con le famiglie dei pazienti, provvede alla formazione del personale, coordina i soggetti della rete.	programmazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
254	Legge Regionale n. 23 del 19 settembre 2008	Piano regionale di salute 2008-2010	Viene assunto il modello organizzativo dell'UOCP e programmata una rete di cure palliative pediatriche. Si prevede la creazione dell'Osservatorio regionale di cure palliative. In particolare, il documento distingue le cure palliative dalla terapia del dolore, da organizzare e supportare.	rete cure palliative
260	Legge regionale n. 26 del 9 agosto 2006 - Titolo II - art. 12	Interventi in materia sanitaria	Vengono apportate delle modifiche alla L.R. n. 8/2004	autorizzazione e accreditamento
259	Regolamento regionale n. 3 del 13 gennaio 2005	Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle Strutture sanitarie	Elenca i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie.	autorizzazione e accreditamento
112	Legge Regionale 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	La legge regionale è da ritenersi la fonte per la definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, nonostante non siano prescritti requisiti specifici per gli hospice	autorizzazione e accreditamento
111	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1365 del 3 settembre 2004	Determinazione tariffe hospice	Stabilisce in euro 196,22 la tariffa giornaliera da corrispondere agli hospice	tariffazione
110	Deliberazione della Giunta Regionale n. 551 del 17 aprile 2003	D.M.S. 28 settembre 1999. Programma regionale di completamento per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative. Approvazione. Modifica dgr n. 1980 del 3/12/02.	Sono inseriti alcuni aggiornamenti al dgr n. 1980 del 3 dicembre 2002	finanziamenti
109	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1980 del 3 dicembre 2002	Programma regionale di completamento per la realizzazione di centri di cure palliative	Viene fissato 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.	finanziamenti
108	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1299 del 17 ottobre 2000	Programma per la rete delle cure palliative in Puglia	Viene esplicitata la necessità di realizzare centri residenziali per le cure palliative ed è stato definito 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 risulti in sinergia con le reti di solidarietà sociale e con i soggetti impegnati nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Nel Programma si sottolinea inoltre in modo chiaro l'importante ruolo del Terzo Settore.	rete cure palliative

HOSPICE AURELIO MARENA
FONDAZIONE "OPERA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO" ONLUS

Codice: 180

PUGLIA – AUSL BARI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Filieri, nc - 70032 - Bitonto (BA)
Telefono: 080-3770077
Fax: 080-3770078
E-mail: direttore.hospice@santimedici.org ; fondazione@santimedici.org
Web: www.hospicemarena.it
Responsabilità legale: Don Francesco Savino (Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano" onlus - Bitonto)
Responsabile medico: Tommaso Fusaro
Responsabile infermieristico: Grazia Vacca
Altro referente: Anna Cannone (direttore generale)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Fondazione di diritto privato ad ispirazione religiosa)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (30 posti letto in 30 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 20 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 06/07/2009 e validato dal Segretario Generale della Fondazione
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO 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:
Responsabilità legale: Alessandro Calasso (AUSL Bari)
Responsabile medico: Luca Savino
Responsabile infermieristico: Teresa Ugenti
Altro referente: Sergio Massenio (direttore medico PO Unico (Altamura, Grumo, Gravina, Santeramo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (8 posti letto in 8 camere singole, di cui 6 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 04/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE SAN CAMILLO
AUSL BARI

Codice: 116

PUGLIA – AUSL BARI

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Aldo Moro, 102 - 70043 - Monopoli (BA)
Telefono: 080-4149446
Fax: 080-4050965
E-mail: antonio_conversano@libero.it ; direttore.sanitario@asl.bari.it
Web:
Responsabilità legale: Alessandro Calasso (AUSL BARI)
Responsabile medico: Antonio Conversano
Responsabile infermieristico: Maria Tanese
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2005 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (8 posti letto in 8 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: attualmente sono operativi 6 posti letto. Vi sono 2 nuovi posti letto che dovrebbero diventare operativi nei prossimi mesi.
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (5 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 180 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 21/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dal Ministero della Salute, dalla regione e dell'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE DON UVA CONGREGAZIONE ANCELLE DELLA DIVINA PROVVIDENZA

Codice: 114

PUGLIA – AUSL FOGGIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lucera, 110 - 71100 - Foggia (FG)
Telefono: 0881-715125 / 715231
Fax: 0881-715108
E-mail: michele.totaro@nfinito.it
Web:
Responsabilità legale: Suor Marcella Cesa (Congregazione Ancelle Divina Provvidenza - Bisceglie)
Responsabile medico: Michele Totaro
Responsabile infermieristico: Rachele Carbonaro
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 10 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE CASA DI BETANIA
PIA FONDAZIONE DI CULTO E RELIGIONE CARDINALE G. PANICO

Codice: 181

PUGLIA – AUSL LECCE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Pio X, 4 - 73039 - Tricase (LE)
Telefono: 0833-544104
Fax:
E-mail: direzionegenerale@piafondazionepanico.it ; direzionesanitaria@piafondazionepanico.it
Web:
Responsabilità legale: Suor Margherita Bramato (Azienda Ospedaliera Pia Fondazione di Culto e Religione Cardinale G. Panico - Tricase)
Responsabile medico: Aldo Cafarelli
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: religiosa (Ente ospedaliero religioso classificato)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2007 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (30 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Questionario compilato il 11/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

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: villa.olga@virgilio.it ; hospice.sancesario@libero.it
Web:
Responsabilità legale: Guido Scoditti (AUSL Lecce)
Responsabile medico: Vincenzo Lucio Caroprese
Responsabile infermieristico: Maria Luisa Stefanizzi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

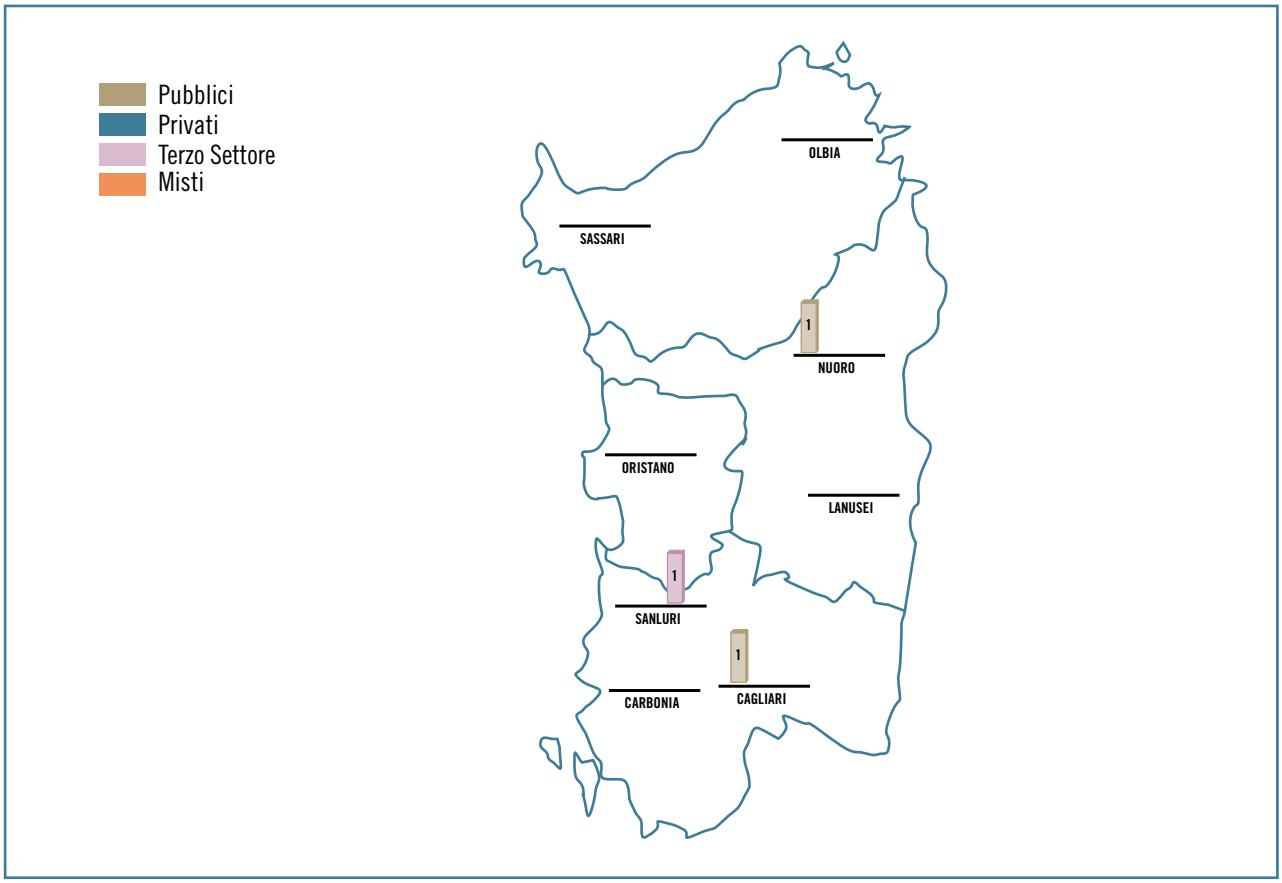
Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

SARDEGNA

Popolazione residente: 1.671.001
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Sardegna **a giugno 2009 risultavano operativi 3 hospice**, di cui 2 a gestione pubblica e 1 gestito da una organizzazione del Terzo Settore, per un totale di **33 posti letto, che posizionano l'offerta regionale a 0,20 posti letto ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 21 - Sardegna: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 73 - Sardegna: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL 1 DI SASSARI											336.451	-
ASL 2 DI OLBIA											154.319	-
ASL 3 DI NUORO	1	10	1	10							161.444	0,62
ASL 4 DI LANUSEI											58.097	-
ASL 5 DI ORISTANO											167.295	-
ASL 6 DI SANLURI	1	5					1	5			103.020	0,49
ASL 7 DI CARBONIA											130.555	-
ASL 8 DI CAGLIARI	1	18	1	18							559.820	0,32
TOTALE	**3**	**33**	**2**	**28**			**1**	**5**			**1.671.001**	**0,20**

La programmazione regionale prevede la realizzazione di 2 nuovi hospice, nei territori dell'Azienda sanitaria di Sassari e di Carbonia, per ulteriori 25 posti letto complessivi. Tali hospice potrebbero presumibilmente diventare operativi nel corso del biennio 2009-2010.

Tav. 74 - Sardegna: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 DI SASSARI	1	15			1	15			336.451	0,45
ASL 2 DI OLBIA									154.319	-
ASL 3 DI NUORO	1	10	1	6*					161.444	0,62
ASL 4 DI LANUSEI									58.097	-
ASL 5 DI ORISTANO									167.295	-
ASL 6 DI SANLURI	1	5	1	5					103.020	0,49
ASL 7 DI CARBONIA	1	10			1	10			130.555	0,77
ASL 8 DI CAGLIARI	1	18	1	18					559.820	0,32
TOTALE	**5**	**58**	**3**	**33**	**2**	**25**			**1.671.001**	**0,35**

* Presso l'Hospice c/o Ospedale Zonchello - ASL 3 Nuoro sono attivi 6 p.l. dei 10 accreditati.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Gli ultimi indirizzi legislativi della regione Sardegna hanno riguardato principalmente l'aspetto terapeutico delle cure palliative. Da una parte la **Determinazione della Direzione generale della Sanità n. 1223 del 22 dicembre 2008** ha stabilito le linee guida per il trattamento del dolore oncologico. Dall'altra la dgr n. 10/43 del 11 febbraio 2009 ha dettato le linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita, che garantiscono l'integrazione degli interventi sanitari e sociali e una globale e continua presa in cura del paziente. La delibera comprende due allegati:

- nel primo sono delineate le scelte strategiche e i percorsi clinici diagnostico-terapeutici e assistenziali nelle diverse fasi evolutive della malattia;
- nel secondo sono definiti 4 protocolli: per le persone con SLA e/o in ventilazione assistita con disabilità motoria, per le persone con insufficienza respiratoria in ventilazione non invasiva, per le persone con insufficienza respiratoria in ventilazione invasiva, e per le persone con disfagia e disartria (nutrizione enterale).

Il sistema dedicato alle cure palliative si è strutturato attraverso la creazione, approvata col **Decreto dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale n. 22 del 25 luglio 2008 e revisionata col n. 12 dell'8 giugno 2009**, di un gruppo tecnico con funzioni consultive e di supporto all'elaborazione di proposte in merito agli obiettivi relativi all'assistenza di pazienti che necessitano di cure palliative.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle strutture dedicate alle cure palliative, negli ultimi anni la regione ha costantemente provveduto a creare riferimenti normativi.

- Con la **dgr n. 71/18 del 16 dicembre 2008** ha approvato gli "Indirizzi in materia di Centri residenziali per le cure palliative" con l'intenzione di potenziare e qualificare i servizi offerti dalla rete cure palliative attraverso l'incremento dei posti letto; si intende coinvolgere, a questo proposito, soprattutto le strutture pubbliche, in modo da garantire la continuità dell'assistenza. Nel relativo allegato sono specificati i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, i parametri di fabbisogno per le prestazioni di hospice ed il relativo sistema di remunerazione, le modalità di presa in carico dei malati e le procedure per assicurare la continuità dell'assistenza degli stessi tra i diversi nodi della rete delle cure palliative.
- Con la **dgr n. 51/49** del 20 dicembre 2007 "Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate" la regione ha assegnato alle Asl 5 milioni di Euro per il potenziamento dei servizi di cure domiciliari.
- Con la **LR n. 10 del 21 luglio 2006** ha stabilito i criteri per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività per le strutture sanitarie pubbliche e private, nonché i requisiti e le procedure per l'accreditamento delle strutture autorizzate, collocati nel quadro di un complessivo e più ampio riordino del Servizio Sanitario Regionale.
- Con la **dgr n. 25/6 del 13 giugno 2006** ha definito le linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati per la definizione del fabbisogno e il conseguente rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove RSA.

L'offerta delle cure palliative è definita nel Piano Sanitario Regionale 2006-2008, che prevede la realizzazione di tre hospice, ma è stata ulteriormente specificata dalla **dgr n. 53/9 del 9 ottobre 2008**, con la quale la regione ha approvato il Piano di risanamento e di riqualificazione. Tale piano prevede la realizzazione di un modulo destinato all'assistenza di 15 malati terminali, interno alle RSA, denominato Centro per le cure palliative.
In particolare, nel **Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008** 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[35] (ODC) le strutture più idonee per realizzare l'integrazione ospedale-territorio, in particolare anche per i pazienti terminali bisognosi

[35] 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 ad elevata complessità medico-specialistica. Per approfondimenti si veda il Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008.

di cure palliative per i quali non risulterebbe appropriato né il ricovero ospedaliero ordinario né l'assistenza domiciliare.
Tra i primi provvedimenti normativi che la regione ha adottato, infine, si ricorda la **dgr n. 6/6 dell'8 febbraio 2001** con la quale la regione ha approvato il *"Programma di interventi per le cure palliative – DM del 28 settembre 1999"*, allineandosi a quanto previsto dalla normativa nazionale. Poco dopo, la **dgr n. 17/15 del 30 maggio 2002** ha provveduto ad allocare i finanziamenti 2000-2002 per il completamento del *"Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative"*.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
269	Decreto dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale n. 12 dell'8 giugno 2009	Revisione del gruppo tecnico per le cure palliative	Stabilisce la nuova composizione del gruppo tecnico	cure palliative/terapia del dolore
125	Allegato n. 2 alla Deliberazione n. 10/43 del 11 febbraio 2009	Protocolli di cura e assistenza per le persone con SLA e/o in ventilazione assistita	Si tratta di 4 protocolli: per le persone con SLA e/o in ventilazione assistita con disabilità motoria, per le persone con insufficienza respiratoria in ventilazione non invasiva, per le persone con insufficienza respiratoria in ventilazione invasiva, e per le persone con disfagia e disartria (nutrizione enterale)	cure palliative/terapia del dolore non in oncologia
124	Allegato n. 1 alla Deliberazione n. 10/43 del 11 febbraio 2009	Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita	Definisce le scelte strategiche e i percorsi clinici diagnostico-terapeutici e assistenziali nelle diverse fasi evolutive della malattia	cure palliative/terapia del dolore non in oncologia
123	Deliberazione della Giunta Regionale n. 10/43 del 11 febbraio 2009	Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita	Le linee di indirizzo garantiscono l'integrazione degli interventi sanitari e sociali e una globale e continua presa in cura del paziente	cure palliative/terapia del dolore non in oncologia
122	Determinazione della Direzione generale della Sanità n. 1223 del 22 dicembre 2008	Adozione linee guida per il trattamento del dolore oncologico.		cure palliative/terapia del dolore in oncologia
121	Deliberazione della Giunta Regionale n. 53/9 del 9 ottobre 2008	Fondazione San Giovanni Battista di Ploaghe. Piano di risanamento e di riqualificazione delle attività	Sancisce il commissariamento dell'IPAB Fondazione San Giovanni Battista di Ploaghe e il relativo piano di risanamento e di riqualificazione delle attività, tra cui anche la cura dei pazienti terminali.	rete cure palliative
120	Allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale 71/18 del 16 dicembre 2008	Indirizzi in materia di Centri residenziali per le cure palliative	Sono approvati i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, i parametri di fabbisogno per le prestazioni di hospice ed il relativo sistema di remunerazione, le modalità di presa in carico dei malati e le procedure per assicurare la continuità dell'assistenza degli stessi tra i diversi nodi della rete delle cure palliative	modello assistenziale (hospice), tariffazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
119	Deliberazione della Giunta Regionale n. 71/18 del 16 dicembre 2008	Indirizzi in materia di Centri residenziali per le cure palliative	La regione stabilisce il fabbisogno regionale, i criteri e le modalità di accesso, i requisiti minimi, le tariffe e gli indicatori e gli standard di assistenza. Al fine di garantire la continuità nell'assistenza, sono privilegiate le strutture pubbliche.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
118	Decreto dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale n. 22 del 25 luglio 2008	Istituzione del gruppo tecnico per le cure palliative.	Istituisce il gruppo tecnico per le cure palliative, con funzioni consultive e di supporto all'elaborazione di proposte in merito agli obiettivi relativi all'assistenza di pazienti che necessitano di cure palliative	cure palliative/terapia del dolore
286	Deliberazione del Consiglio regionale 51/49 del 20 dicembre 2007	Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate Assegnazione alla Aziende Sanitarie locali di Euro 5 milioni per il potenziamento del servizio	Definizione dei livelli di assistenza domiciliare integrati con definizione di 3 livelli. Definizione dei finanziamenti per il potenziamento della rete	assistenza domiciliare
126	Deliberazione del Consiglio Regionale del 19 gennaio 2007	Piano Sanitario della Sardegna 2006-08	La regione esplicita, 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".	programmazione
117	Deliberazione della Giunta Regionale n. 34/26 del 2 agosto 2006	Programma di investimenti per il completamento di opere di edilizia sanitaria già avviate e per l'ammodernamento tecnologico dei presidi del Servizio Sanitario Regionale		programmazione

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
116	Deliberazione della Giunta Regionale n. 25/6 del 13 giugno 2006	Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati	Prevede un percorso per la definizione del fabbisogno di RSA e di Centri diurni integrati al termine del quale si potrà pervenire a una definitiva programmazione del settore e, in particolare, della dotazione di posti letto in RSA. Fino alla conclusione di tale percorso, è sospeso il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove Residenze sanitarie assistenziali.	programmazione
115	Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006	Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5.	In esso sono contenuti 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.	autorizzazione e accreditamento
114	Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/15 del 30 maggio 2002		Provvede ad allocare i finanziamenti 2000-02 per il completamento del "Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative".	finanziamenti, rete cure palliative
113	Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/6 dell'8 febbraio 2001	Programma di interventi per le cure palliative – DM del 28 settembre 1999	Con il decreto si è inteso allinearsi a quanto previsto dalla normativa nazionale	rete cure palliative

HOSPICE c/o OSPEDALE ZONCHELLO
ASL 3 NUORO

Codice: 105

SARDEGNA – ASL 3 DI NUORO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Sardegna - 08100 - Nuoro (NU)
Telefono: 0784-240770
Fax: 0784-240783
E-mail: hzhospice@aslnuoro.it
Web:
Responsabilità legale: Antonio Onorato Succu
Responsabile medico: Salvatore Salis
Responsabile infermieristico: Giovanna Casula
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 10 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: ad oggi sono operativi 6 posti letto, in attesa che siano resi operativi tutti i 10 posti letto previsti dalla programmazione.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 25 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 05/08/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE FONDAZIONE "GUSPINI PER LA VITA" ONLUS

Codice: 321

SARDEGNA – ASL 6 DI SANLURI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Santa Maria, 292 - 09036 - Guspini (VS)
Telefono: 070-976161
Fax: 070-97616202
E-mail: guspiniperlavita@tiscali.it
Web: www.guspiniperlavita.it/hospice.asp
Responsabilità legale: Tarcisio Agus (Fondazione "Guspini per la Vita" onlus, di cui il Comune di Guspini è socio fondatore)
Responsabile medico: Luca Ferreli
Responsabile infermieristico: Ennio Pilleri
Altri referenti:

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 10 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/08/2009 e validato dal Responsabile del servizio infermieristico
Hospice confermato dal referente SICP
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o PRESIDIO OSPEDALIERO BUSINCO DI CAGLIARI
ASL 8 CAGLIARI

Codice: 104

SARDEGNA – ASL 8 DI CAGLIARI

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Jenner, 1 - 09121 - Cagliari (CA)
Telefono: 070-6095149 / 6095259 / 6095266
Fax: 070-504208 / 070-6095260
E-mail: ritachessa@asl8cagliari.it – emiliolai@asl8cagliari.it
Web:
Responsabilità legale: Emilio Simeone
Responsabile medico: Emilio Lai
Responsabile infermieristico: Rita Chessa
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: territoriale
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (18 posti letto in 18 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
Carta dei servizi: non disponibile
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Hospice confermato dal Ministero della Salute, dalla regione e dell'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

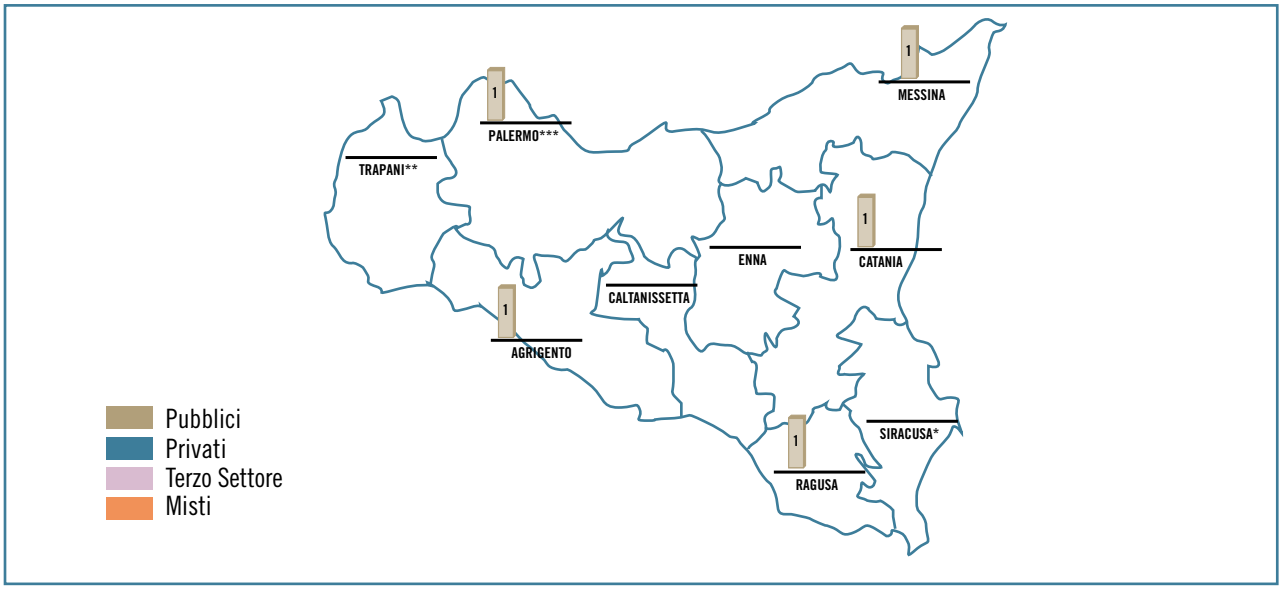
SICILIA

Popolazione residente: 5.037.799
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Sicilia **a giugno 2009 risultavano operativi 5 hospice**, tutti a gestione pubblica[36]. Tali strutture garantiscono **51 posti letto, pari a 0,10 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

Per integrare l'offerta regionale, la regione ha previsto la realizzazione di altri 9 hospice per 106 posti letto complessivi, che potrebbero essere attivati entro la fine del 2010 e aumenterebbero l'offerta a 157 posti letto, ovvero 0,31 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Fig. 22 - Sicilia: Hospice già operativi a giugno 2009 per territorio di riferimento e tipo di gestione



Nella Cartina non sono presenti i seguenti hospice perché diventati operativi dopo il 30/06/09 (si veda Capitolo 5.2)
* In data 6/10/2009 è stato inaugurato ed è attualmente operativo con 8 p.l. l'Hospice dell'A.O. Umberto I di Siracusa
** In data 11/1/2010 è stato attivato con 10 p.l. l'Hospice dell'AUSL 9 di Trapani
*** In data 26/08/2009 è stato inaugurato ed è attualmente operativo con 10 p.l. sui 20 p.l. previsti l'Hospice del Presidio Ospedaliero Pisani della AUSL 6 di Palermo

[36] Si sottolinea che l'hospice di Palermo è stato formalmente considerato a gestione pubblica, ma per consentire un'adeguata omogeneità classificatoria ed una confrontabilità dei dati elaborati rispetto agli altri hospice, nell'analisi è stato considerato come se fosse "a gestione mista", poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe.

Tav. 75 - Sicilia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per territorio di riferimento e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Territorio di riferimento	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
AGRIGENTO	1	10	1	10							448.913	0,22
CALTANISSETTA											272.289	-
CATANIA	1	12	1	12							1.084.977	0,11
ENNA											176.943	-
MESSINA	1	7	1	7							651.173	0,11
PALERMO *	1	14	1	14							1.250.850	0,11
RAGUSA	1	8	1	8							313.901	0,25
SIRACUSA											402.840	-
TRAPANI											435.913	-
TOTALE	**5**	**51**	**5**	**51**							**5.037.799**	**0,10**

* L'hospice di Palermo è stato formalmente considerato a gestione pubblica, ma per consentire un'adeguata omogeneità classificatoria ed una confrontabilità dei dati elaborati rispetto agli altri hospice, nell'analisi è stato considerato come se fosse "a gestione mista", poiché vi è un ente del Terzo Settore che è coinvolto nella gestione fornendo parte degli operatori assistenziali dell'équipe.

Tav. 76 - Sicilia: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Territorio di riferimento	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
AGRIGENTO	1	10	1	10					448.913	0,22
CALTANISSETTA	2	28			2	28			272.289	1,03
CATANIA	2	22	1	12	1	10			1.084.977	0,20
ENNA	1	10			1	10			176.943	0,57
MESSINA	2	17	1	7	1	10			651.173	0,26
PALERMO	2	34	1	14	1	20			1.250.850	0,27
RAGUSA	2	18	1	8	1	10			313.901	0,57
SIRACUSA	1	8			1	8			402.840	0,20
TRAPANI	1	10			1	10			435.913	0,23
TOTALE	**14**	**157**	**5**	**51**	**9**	**106**			**5.037.799**	**0,31**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La regione Sicilia ha recentemente affrontato una riorganizzazione strutturale, avviata con il **Decreto assessoriale n. 1150 del 15 giugno 2009**, sulle procedure e modalità di controllo gestionale per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale. Il decreto prende in considerazione nello specifico, tra l'altro, le esigenze di pazienti acuti e lungo-degenti.

Il numero di posti letto disponibili e le tariffe giornaliere sono state ultimamente ridefinite mediante il **Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 837/09 dell'8 maggio 2009**, il quale prevede l'istituzione di un coordinamento

operativo regionale per le cure palliative, col compito di monitorare e governare i servizi della rete. L'allegato A del decreto:

- traccia gli elementi costitutivi della rete delle cure palliative e ne delinea gli obiettivi;
- prevede la creazione di unità valutative multidimensionali;
- stabilisce i criteri di accesso ai livelli assistenziali, le tariffe e i requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi;
- prevede dei moduli formativi per il personale.

L'organizzazione della rete per le cure palliative è stata interessata altresì dal **Decreto assessoriale n. 16576 agosto 2007**, col quale è stato approvato l'Accordo attuativo del Piano previsto dalla legge finanziaria del 2005 e del Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale.

In passato, la regione Sicilia aveva provveduto ad ordinare legislativamente i servizi sanitari e socio-sanitari per i malati terminali prima dell'approvazione della Legge 39/99. Infatti, 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 abitanti. La stessa legge regionale ha individuato nei settori del Terzo Settore e del volontariato interlocutori privilegiati a supporto della sanità pubblica.

Hanno fatto seguito alla succitata legge numerosi atti normativi. Lo stesso **Piano Sanitario Regionale (PSR) 2000-2002**, pubblicato con **Decreto Presidenziale dell'11 maggio 2000**, individua, tra gli *"obiettivi regionali di salute"*, lo sviluppo delle cure palliative e dell'ospedalizzazione domiciliare. In particolare il PSR prevede che in ogni azienda territoriale venga costituita almeno una *Unità di valutazione palliativa*[37] e che in ogni provincia sia organizzata una rete assistenziale coordinata da *Dipartimenti interaziendali misti ospedale-territorio* che operino in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale.

Nello stesso anno 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 2 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 ed organizzativi minimi previsti dal DPCM 20 gennaio 2000;

[37] Il 4 ottobre 1999 l'Assessorato della sanità ha disposto l'attivazione della rete regionale di assistenza ai pazienti in fase terminale, ed 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 si veda il Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2000-2002.

- 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.

Il Programma predispone infine un preciso schema tariffario in funzione dei vari livelli assistenziali:

- ricovero in Hospice ospedaliero: tariffa di Lire 390.000 per ogni degenza giornaliera (201,4 euro);
- tariffa aggiuntiva per l'accompagnatore: Lire 15.000 giornaliere (7,7 euro);
- assistenza domiciliare di II livello: Lire 140.000 (72,3 euro) nella misura pari al 50% della tariffa di day hospital medico;
- prestazioni ambulatoriali: remunerate secondo quanto stabilito dal **Decreto del 22 luglio 1996, dal Decreto n. 24059 dell'11 dicembre 1997** e dalle successive modifiche;
- day Hospital: remunerate secondo quanto stabilito dal **Decreto n. 17273 del 7 novembre 1995**.

Si ricorda, infine, il **Decreto n. 36658 del 5 dicembre 2001** con il quale la regione ha approvato le "Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative".

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
255	Decreto assessoriale n. 1150 del 15 giugno 2009	Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale. Procedure e modalità di controllo gestionale	Si tiene in considerazione la riorganizzazione che il sistema deve affrontare anche alla luce delle esigenze di pazienti acuti e lungo-degenti.	rete cure palliative
229	Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 837 dell'8 maggio 2009	Allegato A	Traccia gli elementi costitutivi della rete delle cure palliative e ne delinea gli obiettivi; prevede la creazione di unità valutative multidimensionali; stabilisce i criteri di accesso ai livelli assistenziali, le tariffe e i requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi; prevede dei moduli formativi per il personale	rete cure palliative
228	Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 837 dell'8 maggio 2009	Nuova organizzazione della rete di cure palliative in Sicilia	Definisce il numero di posti letto disponibili e le tariffe giornaliere (220 euro giornaliere per hospice, comprensive di tariffa per l'accompagnatore, e 60 euro giornaliere per ADI); prevede l'istituzione di un coordinamento operative regionale per le cure palliative, col compito di monitorare e governare i servizi della rete	rete cure palliative, tariffazione
134	Decreto assessoriale n. 1657 del 6 agosto 2007	Approvazione dell'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e del Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale.		programmazione

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
133	Decreto n. 36658 del 5 dicembre 2001	Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative		rete cure palliative, finanziamenti
132	Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 32881 del 9 ottobre 2000	Approvazione del programma regionale per la realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata e terminale	Sono identificati due livelli assistenziali: uno domiciliare e uno integrato tra assistenza domiciliare e residenziale. Per quanto riguarda gli hospice, il Programma privilegia la collocazione degli hospice all'interno della rete sanitaria ospedaliera; fa propri i requisiti 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. Il Programma predispone infine un preciso schema tariffario in funzione dei vari livelli assistenziali	modello assistenziale (UOCP), rete cure palliative, tariffazione
131	Decreto assessoriale n. 31372 del 20 marzo 2000	Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche connesse all'assistenza ai malati in fase avanzata e terminale	Istituisce 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	cure palliative/ terapia del dolore, rete cure palliative, finanziamenti
130	Decreto Presidenziale dell'11 maggio 2000	Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2000-02	Individua, tra gli "obiettivi regionali di salute", lo sviluppo delle cure palliative e dell'ospedalizzazione domiciliare. In particolare il PSR prevede che in ogni azienda territoriale venisse costituita almeno una unità di valutazione palliativa 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	programmazione
129	Decreto n. 24059 del 11 dicembre 1997	Elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio sanitario regionale e relative tariffe	Stabilisce le remunerazioni delle prestazioni ambulatoriali	tariffazione, modello assistenziale (day hospice)

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
128	Legge Regionale n. 26 del 6 aprile 1996		Prevede 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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
127	Decreto n. 17273 del 7 novembre 1995		Stabilisce le remunerazioni dei day hospital.	tariffazione, modello assistenziale (day hospice)

HOSPICE CLINICA DEL DOLORE "GIOVANNI PAOLO II" ASP 1 DI AGRIGENTO

Codice: 103

SICILIA – AGRIGENTO

Dati anagrafici

Indirizzo: Contrada Consolida - 92100 - Agrigento (AG)
Telefono: 0922-442323/22/20
Fax: 0922-442321
E-mail: geraldoalongi@alice.it
Web: http://www.agrigento-hospital.it/hospice.htm
Responsabilità legale: Salvatore Olivieri (ASP 1 di Agrigento)
Responsabile medico: Geraldo Alongi
Responsabile infermieristico: Giusy Mallia
Altro referente: Calogero Maligno, Paola Toscano (dirigenti medici)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (10 posti letto in 9 camere, di cui 1 doppia e 8 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE GIOVANNI PAOLO II
AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS GARIBALDI
S. LUIGI CURRÒ ASCOLI TOMASELLI DI CATANIA

Codice: 100

SICILIA – CATANIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Palermo, 636 - 95100 - Catania (CT)
Telefono: 095-7598541
Fax: 095-7598564 / 095-7598572
E-mail: alaimo.angelo@libero.it ; f.mazzarino@tiscali.it
Web: http://xoomer.virgilio.it/hospicegaribaldi/index.html
Responsabilità legale: Angelo Pellicanò (ARNAS Garibaldi di Catania)
Responsabile medico: Angelo Alaimo
Responsabile infermieristico: Cinzia Sapienza
Altro referente: Francesco Mazzarino (responsabile Terapia del Dolore)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2005 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (12 posti letto in 12 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: 2 delle 12 camere hanno un letto matrimoniale per ospitare 2 familiari; 10 invece hanno un posto letto per un solo familiare.
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: servizio accreditato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, televisione, telefono, comodini multifunzionali, materasso antidecubito, scrivania, frigorifero, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE - A.O.U. POLICLINICO UNIVERSITARIO "G. MARTINO" DI MESSINA

Codice: 224

SICILIA – MESSINA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Consolare Valeria (Policlinico G. Martino, Padiglione H, 4 piano) - 98122 - Messina (ME)
Telefono: 090-22117058/59/60
Fax: 090-213231
E-mail: galtavilla@unime.it
Web:
Responsabilità legale: Giuseppe Pecoraro (Policlinico G. Martino di Messina)
Responsabile medico: Giuseppe Altavilla
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2005 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (7 posti letto)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 7 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 23/07/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE UNITÀ STRUTTURA COMPLESSA DI CURE PALLIATIVE AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS CIVICO E BENFRATELLI DI PALERMO

Codice: 102

SICILIA – PALERMO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Nicola Leotta, 4 - 90100 - Palermo (PA)
Telefono: 091-6664668
Fax: 091-6664605
E-mail: hospice@ospedalecivicopa.org ; gtrizzi@tin.it
Web: http://www.ospedalecivicopa.org/
Responsabilità legale: Dario Allegra (ARNAS Civico di Palermo)
Responsabile medico: Giorgio Trizzino
Responsabile infermieristico: Vita Pellicane
Altro referente: Roberto Gallina, Giovanni Graziano (dirigenti medici)

Dati generali

Tipologia di hospice: ospedaliero
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2005

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero, collegamento webcam
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 10 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/06/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE AZIENDA OSPEDALIERA OMPA DI RAGUSA ASP 7 DI RAGUSA

Codice: 220

SICILIA – RAGUSA

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza Ospedale Civile, 1 - 97100 - Ragusa (RG)
Telefono: 0932-600200
Fax: 0932-682210
E-mail: iacono@ospedaleragusa.it
Web: http://www.ospedaleragusa.it/
Responsabilità legale: Ettore Gilotta (ASP 7 di Ragusa)
Responsabile medico: Giovanni Occhipinti
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Ospedaliera)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (4 posti letto)
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

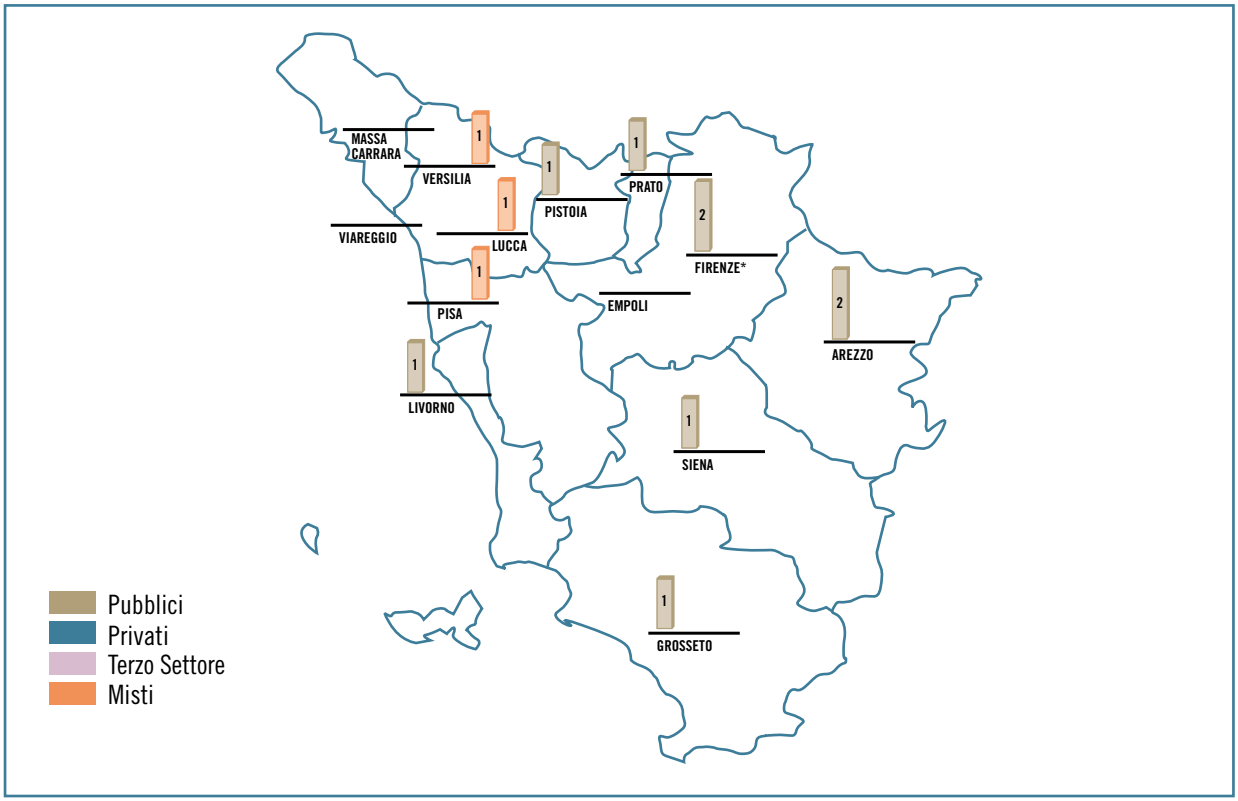
TOSCANA

Popolazione residente: 3.707.818
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

A.S. FIRENZE	HOSPICE CONVENTO DELLE OBLATE - ASF AZIENDA SANITARIA FIRENZE	316
A.S. FIRENZE	HOSPICE SAN FELICE A EMA - ASF AZIENDA SANITARIA FIRENZE	317
AUSL 2 LUCCA	HOSPICE SAN CATALDO C/O RSA L'ARCOBALENO DI MAGGIANO - AUSL 2 LUCCA	318
AUSL 3 PISTOIA	HOSPICE "LA LIMONAIA" DI LAMPORECCHIO - AUSL 3 PISTOIA	319
AUSL 4 PRATO	HOSPICE FIORE DI PRIMAVERA C/O RSA ROSA GIORGI DI PRATO - AUSL 4 PRATO	320
AUSL 5 PISA	HOSPICE DI PISA - AUSL 5 PISA	321
AUSL 6 LIVORNO	HOSPICE UNITÀ FUNZIONALE DI CURE PALLIATIVE C/O SPEDALI RIUNITI LIVORNO - AUSL 6 LIVORNO	322
AUSL 7 SIENA	HOSPICE C/O OSPEDALE VALDELSA DI POGGIBONSI LOC. CAMPOSTAGGIA - AUSL 7 SIENA	323
AUSL 8 AREZZO	HOSPICE SANTA MARIA ALLA GRUCCIA C/O OSPEDALE VALDARNO - AUSL 8 AREZZO	324
AUSL 8 AREZZO	HOSPICE VALDICHIANA - AUSL 8 AREZZO	325
AUSL 9 GROSSETO	HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI LENITERAPIA "ROBERTO CIABATTI" C/O OSP. MISERICORDIA - AUSL 9 GROSSETO	326
AUSL 12 VERSILIA	HOSPICE C/O VILLA IL CONTESSO - RSA PRIVATA	327

Nella regione Toscana **a giugno 2009 risultavano operativi 12 hospice**, di cui 9 pubblici e 3 a gestione mista pubblico/Terzo Settore. Questi 12 hospice operativi garantiscono un totale di **86 posti letto, pari a 0,23 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 23 - Toscana: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



* Nella ultima rilevazione di Aprile 2010 il Coordinatore Regionale SICP ha segnalato che il 31 gennaio 2010 è diventato operativo il 3° Hospice di Firenze, non inserito nella cartina in quanto attivato dopo il 30 Giugno 2009. Si veda Cap. 5.2.

Tav. 77 - Toscana: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASF - AZIENDA SANITARIA FIRENZE	2	23	2	23							813.077	0,28
AUSL 01 DI MASSA CARRARA											203.698	-
AUSL 02 DI LUCCA	1	7							1	7	221.999	0,32
AUSL 03 DI PISTOIA	1	6	1	6							290.596	0,21
AUSL 04 DI PRATO	1	7	1	7							246.034	0,28
AUSL 05 DI PISA	1	10							1	10	334.718	0,30
AUSL 06 DI LIVORNO	1	10	1	10							350.909	0,28
AUSL 07 DI SIENA	1	4	1	4							269.473	0,15
AUSL 08 DI AREZZO	2	5	2	5							346.324	0,14
AUSL 09 DI GROSSETO	1	6	1	6							225.861	0,27
AUSL 11 DI EMPOLI											236.928	-
AUSL 12 VERSILIA	1	8							1	8	168.201	0,48
TOTALE	**12**	**86**	**9**	**61**					**3**	**25**	**3.707.818**	**0,23**

La regione ha inoltre programmato l'attivazione di altri 9 hospice per 61 posti letto complessivi che dovrebbero diventare operativi entro il biennio 2009-2010. Tale programmazione porterebbe la Toscana ad offrire 0,40 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Tav. 78 - Toscana: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASF - AZIENDA SANITARIA FIRENZE	**3**	**33**	2	23	1	10			813.077	0,41
AUSL 01 DI MASSA CARRARA	**1**	**10**			1	10	0	0	203.698	0,49
AUSL 02 DI LUCCA	**2**	**12**	1	7	1	5			221.999	0,54
AUSL 03 DI PISTOIA	**1**	**14**	1	6		8			290.596	0,48
AUSL 04 DI PRATO	**1**	**7**	1	7					246.034	0,28
AUSL 05 DI PISA	**1**	**10**	1	10					334.718	0,30
AUSL 06 DI LIVORNO	**1**	**10**	1	10					350.909	0,28
AUSL 07 DI SIENA	**3**	**14**	1	4	2	10			269.473	0,52
AUSL 08 DI AREZZO *	**5**	**15**	2	5	3	10			346.324	0,43
AUSL 09 DI GROSSETO	**1**	**6**	1	6					225.861	0,27
AUSL 11 DI EMPOLI	**1**	**8**			1	8			236.928	0,34
AUSL 12 VERSILIA	**1**	**8**	1	8					168.201	0,48
TOTALE	**21**	**147**	**12**	**86**	**9**	**61**			**3.707.818**	**0,40**

** Si segnala che l'Azienda USL 8 DI AREZZO, per permettere una migliore accessibilità sul territorio ai servizi residenziali di cure palliative, ha pianificato la realizzazione di 5 piccoli moduli-hospice all'interno di altrettante strutture sanitarie già esistenti, con 2-3 posti letto ciascuno e rispettando i criteri ex DPCM 20/01/2000.*

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Negli ultimi anni, dal punto di vista normativo, la regione si è concentrata soprattutto sulla programmazione degli hospice e sulla loro organizzazione interna. Sono stati dunque approvati:

- il **Piano sanitario 2008-2010** (**dcg n. 53 del 16 luglio 2008**), che aveva previsto la realizzazione di 18 strutture residenziali per pazienti terminali per un totale 170 posti letto, più 8 posti letto in day hospice (rapporto di 0,47 posti letto per 10000 abitanti). Tale programmazione ha poi subito alcuni aggiustamenti in base alle varie esigenze specifiche territoriali;
- la **dgr n. 143 del 25 febbraio 2008** "Attivazione dei centri residenziali di cure palliative - Hospice: indirizzi e assegnazione finanziaria";
- la **dgr n. 467 del 25 giugno 2007**, un documento in materia di strutture residenziali di cure continue e ad alta complessità assistenziale.

Si rileva che, in base al Piano Sanitario, per i pazienti non oncologici è stata prevista principalmente l'assistenza palliativa a livello domiciliare.

Per quanto riguarda l'autorizzazione e l'accreditamento, gli hospice sono soggetti alla **LR n. 8 del 23 febbraio 1999** "Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed 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.

Negli anni precedenti, invece, l'*orientamento* della regione Toscana era stato quello di valorizzare ed estendere l'Assistenza Domiciliare Integrata, soprattutto in riferimento agli anziani non autosufficienti e nell'ambito delle cure palliative, resta confermato anche dai successivi orientamenti normativi (**Piano Sanitario Regionale 2005-2007** e **dgr n. 402 del 26 aprile 2004**). In particolare la **dgr n. 726 del 26 luglio 2004** disciplina le attività di Assistenza Domiciliare svolta dalle Organizzazioni di volontariato oncologico in convenzione con le Aziende sanitarie.

La normativa presenta un recente aggiornamento con riferimento ad un aspetto sul quale la regione Toscana si era più volte soffermata, vale a dire l'aspetto terapeutico delle cure palliative. In passato la Giunta aveva avviato la sperimentazione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore (**dgr n. 1048 del 20 ottobre 2003**) e approvato le buone pratiche per la sicurezza del paziente, tra cui la misura e la gestione del dolore e la procedura di dimissione del paziente oncologico in fase terminale (**dgr n. 436 del 10 maggio 2004**). Nel 2008, con la **dgr n. 1005 dell'1 dicembre**, le buone pratiche sono state nuovamente redatte.

Tra i provvedimenti legislativi emerge quello dedicato all'accessibilità alle cure palliative: mentre la **dgr n. 979 del 19 settembre 2000** discute la necessità di snellire le procedure di acquisto, prescrizione e distribuzione, la **dgr n. 493 del 17 maggio 2001** autorizza i Direttori generali delle Aziende a erogare un contributo economico per i pazienti affetti da particolari patologie che incorrono in rilevanti spese per ulteriori livelli di assistenza, anche di natura farmacologica.

Non sono mancati nel corso degli anni interventi volti al perfezionamento della gestione dei servizi dedicati ai pazienti terminali: la **dcr n. 31 del 12 febbraio 2003** ha definito gli indirizzi per l'attuazione del programma pluriennale di interventi strategici, invitando la Giunta regionale all'attento monitoraggio dei programmi di deospedalizzazione, degli interventi di riorganizzazione della rete dei presidi socio sanitari territoriali e delle strutture alternative al ricovero ospedaliero, tra cui le strutture che effettuano cure palliative.

Sempre nell'ottica della qualificazione dei servizi, la **dgr n. 1075 del 25 Ottobre 2004** ha sancito l'istituzione della Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore, col fine di favorire il raccordo tra tutte le azioni contro il dolore, a sviluppo del progetto regionale Health Promoting Hospitals.

Con riferimento alla formazione, la regione ha approntato un articolato piano per il personale dipendente delle aziende sanitarie (**dgr n. 786 del 16 luglio 2001**) e per il personale convenzionato del servizio sanitario nazionale (**dgr n. 787 del 16 luglio 2001**). Con **il Decreto Dirigenziale n. 1490 del 29 Marzo 2002**, peraltro, è stato liquidato alle aziende sanitarie il 50% del fondo per la realizzazione delle iniziative formative.

Alla base della normativa toscana, si ricorda la **dcr n. 384 del 25 novembre 1997**, con la quale era stato avviato un percorso di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario, individuando gli ospedali di comunità[38] quali strutture sperimentali per rispondere ai bisogni dei malati oncologici e di altri pazienti terminali anche nell'ambito dei trattamenti palliativi

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.

[38] Secondo le tipologie previste dalla dcr n. 384 del 25.11.1997, 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 post acuta 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 ed 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.

Successivamente all'approvazione della Legge 39/99, con la **dcr n. 128 del 29 febbraio 2000** la Toscana ha delineato l'ambito di fruizione dei finanziamenti ministeriali assegnati, definendo ed approvando il proprio "Programma per la realizzazione di centri residenziali di Cure Palliative". Successivamente il Programma è stato completato ed 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**.

È opportuno rilevare che sono le "Linee Guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di Cure Palliative" (**dgr n. 996 del 26 settembre 2000**) a rappresentare il documento cardine per le Cure Palliative nel territorio regionale, poiché ne definisce l'ambito di applicazione, le metodologie assistenziali ed 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 ed 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).

Si ricorda, infine, che il **Piano sanitario regionale 2002-2004**, approvato con **dcr n. 60 del 9 aprile 2002**, riprendeva le Linee Guida, integrandole con le indicazioni della costituzione di un gruppo regionale di valutazione e proposta e dell'Ospedale Senza Dolore.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
267	Deliberazione della Giunta Regionale n. 143 del 25 febbraio 2008	Attivazione dei centri residenziali di cure palliative - Hospice: indirizzi e assegnazione finanziaria		finanziamenti
246	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1005 dell'1 dicembre 2008	Attestazione buone pratiche per la sicurezza del paziente. Integrazione dgr 267/2007.	Vengono approvate le buone pratiche per la sicurezza del paziente e in particolare "La misura e la gestione del dolore".	cure palliative/terapia del dolore
244	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 53 del 16 luglio 2008	Piano sanitario 2008-2010	Si incentra solo su gli hospices: ne sono previsti 18 per un totale di 170 posti letto, a cui vanno aggiunti 8 posti letto in day hospice (rapporto di 0,47 posti letto per 10000 abitanti). Cita i pazienti non oncologici solo quando accenna a possibilità di essere assistiti da Rete di cure palliative Cure domiciliari.	programmazione
245	Deliberazione della Giunta Regionale n. 467 del 25 giugno 2007	Approvazione documento in materia di strutture residenziali di cure continue e ad alta complessità assistenziale (hospice)		modello assistenziale (hospice)

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
144	Decreto del Consiglio Regionale n. 22 del 16 febbraio 2005	Piano Sanitario Regionale 2005-07	Si esplicita la volontà di valorizzare ed estendere l'Assistenza Domiciliare Integrata, soprattutto in riferimento agli anziani non autosufficienti e nell'ambito delle cure palliative	programmazione
190	Deliberazione della Giunta Regionale n. 726 del 26 luglio 2004	Disciplina delle attività di Assistenza Domiciliare svolta dalle Organizzazioni di volontariato oncologico in convenzione con le Aziende sanitarie	Nell'Allegato A viene definita la disciplina delle attività di assistenza domiciliare svolta dalle Organizzazioni di volontariato oncologico e in convenzione con le Aziende sanitarie. L'Allegato B propone uno schema di convenzione tipo tra Associazioni e Aziende.	modello assistenziale (assistenza domiciliare), rete cure palliative
189	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1075 del 25 Ottobre 2004	Istituzione della commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore	Viene istituita una commissione regionale multidisciplinare per favorire il raccordo tra tutte le azioni contro il dolore, a sviluppo del progetto regionale Health Promoting Hospitals.	cure palliative/terapia del dolore
188	Delibera della Giunta Regionale n. 436 del 10 maggio 2004	Istituto Toscano dei Tumori: percorso assistenziale del paziente oncologico in fase terminale - Sistema di dimissione ospedaliera - Procedura e modalità operative	Viene definita la procedura di dimissione del paziente oncologico in fase terminale, identificando le responsabilità dello Specialista ospedaliero del Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta e dello specialista di cure palliative	cure palliative/terapia del dolore
143	Deliberazione della Giunta Regionale n. 402 del 26 Aprile 2004	Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.	Intende valorizzare ed estendere l'Assistenza Domiciliare Integrata, soprattutto in riferimento agli anziani non autosufficienti e nell'ambito delle cure palliative	modello assistenziale (assistenza domiciliare), rete cure palliative
142	Deliberazione della Giunta Regionale n. 404 del 26 aprile 2004	dcr n. 61 del 9 aprile 2002. Legge n. 39 del 26 febbraio 1999 "Completamento del programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative". Stato di attuazione.	Valuta lo stato di attuazione del "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative"	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
187	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1048 del 20 ottobre 2003	Impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore - Determinazioni	Prevede la prescrizione in via sperimentale, con oneri a carico del Servizio Sanitario regionale, dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, con modalità e limiti previsti nella L. 12/2001.	cure palliative/terapia del dolore

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
175	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 31 del 12 febbraio 2003	Indirizzi alle aziende sanitarie per l'attuazione del programma pluriennale di interventi strategici	Invita la Giunta regionale all'attento monitoraggio dei programmi di deospedalizzazione e degli interventi di riorganizzazione della rete dei presidi socio sanitari territoriali e delle strutture alternative al ricovero ospedaliero, tra cui le strutture che effettuano cure palliative	rete cure palliative, cure palliative/terapia del dolore
185	Decreto Dirigenziale n. 1490 del 29 Marzo 2002	Liquidazione alle aziende sanitarie del secondo 50% del fondo per la realizzazione delle iniziative formative a carattere aziendale in base alla dgr 786/2001	Liquida le restanti somme per i piani di formazione per il personale delle rete aziendali di cure palliative	formazione
174	Decreto del Consiglio Regionale n. 60 del 9 aprile 2002	Piano Sanitario Regionale 2002-2004	In particolare il paragrafo 5.3.2.1.2 fa riferimento alle unità di CP e alla loro attivazione, alla rete integrata per le CP, alla costituzione di un gruppo regionale di valutazione e proposta e all'Ospedale Senza Dolore	programmazione
141	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 61 del 9 aprile 2002	Completamento del "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative"	Completa ed integra il "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative"	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
184	Deliberazione della Giunta Regionale n. 787 del 16 luglio 2001	Programma annuale 2001 degli interventi formativi destinati al personale convenzionato del SSR	Fornisce le indicazioni per l'attività di formazione anche relativamente alle cure palliative per il personale convenzionato	formazione
183	Deliberazione della Giunta Regionale n. 786 del 16 luglio 2001	Programma annuale 2001 degli interventi formativi destinati al personale dipendente delle aziende sanitarie	Fornisce indicazioni per l'attività di formazione anche relativamente alle cure palliative per il personale dipendente	formazione
182	Deliberazione della Giunta Regionale n. 493 del 17 maggio 2001	Direttive alle Aziende USL per interventi assistenziali a favore di pazienti affetti da particolari patologie	I Direttori generali delle Aziende USL sono autorizzati a erogare un contributo economico per i pazienti affetti da particolari patologie che, malgrado l'assistenza fornita dal Servizio Sanitario nazionale, incorrono in rilevanti spese per ulteriori livelli di assistenza, anche di natura farmacologica. Le cure palliative e in particolare la dgr 996/2000, vengono nominate in premessa alla Delibera.	cure palliative/terapia del dolore

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
140	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1175 del 29 ottobre 2001	Delibera del Consiglio Regionale n. 128 del 29 Febbraio 2000 Legge 39 del 26 Febbraio. Art. 92 comma 17 della Legge n. 388 del 23.12.2000 completamento del programma per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative.	Completa ed integra il "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative"	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
181	Delibera della Giunta regionale n. 979 del 19 settembre 2000	Terapia del dolore in ambito oncologico	Discute la necessità di snellire le procedure di acquisto, prescrizione e distribuzione dei farmaci oppiacei, con un invito al Ministero della Sanità per una modifica della legislazione nazionale in questa direzione	cure palliative/terapia del dolore
139	Deliberazione della Giunta Regionale n. 996 del 26 settembre 2000	Linee guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative	Orienta la realizzazione della rete delle cure palliative, definendo l'ambito di applicazione, le metodologie assistenziali e i criteri organizzativi. In sintesi le Linee guida: i) definiscono i criteri generali per l'organizzazione di una rete di assistenza ai pazienti terminali; ii) specificano i diversi livelli assistenziali che devono essere garantiti privilegiando l'assistenza domiciliare integrata; iii) sottolineano il ruolo fondamentale delle organizzazioni di volontariato; iv) descrivono gli elementi costitutivi delle Unità di Cure Palliative; v) definiscono i centri residenziali di cure palliative	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP)
138	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 128 del 29 febbraio 2000	Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative	È stato delineato l'ambito di fruizione dei finanziamenti ministeriali assegnati	finanziamenti, rete cure palliative
137	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 41 del 17 febbraio 1999	Piano Sanitario Regionale 1999-2001	Vengono proposte le prime ipotesi di de-ospedalizzazione dei malati terminali	programmazione, cure palliative/terapia del dolore
136	Legge Regionale n. 8 del 23 febbraio 1999	Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento		autorizzazione e accreditamento
135	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 384 del 25 novembre 1997	Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo delle Aziende Sanitarie.	Avvia un percorso di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario, individuando gli ospedali di comunità quali strutture sperimentali per rispondere ai bisogni dei malati oncologici e di altri pazienti terminali anche nell'ambito dei trattamenti palliativi	rete cure palliative

HOSPICE CONVENTO DELLE OBLATE
ASF AZIENDA SANITARIA FIRENZE

Codice: 263

TOSCANA – ASF - AZIENDA SANITARIA FIRENZE

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza di Careggi, 1 - 50141 - Firenze (FI)
Telefono: 055-7954020
Fax: 055-7954021
E-mail: piero.morino@asf.toscana.it ; marco.ghelardi@asf.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Luigi Marroni (ASF Firenze)
Responsabile medico: Piero Morino
Responsabile infermieristico: Marco Ghelardi
Altro referente: Antonietta Marseglia (direzione sanitaria)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2000 e sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio accreditato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
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 28/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE SAN FELICE A EMA
ASF AZIENDA SANITARIA FIRENZE

Codice: 264

TOSCANA – ASF - AZIENDA SANITARIA FIRENZE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via San Felice a Ema, 13 - 50125 - Firenze (FI)
Telefono: 055-2758078
Fax: 055-2758073
E-mail: massimo.piazza@asf.toscana.it ; federica.fabbrini@asf.toscana.it
Web: www.hospicetoscana.it
Responsabilità legale: Luigi Marroni (ASF Firenze)
Responsabile medico: Massimo Piazza
Responsabile infermieristico: Federica Fabbrini
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2004 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 10 camere, di cui 2 doppie e 8 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, frigorifero
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto e telefono dedicato, in media per 3 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 03/08/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE SAN CATALDO
c/o RSA L'ARCOBALENO DI MAGGIANO
AUSL 2 LUCCA

Codice: 266

TOSCANA – AUSL 02 DI LUCCA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via di Fregionaia Santa Maria a Colle - 55100 - Maggiano (LU)
Telefono: 0583-449911
Fax: 0583-449983
E-mail: a.bertolucci.hospice@usl2.toscana.it ; a.bertolucci@usl2.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Oreste Tavanti (AUSL 2 di Lucca)
Responsabile medico: Andrea Bertolucci
Responsabile infermieristico: Svaldo Sensi
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 29/07/2009 e validato dal Referente AUSL per RSA e Cure Intermedie
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE "LA LIMONAIA" DI LAMPORECCHIO AUSL 3 PISTOIA

Codice: 258

TOSCANA – AUSL 03 DI PISTOIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via di Spicchio, 21 - 51035 - Lamporecchio (PT)
Telefono: 0573-228150 / 348-6972374
Fax:
E-mail: a.bologna@usl3.toscana.it ; l.lavacchi@usl3.toscana.it
Web: www.hospicetoscana.it
Responsabilità legale: Alessandro Scarafuggini (AUSL 3 Pistoia)
Responsabile medico: Luca Lavacchi
Responsabile infermieristico: Rosella Petretto e Vania Poli
Altro referente: Giuseppina Caravello

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: per il futuro si prevede una ulteriore ristrutturazione che porterà l'hospice ad avere un totale di 14 posti letto di degenza.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 31/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE FIORE DI PRIMAVERA c/o RSA ROSA GIORGI DI PRATO AUSL 4 PRATO

Codice: 259

TOSCANA – AUSL 04 DI PRATO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza del Collegio, 10 - 59100 - Prato (PO)
Telefono: 0574-434422 / 4407
Fax:
E-mail: gpastacaldi@usl4.toscana.it ; mciampolini@usl4.toscana.it
Web: www.hospicetoscana.it
Responsabilità legale: Bruno Cravedi (AUSL 4 Prato)
Responsabile medico: Maria Ciampolini
Responsabile infermieristico: Nicoletta Bottin
Altro referente: Gioia Pastacaldi

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2008
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio accreditato
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, tavolo con sedie, poltrona aggiuntiva
Il supporto al lutto dei familiari è fornito a richiesta
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/08/2009 e validato da un Medico dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE DI PISA
AUSL 5 PISA

Codice: 260

TOSCANA – AUSL 05 DI PISA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via G. Garibaldi, 198 - 56124 - Pisa (PI)
Telefono: 050-959934
Fax:
E-mail: a.gioia@usl5.toscana.it ; c.leoni@usl5.toscana.it
Web: http://www.hospicetoscana.it/italiano/hospice-dettaglio.asp?ID=7&hos=15
Responsabilità legale: Maria Teresa De Lauretis (AUSL 5 Pisa)
Responsabile medico: Angela Gioia
Responsabile infermieristico: Cristina Leoni
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE UNITÀ FUNZIONALE DI CURE PALLIATIVE c/o SPEDALI RIUNITI LIVORNO AUSL 6 LIVORNO

Codice: 167

TOSCANA – AUSL 06 DI LIVORNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Alfieri, 36 (UCP Centro Residenziale C/O Spedali Riuniti, 2 piano 1 Padiglione) - 57100 - Livorno (LI)
Telefono: 0586-223062
Fax: 0586-223062 / 3469
E-mail: a.mazzoni@nord.usl6.toscana.it ; e.presta@usl6.toscana.it; f.larocca@usl6.toscana.it
Web: www.curepalliativelivorno.org
Responsabilità legale: Monica Calamai (AUSL 6 di Livorno)
Responsabile medico: Costanza Galli
Responsabile infermieristico: Elisa Presta
Altro referente: Francesco La Rocca (medico)

Dati generali

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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2002 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente (secondo piano dell'Ospedale di Livorno) di tipo sanitario

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: sì

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, libreria, lettori cd, computer, erogatore per ossigeno e vuoto, aria condizionata (5 camere hanno anche un angolo cottura)
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 20 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 06/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'OICP

HOSPICE c/o OSPEDALE VALDELSA DI POGGIBONSI LOC. CAMPOSTAGGIA AUSL 7 SIENA

Codice: 261

TOSCANA – AUSL 07 DI SIENA

Dati anagrafici

Indirizzo: Località Compostaggia, 8 - 53036 - Poggibonsi (SI)
Telefono: 0577-994315
Fax: 0577-994245
E-mail: g.russo@usl7.toscana.it ; a.giallombardo@usl7.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Massimo Scura (AUSL 7 Siena)
Responsabile medico: Gennaro Russo
Responsabile infermieristico: Marco Gozzi
Altro referente: Annalia Giallobardo (responsabile servizio "assistenza oncologica domiciliare")

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

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 ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (4 posti letto in 4 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (1 posto letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe), in media per 180 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 07/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE SANTA MARIA ALLA GRUCCIA c/o OSPEDALE VALDARNO AUSL 8 AREZZO

Codice: 79

TOSCANA – AUSL 08 DI AREZZO

Dati anagrafici

Indirizzo: Piazza del Volontariato, 2 - 52025 - Montevarchi (AR)
Telefono: 055-9106607
Fax: 055-9106699
E-mail: p.maurizi@usl8.toscana.it ; g.brandini@usl8.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Enrico Desideri (AUSL 08 di Arezzo)
Responsabile medico: Pierdomenico Maurizi
Responsabile infermieristico: Paolo Dragoni
Altro referente: Maria Grazia Brandini, Giulio Corsi (dirigente medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2003
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (3 posti letto in 3 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 05/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE VALDICHIANA
AUSL 8 AREZZO

Codice: 346

TOSCANA – AUSL 08 DI AREZZO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Umberto I, 83 - 52045 - Foiano della Chiana (AR)
Telefono: 0575-648565
Fax:
E-mail: p.maurizi@usl8.toscana.it ; f.cerini@usl8.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Enrico Desideri (AUSL 08 di Arezzo)
Responsabile medico: Pierdomenico Maurizi
Responsabile infermieristico: Patrizia Palini
Altro referente: Fausto Cerini, Antonella Mencucci (medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2009

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2009 e sono terminati nel 2009
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (2 posti letto in 2 camere singole)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
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 05/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI LENITERAPIA "ROBERTO CIABATTI" c/o OSPEDALE MISERICORDIA DI GROSSETO AUSL 9 GROSSETO

Codice: 262

TOSCANA – AUSL 09 DI GROSSETO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Senese, 161 - 58100 - Grosseto (GR)
Telefono: 0564-483473 / 482
Fax: 0564-483474
E-mail: crl@usl9.toscana.it ; b.mazzocchi@usl9.toscana.it
Web: http://www.usl9.grosseto.it/default.asp?idContenuto=171
Responsabilità legale: Fausto Mariotti (AUSL 9 Grosseto)
Responsabile medico: Bruno Mazzocchi
Responsabile infermieristico: Roberto Vittorio Martinelli
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

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

Questionario compilato il 22/07/2009 e validato dal Direttore di Distretto dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE c/o VILLA IL CONTESSO
RSA PRIVATA

Codice: 336

TOSCANA – AUSL 12 VERSILIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via di Nocchi, 27 - 55041 - Camaiore fraz. Nocchi (LU)
Telefono: 0584-951397
Fax: 0584-951090
E-mail: Hospice@Villailcontesso.it ; a.buono@usl12.toscana.it
Web:
Responsabilità legale: Giancarlo Sassoli (AUSL 12 Viareggio)
Responsabile medico: Aurelio Buono
Responsabile infermieristico: Sonia Coppedè
Altro referente: Liane Ledwon, Alessandro Benedetti (direttore amministrativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / privata profit (Azienda Sanitaria ed Ente privato)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2006 e sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA privata)

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 hospital/Day hospice: servizio autorizzato (2 posti letto)
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Rispetto dei requisiti ex DPCM 20/01/2000: non disponibile
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, tavolo, aria condizionata, due poltrone
Il supporto al lutto dei familiari è fornito a richiesta, in media per 7 giorni
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

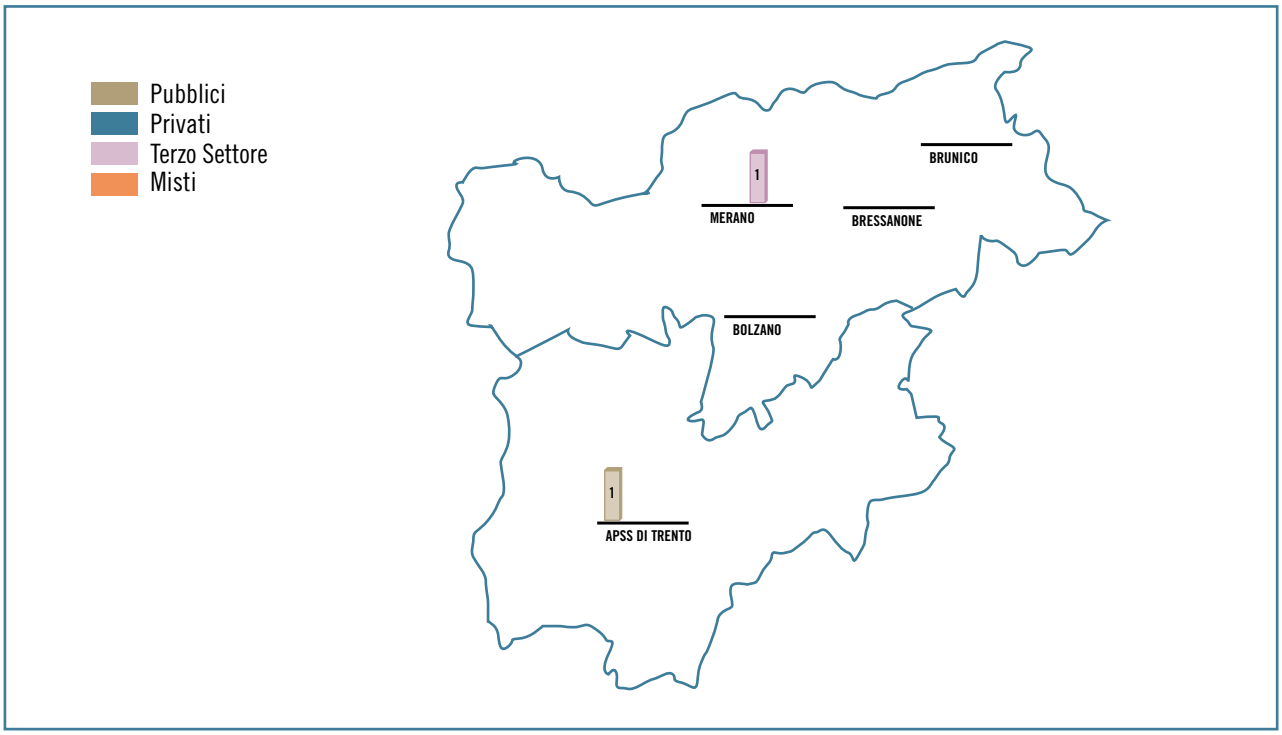
Questionario compilato il 22/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99 (nuovo finanziamento)
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

TRENTINO ALTO ADIGE

Popolazione residente: 1.018.657
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Trentino Alto Adige **a giugno 2009 risultavano operativi 2 hospice (1 in provincia di Trento ed 1 in provincia di Bolzano)**, per un totale di **18 posti letto in hospice, pari a 0,18 posti letto per ogni 10.000**. Questi 2 hospice, di cui 1 pubblico ed 1 gestito da un ente religioso, hanno entrambi usufruito dei finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99.

Fig. 24 - Trentino Alto Adige: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 79 - Trentino Alto Adige: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
APSS DI TRENTO	1	6	1	6							519.800	0,12
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO											222.140	-
AZIENDA SANITARIA DI BRESSANONE											71.655	-
AZIENDA SANITARIA DI BRUNICO											75.134	-
AZIENDA SANITARIA DI MERANO	1	12					1	12			129.928	0,92
TOTALE	**2**	**18**	**1**	**6**			**1**	**12**			**1.018.657**	**0,18**

Nell'ambito della programmazione sanitaria, la Provincia autonoma di Trento ha previsto la realizzazione di altri 2 hospice, i quali presumibilmente diventeranno operativi solo dopo il 2010. Con queste 2 nuove strutture l'offerta provinciale aumenterebbe di 19 posti letto, garantendo 0,48 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Tav. 80 - Trentino Alto Adige: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
APSS DI TRENTO	3	25	1	6			2	19	519.800	0,48
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO									222.140	-
AZIENDA SANITARIA DI BRESSANONE									71.655	-
AZIENDA SANITARIA DI BRUNICO									75.134	-
AZIENDA SANITARIA DI MERANO	1	12	1	12					129.928	0,92
TOTALE	**4**	**37**	**2**	**18**			**2**	**19**	**1.018.657**	**0,36**

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

La normativa più recente in tema di cure palliative è la **dgp del 12 novembre 2004** "Linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute - Progetto salute", dove la Provincia esprime l'intenzione di potenziare ed estendere anche ad altri distretti sanitari, oltre a quelli dei Comuni di Trento e Rovereto, il sistema di cure palliative, istituendo un hospice presso il presidio ospedaliero S. Giovanni di Mezzolombardo.

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 delle 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 2000-2002**, 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 ed agli orientamenti propri delle Provincia ed approvando i progetti degli hospice finanziati ex Legge 39/99.

Nella **dgp n. 3403 del 30 dicembre 2002** vengono definiti i requisiti minimi specifici per l'autorizzazione delle strutture residenziali di cure palliative (strutturali, tecnologici ed 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.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
253	Deliberazione della Giunta Provinciale del 12 novembre 2004	Linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute - Progetto salute	Intende potenziare ed estendere anche ad altri distretti sanitari (oltre al Comune di Trento e Rovereto) il sistema di cure palliative e di istituire un nuovo hospice presso il presidio ospedaliero S. Giovanni di Mezzolombardo	programmazione
107	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1506 del 27 giugno 2003	Aggiornamento delle tariffe giornaliere per le prestazioni di assistenza palliativa ed antalgica in regime residenziale presso la struttura ospedaliera provvisoriamente accreditata S. Camillo di Trento.	Fissa le tariffe a euro 190,00 per giornata di degenza del paziente, a cui si aggiunge la tariffa di euro 50,00 giornaliere per l'accompagnatore.	tariffazione
106	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 3403 del 30 dicembre 2002	Approvazione dei criteri per la verifica dei requisiti minimi ed emanazione direttive per l'avvio e la gestione delle procedure di autorizzazione	Vengono definiti i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione delle strutture residenziali di cure palliative	autorizzazione e accreditamento
105	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 439 dell'8 marzo 2002	Approvazione dei nuovi progetti preliminari degli interventi di edilizia sanitaria previsti dal "Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento".	Integra il dgp n. 2427 del 29 settembre 2000 relativo al Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento.	rete cure palliative, finanziamenti

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
173	Decreto del Presidente della Giunta Provinciale n. 30/48 del 27 novembre 2000	Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, n. 3	Determina i requisiti minimi richiesti alle strutture che forniscono cure palliative in termini di struttura, tecnologia e organizzazione interna del personale	autorizzazione e accreditamento
104	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2427 del 29 settembre 2000	Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento	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	rete cure palliative, finanziamenti
103	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1354 del 2 giugno 2000	Piano Sanitario Provinciale 2000-2002	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".	programmazione, cure palliative/terapia del dolore
102	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 800 del 7 aprile 2000		Contiene il progetto preliminare per l'attivazione della rete di cure palliative	rete cure palliative

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 ad 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 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 ed i 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**) ed 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**).

Codice	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
101	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2603 del 18 luglio 2005		Conferma la tariffa fissata la tariffa di 410 euro per giornata di degenza per la struttura della Martinsbrunn - Fonte San Martino	tariffazione
100	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 3874 del 4 novembre 2003		Fissa la tariffa di 410 euro per giornata di degenza per la struttura della Martinsbrunn - Fonte San Martino	tariffazione
99	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 3876 del 4 novembre 2003		Riguarda l'accreditamento provvisorio per l'unità operativa per le cure palliative della clinica Martinsbrunn - Fonte San Martino	autorizzazione e accreditamento
98	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 235 del 3 febbraio 2003		Viene approvato progetto relativamente alla Clinica Martinsbrunn – Fonte San Martino	rete cure palliative, finanziamenti
97	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4747 del 28 dicembre 2001		Viene approvato il progetto per la realizzazione di una struttura ove venissero effettuate cure palliative	rete cure palliative, finanziamenti
96	Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4555 del 17 dicembre 2001	Linee guida per le istituzioni che realizzano strutture per le cure palliative	Sono definiti i criteri, le modalità dei tempi per presentare i progetti e richiedere i finanziamenti	finanziamenti, rete cure palliative
95	Legge Provinciale n. 7 del 5 marzo 2001	Riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale	Stabilisce la possibilità di concedere finanziamenti a organizzazioni private del Terzo Settore per realizzare strutture residenziali dedicate alle cure palliative, a patto che tali strutture vengano realizzate nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 39/99 e dal DPCM del 20 gennaio 2000 e che l'organizzazione si impegni a stipulare convenzioni con le Aziende Sanitarie territorialmente competenti	finanziamenti, rete cure palliative

HOSPICE DI MEZZOLOMBARDO
APSS TRENTO

Codice: 50

TRENTINO ALTO ADIGE – APSS DI TRENTO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Alpini, 11 - 38017 - Mezzolombardo (TN)
Telefono: segr. 0461-902484 / 611137 / 611126
Fax: 0461-611133 / 0461-902485
E-mail: curepalliativehospice@apss.tn.it
Web: http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=26795&h=-2147452672&s=&l=1
Responsabilità legale: Franco Debiasi (APSS di Trento)
Responsabile medico: Luca Ottolini
Responsabile infermieristico: Carlo Tenni
Altro referente: Carlo Abati, Michela Paolazzi (referente medico, infermiera coordinatrice di percorso)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

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 hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 30 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE REPARTO CURE PALLIATIVE c/o CLINICA MARTINSBRUNN (FONTE SAN MARTINO)

Codice: 130

TRENTINO ALTO ADIGE – AZIENDA SANITARIA DI MERANO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Laurin, 70 - 39012 - Merano (BZ)
Telefono: 0473-205614
Fax:
E-mail: agabis@martinsbrunn.it ; sigmund@martinsbrunn.it; palliativstation@martinsbrunn.it
Web: http://www.martinsbrunn.it/it/?page=palliativzentrum
Responsabilità legale: Suor Frieda Mair (Casa di Cura Martinsbrunn - Confraternita delle Figlie della Carità di S. Vincenzo de' Paoli - Merano)
Responsabile medico: Andrea Gabis
Responsabile infermieristico: Monika Köllemann
Altro referente: Christa Rauch, Richard Sigmund

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Confraternita religiosa)
Anno di attivazione: 2003

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono in fase di adeguamento strutturale, i lavori sono iniziati nel 2009 e si prevede termineranno nel 2012
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti parzialmente)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 29/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

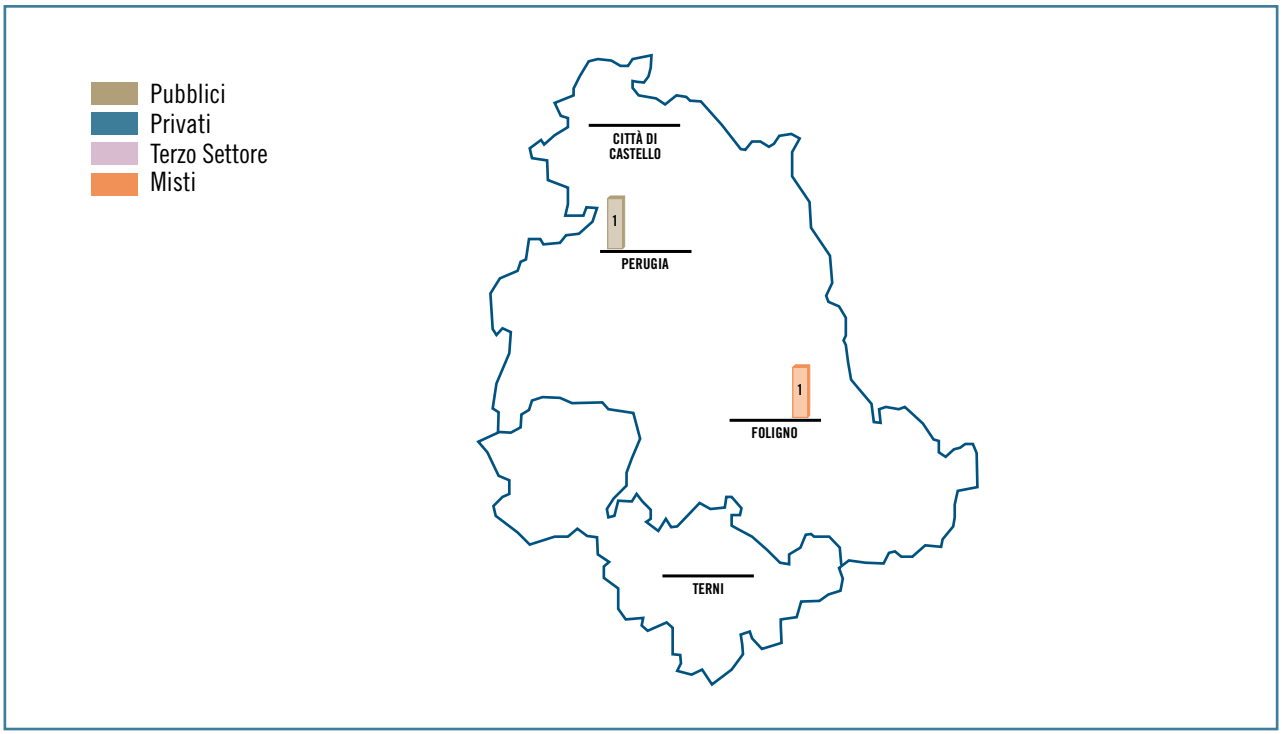
UMBRIA

Popolazione residente: 894.222
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Umbria **a giugno 2009 risultavano operativi 2 hospice**, di cui 1 pubblico ed 1 a gestione mista. **I 19 posti letto operativi garantiscono una copertura di 0,21 posti letto ogni 10.000 abitanti**.

La programmazione regionale prevede la realizzazione di 2 ulteriori hospice, che presumibilmente saranno resi operativi entro la fine del 2010 e che, garantendo un totale di 15 posti letto, porteranno l'Umbria ad avere una disponibilità di 34 posti letto complessivi (pari 0,38 posti letto ogni 10.000 abitanti).

Fig. 25 - Umbria: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



Tav. 81 - Umbria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e programmati per Azienda sanitaria

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ASL 1 UMBRIA - CITTA' DI CASTELLO											118.704	-
ASL 2 UMBRIA - PERUGIA	1	12	1	12							368.141	0,33
ASL 3 UMBRIA - FOLIGNO	1	7							1	7	177.211	0,40
ASL 4 UMBRIA - TERNI											230.166	-
TOTALE	**2**	**19**	**1**	**12**					**1**	**7**	**894.222**	**0,21**

Tav. 82 - Umbria: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ASL 1 UMBRIA - CITTA' DI CASTELLO	1	5			1	5			118.704	0,42
ASL 2 UMBRIA - PERUGIA	1	12	1	12					368.141	0,33
ASL 3 UMBRIA - FOLIGNO	1	7	1	7					177.211	0,40
ASL 4 UMBRIA - TERNI	1	10			1	10			230.166	0,43
TOTALE	**4**	**34**	**2**	**19**	**2**	**15**			**894.222**	**0,38**

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Sul fronte dei servizi ai malati in fase terminale, il **Piano Sanitario Regionale 2009-2011**, approvato con la **dgr n. 298 del 28 aprile 2009**, introduce l'importante figura del "case manager", un punto di riferimento per la famiglia, per il medico generico e per gli altri operatori, investito del compito di coordinare le risorse presenti nella rete dei servizi. Il Piano prevede altresì la valorizzazione delle cure palliative domiciliari, la qualità del flusso informativo e l'integrazione con gli altri presidi sanitari.

Recentemente, inoltre, la regione Umbria si è concentrata sui percorsi assistenziali e riabilitativi della persona con Sclerosi Laterale Amiotrofica, approvando la **dgr n. 127 dell'11 febbraio 2008**.

Per quanto riguarda la normativa più risalente, si ricorda che con la **dgr n. 1111 del 27 settembre 2000** la regione Umbria ha definito il "Progetto regionale per la realizzazione delle rete di assistenza ai malati terminali – legge 39/99. Approvazione progetti hospice ai fini del relativo finanziamento da parte del Ministero della Sanità".

Successivamente 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) 2003-2005. Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità".

In particolare nel **Piano Sanitario Regionale 2003-2005** 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 multi-disciplinare dell'assistenza, il rispetto delle scelte del paziente e della famiglia, ed il rafforzamento degli altri livelli assistenziali (residenziale, day-hospital ed ambulatoriale).

Con la **dgr n. 1481 del 6 ottobre 2004**, la regione Umbria ha definito le "Linee indirizzo alle Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005: 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 2003-2005.
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 normativa regionale in materia di autorizzazione (**Regolamento Regionale n. 2 del 25 febbraio 2002**), e di accreditamento (**Regolamento Regionale n. 3 del 31 luglio 2002 e dgr n. 1991 del 15 dicembre 2004**) delle strutture sanitarie e socia-sanitarie, che comunque non prevede criteri specifici per gli hospice.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
256	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 298 del 28 aprile 2009	Piano sanitario regionale 2009-2011	Il Piano pone particolare attenzione alle cure palliative domiciliari. Viene introdotta la figura del "case manager" per ogni paziente e pone notevole attenzione alla qualità del flusso informativo e dunque all'integrazione con gli altri presidi sanitari.	modello assistenziale
257	Deliberazione della Giunta Regionale n. 127 dell'11 febbraio 2008	Documento vincolante sui percorsi assistenziali e riabilitativi della persona con Sclerosi Laterale Amiotrofica		cure palliative/terapia del dolore
150	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1991 del 15 dicembre 2004	Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private della regione Umbria	Contiene i criteri in materia di accreditamento per le strutture socio-sanitarie e sanitarie, a cui gli hospice devono attenersi, mancando criteri maggiormente specifici	autorizzazione e accreditamento

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
149	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1481 del 6 ottobre 2004	Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-05: 1) servizi di cure palliative; 2) servizi di terapia del dolore	Vengono forniti 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	modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare), rete cure palliative
148	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 314 del 23 luglio 2003	Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-05. Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità	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). In esso inoltre viene data rilevanza all'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)	programmazione, rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP)
147	Regolamento Regionale n. 3 del 31 luglio 2002	Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.	Contiene i criteri in materia di accreditamento per le strutture socio-sanitarie e sanitarie, a cui gli hospice devono attenersi, mancando criteri maggiormente specifici	accreditamento
146	Regolamento Regionale n. 2 del 25 febbraio 2002	Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie	Contiene i criteri in materia di autorizzazioni per le strutture socio-sanitarie e sanitarie, a cui gli hospice devono attenersi, mancando criteri maggiormente specifici	autorizzazione
145	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1111 del 27 settembre 2000	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		finanziamenti, rete cure palliative

HOSPICE c/o EX STRUTTURA PSICHIATRICA PADIGLIONE ZURLI DI PERUGIA ASL 2 PERUGIA

Codice: 270

UMBRIA – ASL 2 UMBRIA - PERUGIA

Dati anagrafici

Indirizzo: Parco Santa Margherita - 06100 - Perugia (PG)
Telefono: 075-5412400
Fax:
E-mail: direzione@ausl2.umbria.it ; dbovo@ausl2.umbria.it
Web:
Responsabilità legale: Giuseppe Legato (ASL 2 Umbria)
Responsabile medico: Manlio Lucentini
Responsabile infermieristico: Isabella Tosti
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati costruiti/ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dal Ministero della Salute

HOSPICE "LA TORRE SUL COLLE" ASL 3 UMBRIA

Codice: 142

UMBRIA – ASL 3 UMBRIA - FOLIGNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Loreto, 22 - 06049 - Spoleto (PG)
Telefono: 0743-210278
Fax: 0743-225876
E-mail: hospice@asl3.umbria.it ; f.conforti@asl3.umbria.it
Web:
Responsabilità legale: Gigliola Rosignoli (ASL 3 Umbria)
Responsabile medico: Fabio Conforti
Responsabile infermieristico: Pierluigia Ciucarilli
Altro referente: Maria Stefania Gallina (direttore sanitario)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / Terzo Settore (Azienda Sanitaria e Cooperativa Sociale)
Anno di attivazione: 2007

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 7 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, angolo soggiorno con tavolo e sedie, poltrona aggiuntiva, aria condizionata, zanzariera
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 30 giorni
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 14/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

VALLE D'AOSTA

Popolazione residente: 127.065
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

Nella regione Valle d'Aosta **a giugno 2009 non risultavano hospice operativi**.

La programmazione regionale prevedeva già da tempo l'attivazione di 1 hospice con 7 posti letto, che, in base alle attuali previsioni, dovrebbe diventare operativo entro la fine del 2009. Tale hospice sarà sufficiente ad elevare a 0,55 posti letto per 10.000 abitanti l'offerta di cure palliative residenziali.

Tav. 83 - Valle d'Aosta: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per Azienda sanitaria (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
AUSL VALLE D'AOSTA	**1**	**7**			1	7			127.065	0,55
TOTALE	**1**	**7**			**1**	**7**			**127.065**	**0,55**

Si segnala che a dicembre 2009, quindi oltre il 30 giugno 2009, data di chiusura delle analisi della presente Monografia, è stato inaugurato ed attivato l'Hospice di Beauregard di Aosta.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Le cure palliative sono oggetto di attenzione nel **Piano sanitario per la salute e il benessere sociale 2006-08**, approvato con la **LR n. 13 del 20 giugno 2006**. Tra gli obiettivi del piano, infatti, vi è l'intento di:

- sviluppare l'assistenza primaria, la medicina specialistica territoriale e le cure palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica;
- sviluppare le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita.

Già nel **Piano Sanitario Regionale 2002-2004** (approvato con la **LR n. 18 del 4 settembre 2001**) viene specificato come obiettivo prioritario quello della "gestione della fase terminale della vita", ed 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.

Al fine di migliorare l'offerta regionale nell'ambito dell'assistenza in cure palliative e di utilizzare i finanziamenti messi a disposizione dalla Legge 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".

L'hospice ha le caratteristiche strutturali ed organizzative previste dalle normative nazionali e regionali vigenti, in particolare dalla **dgr n. 2103 del 21 giugno 2004** per quanto riguarda l'autorizzazione ed dalla **dgr n. 1232 del 26 aprile 2004** per quanto concerne l'accreditamento.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
155	Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2006	Piano sanitario per la salute e il benessere sociale 2006-08	Tra gli obiettivi del piano si ritrovano i seguenti: sviluppare l'assistenza primaria, la medicina specialistica territoriale e le cure palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica; sviluppare le cure palliative, la terapia del dolore e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita	programmazione
154	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1232 del 26 aprile 2004	Approvazione delle modalità e dei termini del procedimento amministrativo per il rilascio dell'accreditamento a strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, nonché revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998		accreditamento

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
153	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2103 del 21 giugno 2004	Approvazione delle modalità e dei termini per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio assistenziali e socio-educative, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni e revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 3893 in data 21 giugno 2002		autorizzazione
152	Legge Regionale n. 18 del 4 settembre 2001	Piano Sanitario Regionale 2002-04	Viene 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	programmazione, rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)
151	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3239 del 25 settembre 2000	Programma per la realizzazione di un centro residenziale per cure palliative – hospice		rete cure palliative, modello assistenziale (hospice)

VENETO

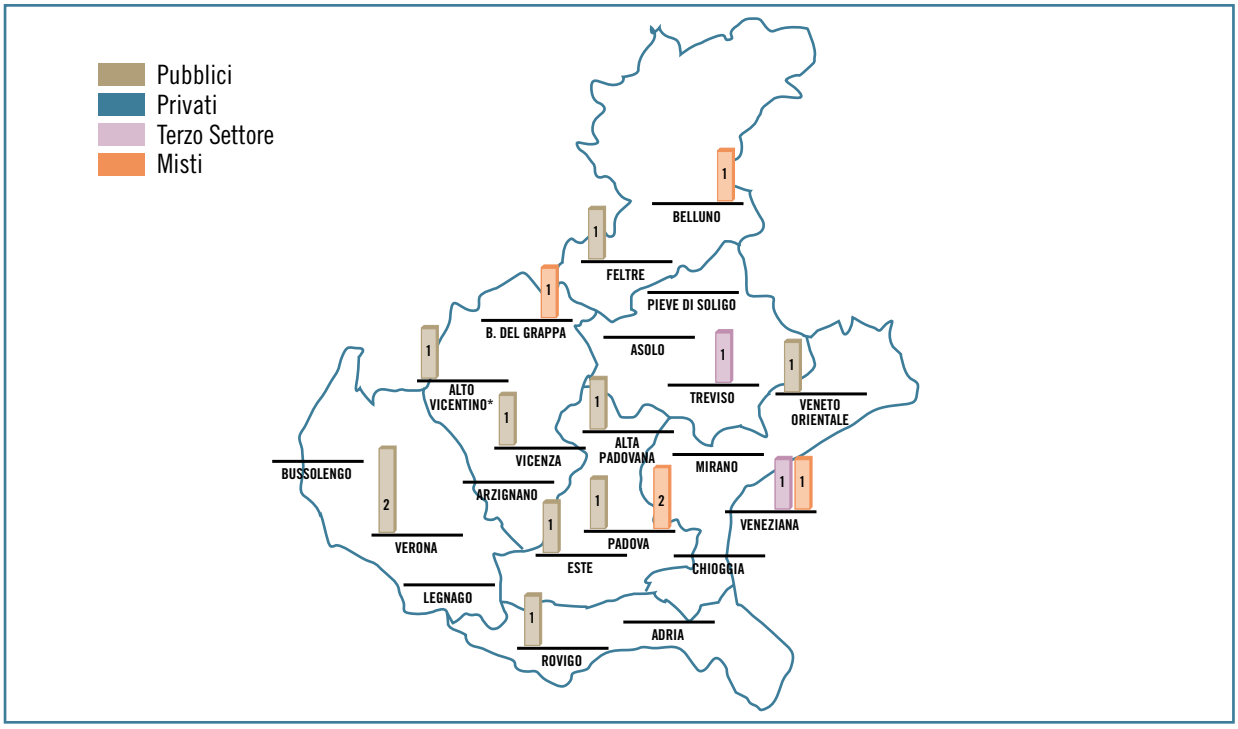
Popolazione residente: 4.885.548
(fonte ISTAT – 1 gennaio 2009)

ULSS 1 BELLUNO	HOSPICE CASA TUA DUE - ULSS 1 BELLUNO	353
ULSS 2 FELTRE	HOSPICE LE VETTE - ULSS 2 FELTRE	354
ULSS 3 B. DEL GRAPPA	HOSPICE CASA GEROSA - ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	355
ULSS 6 VICENZA	HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE S. BORTOLO - ULSS 6 VICENZA	356
ULSS 09 DI TREVISO	HOSPICE CASA DEI GELSI - FONDAZIONE AMICI ASSOCIAZIONE ADVAR	357
ULSS 10 V. ORIENTALE	HOSPICE - I.P.A.B. RESIDENZA PER ANZIANI "G. FRANCESCON"	358
ULSS 12 VENEZIANA	HOSPICE CENTRO NAZARET - OPERA SANTA MARIA DELLA CARITÀ	359
ULSS 12 VENEZIANA	HOSPICE CASA SAN GIOVANNI DI DIO - OSPEDALE FATEBENEFRATELLI SAN RAFFAELE ARCANGELO	360
ULSS 15 ALTA PADOV.	HOSPICE "IL MELOGRANO" - ULSS 15 ALTA PADOVANA - CENTRO PER ANZIANI "ANNA MORETTI BONORA" CAMPOSAMPIERO	361
ULSS 16 DI PADOVA	HOSPICE CASA SANTA CHIARA - ISTITUTO SUORE FRANCESCANE ELISABETTINE	362
ULSS 16 DI PADOVA	HOSPICE "CASA DEL BAMBINO" CENTRO RESIDENZIALE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE - AO DI PADOVA	363
ULSS 16 DI PADOVA	HOSPICE CENTRO CURA E SOLLIEVO PAOLO VI - ULSS 16 PADOVA - FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE	364
ULSS 17 DI ESTE	HOSPICE C/O EX OSPEDALE MONTAGNANA - ULSS 17 ESTE	365
ULSS 18 DI ROVIGO	HOSPICE CASA DEL VENTO ROSA C/O IPAB DI LENDINARA - ULSS 18 ROVIGO	366
ULSS 20 DI VERONA	HOSPICE SAN GIUSEPPE DI MARZANA - ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI	367
ULSS 20 DI VERONA	HOSPICE SAN CRISTOFORO	368

NOTA: In base ad informazioni pervenute il 30 settembre 2009 mediante contatto diretto con il personale operativo dell'équipe, la struttura residenziale di Thiene - ULSS 04 Alto Vicentino (10 posti letto) risulterebbe attualmente utilizzata come unità post-acuti, per cui la relativa Scheda descrittiva della Struttura non viene presentata.

Nella regione Veneto **a giugno 2009 risultavano operativi 17 hospice**, di cui 10 pubblici, 2 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 5 a gestione mista pubblico/privato. Complessivamente le 17 strutture attualmente operative garantiscono **151 posti letto in hospice, pari a 0,31 posti letto per ogni 10.000 abitanti**.

Fig. 26 - Veneto: Hospice già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione



* In base ad informazioni pervenute il 30 settembre 2009, mediante contatto diretto con il personale operativo dell'équipe, la struttura residenziale di Thiene - ULSS 04 Alto Vicentino (10 posti letto) risulterebbe attualmente utilizzata come unità post-acuti.

Tav. 84 - Veneto: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 per Azienda sanitaria e tipo di gestione

	Hospice operativi a giugno 2009		pubblici		privati		Terzo Settore		misti			
Aziende Sanitarie	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL già operativi /10.000 res.
ULSS 01 DI BELLUNO	1	8							1	8	129.394	0,62
ULSS 02 DI FELTRE	1	4	1	4							84.632	0,47
ULSS 03 DI BASSANO DEL GRAPPA	1	8							1	8	178.662	0,45
ULSS 04 ALTO VICENTINO *	1	10	1	10							187.082	0,53
ULSS 05 DI ARZIGNANO											179.783	-
ULSS 06 DI VICENZA	1	5	1	5							316.241	0,16
ULSS 07 DI PIEVE DI SOLIGO											218.051	-
ULSS 08 DI ASOLO											249.306	-
ULSS 09 DI TREVISO	1	12					1	12			412.051	0,29
ULSS 10 VENETO ORIENTALE	1	10	1	10							213.940	0,47
ULSS 12 VENEZIANA	2	16					1	8	1	8	306.249	0,52
ULSS 13 DI MIRANO											264.468	-
ULSS 14 DI CHIOGGIA											134.014	-
ULSS 15 ALTA PADOVANA	1	6	1	6							250.333	0,24
ULSS 16 DI PADOVA	3	35	1	4					2	31	409.197	0,86
ULSS 17 DI ESTE	1	8	1	8							193.867	0,41
ULSS 18 DI ROVIGO	1	8	1	8							174.899	0,46
ULSS 19 DI ADRIA											74.887	-
ULSS 20 DI VERONA	2	21	2	21							447.354	0,47
ULSS 21 DI LEGNAGO											177.017	-
ULSS 22 DI BUSSOLENGO											284.121	-
TOTALE	**17**	**151**	**10**	**76**			**2**	**20**	**5**	**55**	**4.885.548**	**0,31**

* In base ad informazioni pervenute il 30 settembre 2009 mediante contatto diretto con il personale operativo dell'équipe, la struttura residenziale di Thiene (10 posti letto) risulterebbe attualmente utilizzata come unità post-acuti. La Scheda relativa alla Struttura non è stata perciò inserita, i 10 p.l. sono stati comunque conteggiati

La regione ha inoltre programmato l'attivazione di altri 2 hospice per 13 posti letto, che si stima possano diventare operativi entro la fine del 2010.

Tav. 85 - Veneto: Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsti per il futuro (si veda Capitolo 5.2)

	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi a giugno 2009		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi nel 2009-10		Hospice che diventeranno presumibilmente operativi dopo il 2010			
Aziende Sanitarie	**hospice**	**posti letto**	hospice	posti letto	hospice	posti letto	hospice	posti letto	Popolazione residente 1/1/09	PL previsti /10.000 res.
ULSS 01 DI BELLUNO	**1**	**8**	1	8					129.394	0,62
ULSS 02 DI FELTRE	**1**	**4**	1	4					84.632	0,47
ULSS 03 DI BASSANO DEL GRAPPA	**1**	**8**	1	8					178.662	0,45
ULSS 04 ALTO VICENTINO *	**1**	**10**	1	10					187.082	0,53
ULSS 05 DI ARZIGNANO									179.783	-
ULSS 06 DI VICENZA	**2**	**12**	1	5	1	7			316.241	0,38
ULSS 07 DI PIEVE DI SOLIGO									218.051	-
ULSS 08 DI ASOLO									249.306	-
ULSS 09 DI TREVISO	**1**	**12**	1	12					412.051	0,29
ULSS 10 VENETO ORIENTALE	**1**	**10**	1	10					213.940	0,47
ULSS 12 VENEZIANA	**2**	**16**	2	16					306.249	0,52
ULSS 13 DI MIRANO									264.468	-
ULSS 14 DI CHIOGGIA									134.014	-
ULSS 15 ALTA PADOVANA	**2**	**12**	1	6	1	6			250.333	0,48
ULSS 16 DI PADOVA	**3**	**35**	3	35					409.197	0,86
ULSS 17 DI ESTE	**1**	**8**	1	8					193.867	0,41
ULSS 18 DI ROVIGO	**1**	**8**	1	8					174.899	0,46
ULSS 19 DI ADRIA									74.887	-
ULSS 20 DI VERONA	**2**	**21**	2	21					447.354	0,47
ULSS 21 DI LEGNAGO									177.017	-
ULSS 22 DI BUSSOLENGO									284.121	-
TOTALE	**19**	**164**	**17**	**151**	**2**	**13**			**4.885.548**	**0,34**

* In base ad informazioni pervenute il 30 settembre 2009 mediante contatto diretto con il personale operativo dell'équipe, la struttura residenziale di Thiene (10 posti letto) risulterebbe attualmente utilizzata come unità post-acuti. La Scheda relativa alla Struttura non è stata perciò inserita, i 10 p.l. sono stati comunque conteggiati.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La normativa veneta degli ultimi anni si incentra soprattutto sull'attenzione al paziente e sulla garanzia delle cure palliative.
Si ricorda che la Regione Veneto è stata la prima in Italia a definire negli anni 80 la Rete di Strutture Complesse di Terapia del Dolore. Recentemente il 29 dicembre 2009 è stata approvata la DGRV n° 4254 del "Progetti esecutivi per lo sviluppo delle reti di cure palliative aziendali per l'adulto, regionale per il bambino e per la lotta al dolore" e azioni centrali del Coordinamento regionale per le Cure Palliative e la lotta al dolore a sostegno dell'applicazione della LR 7/2009. Riparto dei contributi regionali per l'anno 2009 ai sensi della LR 7/2009 art.11, comma 1." Si tratta di un importante atto che anticipa alcuni contenuti della Legge Nazionale 38, in applicazione della legge regionale n° 7 del 19 marzo 2009.

Nel corso degli anni, sono state emesse delle raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore, introducendo il dolore come parametro vitale e creando una rete aziendale dei referenti del dolore (**dgr n. 1090 del 6 maggio 2008**) ed è stato approvato un documento per la "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e

a fine vita e dei malati con dolore" (**dgr n. 1609 del 17 giugno 2008**). Contemporaneamente è stata definita una scheda per la valutazione di accessibilità all'hospice (**dgr n. 3318 del 4 novembre 2008**) e sono state stilate le disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore (**LR n. 7 del 19 marzo 2009**).

L'integrazione dei servizi dedicati ai malati in fase terminale era stata avviata con il Documento di indirizzo e coordinamento alle Aziende Socio-sanitarie Venete denominato "Contro il dolore", per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore" (**dgr n. 309 del 14 febbraio 2003**) e successivamente garantita dall'**Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore** (istituito con **dgr n. 71 del 17 gennaio 2006**).
In particolare, l'Osservatorio si occupa del sistema di monitoraggio e valutazione dell'effettiva attuazione dei programmi e dell'impatto economico e gestionale dei servizi istituiti. In particolare, nella primavera 2006, l'Osservatorio ha effettuato un'indagine per verificare lo stato di attuazione della suddetta dgr n. 2989/2000. Va ricordato che la stessa delibera, peraltro, aggiorna la tariffa regionale per gli hospice, pari ad 232 euro al giorno (onnicomprensivo).

In un secondo momento, l'Osservatorio è stato affiancato dalla Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (**dgr 269 del 06 febbraio 2007**), con compiti propositivi in merito a:

- principi clinici e assistenziali;
- criteri organizzativi della rete di cure palliative e dei servizi di lotta al dolore;
- valutazioni d'impatto dei programmi regionali e nazionali;
- indirizzi formativi per gli operatori del settore.

L'intera struttura è stata recentemente perfezionata con la **dgr n. 1608 del 17 giugno 2008**, con la quale la regione ha istituito un sistema informativo regionale per le cure palliative.

Tra gli ultimi orientamenti legislativi, si rileva l'organizzazione della formazione per il personale sanitario e sociale delle Aziende ULSS ed Ospedaliere relativo alla lotta al dolore ed alle cure palliative pediatriche (**dgr n. 4157 del 18 dicembre 2007** e **dgr n. 1828 del 1 luglio 2008**).

Proprio in merito alla cure palliative dedicate ai minori, la regione Veneto è all'avanguardia. Già nel 2003, la **dgr n. 4029 del 19 dicembre 2003** aveva attivato la rete regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituito il Centro di Riferimento regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.
Successivamente nel 2007 è stato inaugurato il primo Hospice pediatrico in Italia (Centro Residenziale Cure Palliative per Bambino, a Padova), che però è diventato operativo solo dopo oltre un anno. 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.

Con riferimento all'attivazione degli hospice veneti, la **dgr n. 3605 del 22 novembre 2005** prevede modifiche rispetto al luogo di realizzazione e agli investimenti previsti per il progetto dell'IPAB Proti Salvi Trento di Vicenza; contestualmente, sono specificati i contributi concessi ai progetti riguardanti l'allestimento di strutture per cure palliative o altri progetti ad essi riconducibili. La **dgr n. 1082 del 11 aprile 2006**, invece, sancisce l'attivazione dell'Hospice extraospedaliero presso l'Istituto Suore Terziarie Francescane Elisabettine.

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 del 15 febbraio 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'eserci-

zio degli Hospice extra-ospedalieri è in capo al Dirigente regionale "Piani e Programmi Socio-Sanitari" (previa attestazione delle Aziende Sanitarie dei requisiti minimi prescritti da 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.

Risalendo indietro nel tempo, si ricorda che la regione Veneto tracciò la direzione del modello assistenziale regionale già con la **dgr n. 5273 del 1998**, la quale definisce 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 ha definito le proprie "Linee di indirizzo regionali alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione dei servizi assistenziali integrati ai pazienti in fase terminale", specificano inoltre i requisiti strutturali, tecnologici ed 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 39/99 ed 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 hospice:

- **Hospice extra-ospedaliero**, funzionalmente autonomo e fisicamente separato dalla struttura ospedaliera. Il tratto peculiare é 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[39];
- **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 ed 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)[40].

[39] Tali caratteristiche hanno favorito la collocazione degli hospice extra-ospedalieri nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari (Residenze Sanitarie Assistenziali, Istituti di Riabilitazione e Case di Riposo)

[40] 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 23/3/2005, vengono stabiliti i criteri per l'incentivazione, la formazione, la responsabilizzazione ed 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 ad ogni paziente continuità ed adeguatezza assistenziale.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
287	Deliberazione Giunta Regionale n: 4254 del 29 dicembre 2009	Progetti esecutivi per lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative aziendali per l'adulto, regionale per il bambino e per la lotta al dolore e azioni centrali del coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore a sostegno della legge regionale n. 7/2009. Riparto dei contributi regionali per l'anno 2009 ai sensi della LR 7/2009 art. 11 comma 1"		Rete delle cure palliative paziente adulto e pediatrico
232	Legge Regionale n. 7 del 19 marzo 2009	Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore		programmazione, rete cure palliative, finanziamenti, cure palliative/terapia del dolore
231	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1828 del 1 luglio 2008	DGRV n° 4157 del 18 dicembre 2007. Programma regionale di formazione per il personale sanitario e sociale delle aziende ULSS e ospedaliere relativo alla lotta al dolore ed alle cure palliative pediatriche. Anno 2008. Modificazione.		formazione
230	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3318 del 4 novembre 2008	Scheda per la valutazione di accessibilità all'hospice. Approvazione.		cure palliative/terapia del dolore
169	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1609 del 17 giugno 2008	Approvazione del documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore"		cure palliative/terapia del dolore
168	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1608 del 17 giugno 2008	Approvazione del documento "Indicatori per le cure palliative" Istituzione del sistema informativo regionale per le cure palliative	La delibera specifica le caratteristiche del sistema informativo e del nucleo di cure palliative, gli indicatori per i diversi modelli assistenziali e gli indirizzi formativi	cure palliative/terapia del dolore
167	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1090 del 06 maggio 2008	Sviluppo dei programmi di lotta al dolore ai sensi delle delibere giuntali 309/03 e 71/06: raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore: introduzione del dolore come parametro vitale; creazione della rete aziendale dei referenti del dolore		cure palliative/terapia del dolore

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
166	Deliberazione della Giunta Regionale n. 4157 del 18 dicembre 2007	Programma regionale di formazione per il personale sanitario e sociale delle Aziende ULSS ed Ospedaliere relativo alla lotta al dolore ed alle cure palliative pediatriche. Anno 2008		formazione
165	Deliberazione della Giunta Regionale n. 269 del 06 febbraio 2007	Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Nomina dei componenti ed approvazione del regolamento di funzionamento interno		cure palliative/terapia del dolore
170	Deliberazione Giunta Regionale n. 1082 del 11 aprile 2006	Azienda U.L.S.S. n. 16 Padova, attivazione dell'Hospice extraospedaliero presso l'Istituto Suore Terziarie Francescane Elisabettiane.		programmazione
164	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3242 del 17 ottobre 2006	Centro residenziale denominato "Hospice Centro Residenziale di cure palliative per il bambino" e connesso "Centro Regionale per la diagnostica del bambino maltrattato", in gestione all'Azienda Ospedaliera di Padova. Finanziamento per l'anno 2006 e determinazione delle tariffe per le funzioni svolte.	In considerazione della maggiore complessità assistenziale dei pazienti pediatrici, la regione ha definito tariffe giornaliere specifiche: 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	tariffazione
163	Deliberazione della Giunta Regionale n. 71 del 17 gennaio 2006	Costituzione dell'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore	Avvia un sistema di monitoraggio e valutazione dell'effettiva attuazione dei programmi e dell'impatto economico e gestionale dei servizi istituiti attraverso l'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Inoltre aggiorna la tariffa regionale per gli hospice per adulti, pari a 232 euro al giorno	cure palliative/terapia del dolore, rete cure palliative, tariffazione
172	Allegato A alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 3605 del 22 novembre 2005	Allegato A alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 3605 del 22 novembre 2005	Sono specificati i contributi concessi ai progetti riguardanti l'allestimento di strutture per cure palliative o altri progetti ad essi riconducibili	finanziamenti, rete cure palliative
171	Deliberazione della Giunta Regionale n. 3605 del 22 novembre 2005	Programma degli interventi per la realizzazione ed il completamento di strutture per le Cure Palliative. Riallineamento e Modifica alla D.G.R.V. n. 698/2002	Prevede la variazione dell'intervento relativamente al progetto dell'IPAB Proti Salvi Trento di Vicenza, spostando il luogo della realizzazione e modificando l'ammontare degli investimenti previsti	programmazione, modello assistenziale (hospice)

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
162	Deliberazione della Giunta Regionale n. 4029 del 19 dicembre 2003	Attivazione della rete regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera di Padova		rete cure palliative, cure palliative/terapia del dolore, modello assistenziale (hospice)
161	Deliberazione della Giunta Regionale 309 del 14 febbraio 2003	Documento di indirizzo e coordinamento alle Aziende Socio-sanitarie Venete denominato "Contro il dolore", per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore"		cure palliative/terapia del dolore
160	Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002	Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Vale quanto previsto dalla dgr n. 447/2000 per cui – in attesa che la Giunta definisca le norme procedurali per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento – la competenza al rilascio dell'autorizzazione 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 viene disposto l'accreditamento della struttura con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.	autorizzazione e accreditamento
159	Deliberazione della Giunta Regionale n. 447 del 15 febbraio 2000	D.Lgs. 229/99 art. 8-ter. - Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie	Sono da considerarsi soggette ad autorizzazione tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che si configurino come istituti e centri di riabilitazione sia ambulatoriali che di ricovero a ciclo continuativo e diurno, centri di salute mentale (CSM) ed annessi centri diurni e di day-hospital psichiatrico territoriali, strutture residenziali di psichiatria, strutture di cura e riabilitazione per tossicodipendenti e malati di HIV	autorizzazione e accreditamento
158	Deliberazione della Giunta Regionale n. 751 del 10 marzo 2000	Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva	Stabilisce 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)	modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare), rete cure palliative

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
157	Deliberazione della Giunta Regionale n. 2989 del 22 settembre 2000	Linee di indirizzo regionali alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione dei servizi assistenziali integrati ai pazienti in fase terminale	Gli obiettivi sono: creare le condizioni per garantire un continuum assistenziale di qualità per i malati gravi e terminali e di utilizzare al meglio i finanziamenti ex Legge n. 39/99, ampliando adeguatamente il numero di strutture residenziali di cure palliative. La delibera, inoltre, delinea i tratti organizzativi della rete delle cure palliative e specifica i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per gli hospice	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP), finanziamenti/ tariffazione
156	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5273 del 29 dicembre 1998	Linee Guida Regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I.	Definisce 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	modello assistenziale (assistenza domiciliare), rete cure palliative

HOSPICE CASA TUA DUE
ULSS 1 BELLUNO

Codice: 54

VENETO – ULSS 01 DI BELLUNO

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Europa, 22 - 32100 - Belluno (BL)
Telefono: 0437-516652
Fax: 0437-516658
E-mail: casatua2@ulss.belluno.it ; agostino.mascanzoni@ulss.belluno.it
Web: http://www.ulss.belluno.it/index.php?pagina=cdsulss&cat=10&vedi=32
Responsabilità legale: Ermanno Angonese (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: mista pubblica / privata profit (Azienda Sanitaria ed Ente privato)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2002
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 28/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE LE VETTE
ULSS 2 FELTRE

Codice: 107

VENETO – ULSS 02 DI FELTRE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Bagnols sur Cèze, 3 - 32032 - Feltre (BL)
Telefono: 0439-883071
Fax: 0439-883072
E-mail: curepalliative@ulssfeltre.veneto.it ; direzione.distretto@ulssfeltre.***veneto.it***
Web: www.ulssfeltre.veneto.it
Responsabilità legale: Bortolo Simoni (ULSS 2 Feltre)
Responsabile medico: Domenico Scibetta
Responsabile infermieristico: Albino Ventimiglia
Altro referente: Gino Gobber (medico palliativista)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (4 posti letto in 4 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTA: oltre ai 4 posti letto già operativi sono stati deliberati e finanziati ulteriori 2 posti letto residenziali in 2 camere singole, che verranno realizzati nei tempi tecnici necessari.
Ambulatorio: servizio autorizzato
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
Certificazione ISO 9000/2000: non disponibile

Questionario compilato il 03/08/2009 e validato dal Direttore della struttura (complessa/dipartimentale) a cui afferisce l'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE CASA GEROSA
ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA

Codice: 108

VENETO – ULSS 03 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 ; valerio.zanforlin@aslbassano.it
Web:
Responsabilità legale: Valerio Alberti (ULSS 3 Bassano del Grappa)
Responsabile medico: Valerio Zanforlin
Responsabile infermieristico: Marina Lucia Dissegna
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / religiosa (Azienda Sanitaria e Congregazione religiosa)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, erogatore per ossigeno e vuoto
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE c/o OSPEDALE S. BORTOLO ULSS 6 VICENZA

Codice: 161

VENETO – ULSS 06 DI VICENZA

Dati anagrafici

Indirizzo: Viale Rodolfi, 37 - 36100 - Vicenza (VI)
Telefono: 0444-757420
Fax: 0444-757422
E-mail: marco.visentin@ulssvicenza.it; ; leonardo.trentin@ulssvicenza.it
Web: http://www.ulssvicenza.it/nodo.php/395
Responsabilità legale: Antonio Alessandri (ULSS 06 di Vicenza)
Responsabile medico: Marco Visentin
Responsabile infermieristico: Valentino Gramola
Altro referente: Leonardo Trentin (medico)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (più enti: Azienda Sanitaria e IPAB pubblica)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2007 e sono terminati nel 2008
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Complessa
L'hospice è situato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti di tipo sanitario (Presidio Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (5 posti letto in 5 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
NOTE: in futuro i posti letto residenziali diventeranno 7.
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per disautonomia, televisione, telefono, letto regolabile, aria condizionata, presa ossigeno e aria compressa
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 05/08/2009 (validazione dati non indicata)
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'OICP

HOSPICE CASA DEI GELSI
FONDAZIONE AMICI ASSOCIAZIONE ADVAR

Codice: 61

VENETO – ULSS 09 DI TREVISO

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Fossagera, 4/C - 31100 - Treviso (TV)
Telefono: 0422-358311
Fax: 0422-358333
E-mail: casadeigelsi@advar.it
Web: www.advar.it
Responsabilità legale: Anna Mancini (Fondazione Amici Associazione ADVAR onlus - Treviso)
Responsabile medico: Antonio Orlando
Responsabile infermieristico: Lucia Nicolao
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: Terzo Settore (Fondazione di diritto privato)
Anno di attivazione: 2004

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2004
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 11 camere, di cui 1 doppia e 10 singole, tutte con posto letto per un familiare)
NOTE: le camere al piano terra hanno accesso diretto al giardino, le camere al primo piano hanno un terrazzo.
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono, internet, frigorifero, tavolo scrivania
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 60 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dal Ministero della Salute e della regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE I.P.A.B. RESIDENZA PER ANZIANI "G. FRANCESCON"

Codice: 118

VENETO – ULSS 10 VENETO ORIENTALE

Dati anagrafici

Indirizzo: Borgo San Gottardo, 44 - 30026 - Portogruaro (VE)
Telefono: 0421-71329
Fax: 0421-761126
E-mail: giovanni.giunta@libero.it ; giunta.giovanni@hospice.191.it
Web:
Responsabilità legale: Diana Santin (IPAB Residenza per anziani "G. Francescon")
Responsabile medico: Giovanni Giunta
Responsabile infermieristico: Ramon Filippo
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (IPAB pubblica)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono iniziati nel 2007 e sono terminati nel 2007
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

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

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 24/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dall'Azienda Sanitaria

HOSPICE 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: Don Corrado Cannizzaro (Fondazione Opera Santa Maria della Carità - OSMC - Venezia)
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 pubblica / religiosa (Fondazione religiosa e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione,
I finanziamenti del Ministero della Salute non sono stati richiesti

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, telefono e internet
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È prevista l'adozione della carta dei servizi entro 6 mesi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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 ; hospice.ve@fatebenefratelli.it
Web: http://www.fatebenefratelli.it
Responsabilità legale: Fra Giampietro Luzzato (Ospedale Fatebenefratelli San Raffaele Arcangelo - Milano)
Responsabile medico: Rodolfo Scognamiglio
Responsabile infermieristico: Maria Josè Perez Alfonso
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: religiosa (Ente ospedaliero religioso classificato)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

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 ospedaliera per acuti e non acuti di tipo sanitario (Ospedale privato)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
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 06/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE "IL MELOGRANO" CENTRO SERVIZI PER ANZIANI "ANNA MORETTI BONORA" DI CAMPOSAMPIERO ULSS 15 ALTA PADOVANA

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: Francesco Benazzi (Azienda ULSS 15 Alta Padovana)
Responsabile medico: Leopoldo Tessaro
Responsabile infermieristico: Flora Paggiaro
Altro referente: Domenico Billeci, Chiara Azzalin (direttore Nucleo CP ULSS 15, medico responsabile organizzativo)

Dati generali

Tipologia di hospice: sanitario
Tipo di gestione: pubblica (più enti: Azienda Sanitaria e IPAB pubblica)
Anno di attivazione: 2002

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono iniziati nel 2003 e sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo socio-assistenziale

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (6 posti letto in 6 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito in caso di necessità (valutata dall'équipe)
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 30/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CASA SANTA CHIARA
ISTITUTO SUORE 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: www.casasantachiara.org
Responsabilità legale: Maria Prado (Istituto Suore Francescane Elisabettine - Congregazione religiosa - Padova)
Responsabile medico: Paolo Forzan
Responsabile infermieristico: Alessia Battocchio
Altro referente: Suor Federica Menara (direttrice)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / religiosa (Congregazione religiosa e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono in fase di adeguamento strutturale, i lavori sono iniziati nel 2009 e si prevede termineranno nel 2011
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Casa alloggio (per malati di AIDS)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (12 posti letto in 10 camere, di cui 3 multifunzionali e 7 singole, 4 con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

È in corso l'adeguamento strutturale ex DPCM 20/01/2000, per alcune camere di degenza
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione, tavolo con sedie, aria condizionata
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 30/07/2009 e validato dal Direttore gestionale/amministrativo dell'hospice
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE "CASA DEL BAMBINO" CENTRO RESIDENZIALE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Codice: 110

VENETO – ULSS 16 DI PADOVA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Cesare Battisti - angolo Via Ospedale Civile, 25 - 35128 - Padova (PD)
Telefono: 049-8213505
Fax: 049-8213509
E-mail: benini@pediatria.unipd.it
Web:
Responsabilità legale: Adriano Cestrone (Azienda Ospedaliera di Padova)
Responsabile medico: Franca Benini
Responsabile infermieristico: non disponibile
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: non disponibile
Tipo di gestione: pubblica (più enti: Azienda Ospedaliera e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2008

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

Appartenenza dell'hospice ad una Unità di Cure Palliative: non disponibile
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (4 posti letto)
Ambulatorio: non disponibile
Day hospital/Day hospice: non disponibile
Assistenza Domiciliare: non disponibile
Ospedalizzazione Domiciliare: non disponibile

Altri indicatori di qualità

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

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla regione

HOSPICE CENTRO CURA E SOLLIEVO PAOLO VI FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE ULSS 16 PADOVA

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 disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: mista pubblica / religiosa (Azienda Sanitaria e Fondazione religiosa)
Anno di attivazione: 2000

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 2000
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (quota dei finanziamenti ricevuti non indicata)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (19 posti letto in 19 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: sì
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Non viene fornito supporto al lutto dei familiari
Non è disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Dati parzialmente aggiornati a luglio 2009 in base alle indicazioni del Coordinatore regionale SICP
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE c/o EX OSPEDALE MONTAGNANA ULSS 17 ESTE

Codice: 56

VENETO – ULSS 17 DI ESTE

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Lavoro e/o Via Ospedale, 15 - 35044 - Montagnana (PD)
Telefono: 0429-808723
Fax: 0429-808720
E-mail: hospice@ulss17.it ; lucioconforto@ulss17.it; cureprimarie@ulss17.it
Web:
Responsabilità legale: Giovanni Pavesi (ULSS 17 di Este)
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

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice non ha avuto bisogno di lavori di costruzione/ristrutturazione,
I finanziamenti del Ministero della Salute non sono stati richiesti

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 ospedaliera per non acuti di tipo sanitario (Ospedale pubblico)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia e televisione
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 8 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 15/07/2009 e validato dal Responsabile medico/sanitario dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

HOSPICE CASA DEL VENTO ROSA c/o IPAB DI LENDINARA 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: info@casalendinara.it ; info@casalendinara.com
Web: http://www.casalendinara.it
Responsabilità legale: Loris Veronese (IPAB Casa Albergo per Anziani - Lendinara)
Responsabile medico: Bruno Piva
Responsabile infermieristico: Loredana Mengoni
Altro referente: non disponibile

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (più enti: IPAB pubblica e Azienda Sanitaria)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2005
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice non fa parte di una Unità di Cure Palliative
L'hospice è situato all'interno di una Casa di riposo (pubblica)

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

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

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato, in media per 6 giorni
È disponibile la carta dei servizi
È prevista la certificazione ISO 9000/2000 entro 6 mesi

Questionario compilato il 07/08/2009 e validato dal Responsabile legale dell'hospice
Hospice confermato dalla regione e dall'Azienda Sanitaria
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta 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:
Responsabilità legale: Maria Giuseppina Bonavina (Azienda ULSS 20 - Verona)
Responsabile medico: Roberto Borin
Responsabile infermieristico: Federica Morini
Altro referente: Gianvito Romanelli (medico coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (più enti: Azienda Sanitaria e IPAB pubblica)
Anno di attivazione: 2006

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

L'hospice è stato costruito ex novo, i lavori sono terminati nel 2006
L'hospice è stato finanziato dal Ministero della Salute (i finanziamenti sono stati ricevuti totalmente)

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è una struttura dedicata, autonoma e logisticamente indipendente di tipo sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio accreditato (14 posti letto in 14 camere, tutte singole con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 3 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 31/07/2009 e validato dal Direttore di Distretto dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dal Ministero della Salute e della regione
Hospice presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima identificazione dell'hospice avvenuta da segnalazione spontanea

HOSPICE SAN CRISTOFORO

Codice: 55

VENETO – ULSS 20 DI VERONA

Dati anagrafici

Indirizzo: Via Rinascimento, 20 - 37044 - Cologna Veneta (VR)
Telefono: 0442-425066
Fax: 0442-411818
E-mail: roberto.borin@ulss20.verona.it ; gianped@pedelini.it
Web: http://www.ulss20.verona.it/showstr.php?codstr=308055&ar=
Responsabilità legale: Maria Giuseppina Bonavina (Direttore Generale ULSS 20 di Verona)
Responsabile medico: Roberto Borin
Responsabile infermieristico: Jessica Pedrina
Altro referente: Giovanni Pedelini (medico coordinatore)

Dati generali

Tipologia di hospice: socio-sanitario
Tipo di gestione: pubblica (più enti: Azienda Sanitaria e IPAB pubblica)
Anno di attivazione: 1999

Costruzione/adeguamento strutturale e Finanziamenti ministeriali ex Legge 39/99

I locali dell'hospice sono stati ristrutturati, i lavori sono terminati nel 1999
L'hospice non è stato finanziato dal Ministero della Salute

Tipo di struttura e sede

L'hospice fa parte di una Unità di Cure Palliative classificata come Struttura Semplice
L'hospice è situato all'interno un Centro Polifunzionale non ospedaliero di tipo socio-sanitario

Livelli assistenziali (accreditati/autorizzati)

Degenza: servizio autorizzato (7 posti letto in 6 camere, di cui 1 doppia e 5 singole, tutte con posto letto per un familiare)
Ambulatorio: no
Day hospital/Day hospice: no
Assistenza Domiciliare: no
Ospedalizzazione Domiciliare: no

Altri indicatori di qualità

Sono rispettati tutti i requisiti ex DPCM 20/01/2000
Dotazioni delle camere: servizi igienici autonomi, attrezzature per la disautonomia, televisione e telefono
Il supporto al lutto dei familiari è fornito da personale qualificato e mediante gruppi di auto mutuo aiuto, in media per 2 giorni
È disponibile la carta dei servizi
L'hospice non è certificato ISO 9000/2000

Questionario compilato il 24/07/2009 e validato dal Direttore di Distretto dell'Azienda Sanitaria
Hospice confermato dalla regione
Hospice non presente tra le strutture finanziate dal Ministero della Salute ex L.39/99
Prima segnalazione dell'hospice ricevuta dalla SICP

ALLEGATI

5.1 METODOLOGIA DELLA RICERCA

Rispetto all'impianto metodologico previsto nella precedente ricerca condotta nel 2006, le modifiche più rilevanti apportate nel 2009 per rendere più efficiente e flessibile il sistema di monitoraggio sono le seguenti:

- la richiesta di aggiornamento dell'elenco degli hospice operativi e programmati è stato inviato a tutte le 19 **regioni** italiane ed alle 2 **Province autonome di Trento e Bolzano** (in particolare agli Assessorati regionali competenti in materia sanitaria e sociale) e, per un controllo incrociato delle informazioni, a tutti i Coordinatori regionali della SICP. Non è stato invece ritenuto opportuno ripetere l'invio anche a tutte le Aziende Sanitarie locali, ritenendo sufficienti le informazioni provenienti dalle regioni e tenendo conto che nel 2006 avevano inviato risposta solo poco più della metà delle Aziende Sanitarie;
- il **questionario** di rilevazione è stato integrato in modo da poter essere somministrato anche agli hospice non operativi (in fase di realizzazione, progettazione o programmazione), così da raccogliere informazioni aggiornate sul loro stato di attuazione;
- l'indagine è stata effettuata **on-line** e non mediante invio dei questionari via posta come era avvenuto nel 2006. Questo metodo via **Internet** ha potuto rendere più rapidi i tempi di svolgimento del monitoraggio (2 mesi nel 2009, contro 8 mesi nel 2006), sebbene non abbia reso possibile ottenere la firma autentica dei responsabili legali delle strutture quale garanzia ufficiale della validazione dei dati. In particolare nel 2009 la validazione dei dati è avvenuta indicando sui moduli on-line il nome ed il ruolo del validatore.
- Per quanto riguarda l'innovazione metodologica forse più importante, nel 2009 è stato inoltre effettuato un **approfondimento sugli aspetti gestionali ed economici** su un campione selezionato e significativo di 17 hospice. Tale approfondimento è stato realizzato mediante interviste face to face, coinvolgendo sia i responsabili delle strutture, sia in alcuni casi i responsabili amministrativi; lo stesso questionario di approfondimento è stato inoltre autocompilato anche dai responsabili di ulteriori 15 hospice;
- infine i risultati della ricerca e dell'aggiornamento relativo alle normative nazionali e regionali è confluito in un **database strutturato di normative**, composto oltre 280 riferimenti legislativi emanati nell'ambito delle cure palliative, suddivisi per territorio di riferimento e per ambito tematico. **Si tratta di un ulteriore valore aggiunto di cui potranno usufruire tutti gli operatori del settore**.
- ad aprile 2010 è stata effettuata una ulteriore e definitiva ricognizione tramite la somministrazione di un questionario e successivo controllo telefonico individuale da parte del Curatore dell'opera ed i Coordinatori regionali della SICP, per verificare lo stato di attivazione delle strutture non operative al 30 giugno 2009, eventuali modifiche intercorse nella programmazione e l'emanazione di eventuali nuove normative regionali sulle cure palliative. Ciò ha portato ad ulteriori note integrative nelle schede del Capitolo 4, relative a ciascuna regione, e ai Capitoli 5.2 e 5.3.2. Le integrazioni sono servite per la stesura definitiva del Capitolo 2.

Di seguito sono descritte in dettaglio tutte le attività di ricerca svolte, organizzate in 5 fasi operative.

FASE 1 - AGGIORNAMENTO SUGLI HOSPICE OPERATIVI E PROGRAMMATI (MARZO 2009 – GIUGNO 2009)

Attività 1.1 – Invio a tutte le regioni e le Provincie autonome della richiesta di aggiornamento dell'elenco degli hospice attivi e programmati in base ai documenti di programmazione regionale e della richiesta relativa alla normativa regionale aggiornata approvata nell'ambito delle cure palliative (maggio 2009);

Attività 1.2 – Invio a tutti i Coordinatori regionali SICP della richiesta di aggiornamento dell'elenco degli hospice attivi e programmati in base ai documenti di programmazione regionale e della normativa regionale aggiornata approvata nell'ambito delle cure palliative. I dati inviati hanno permesso di effettuare una verifica incrociata rispetto alle analoghe informazioni richieste alle regioni. Si evidenzia in particolare che, per molte regioni, la verifica degli hospice e delle normative è stata effettuata in stretta collaborazione ed in perfetto coordinamento operativo tra i referenti regionali per le cure palliative (nelle regioni dove tale figura è stata nominata) ed i Coordinatori regionali della SICP (maggio 2009);

Attività 1.3 – Ricerca desk autonoma, ricezione e verifica dei dati delle regioni e dei Coordinatori regionali SICP, aggiornamento continuo del database e identificazione dei 270 hospice potenziali (marzo – giugno 2009);

FASE 2 - INDAGINE ON-LINE SU TUTTI GLI HOSPICE OPERATIVI E PROGRAMMATI (MARZO 2009 – AGOSTO 2009)

Attività 2.1 – Progettazione e realizzazione del questionario on-line per la raccolta dei dati di base "Questionario hospice 2009 - Parte 1" (marzo – giugno 2009);

Attività 2.2 – Svolgimento della rilevazione on-line, inviando il "Questionario hospice 2009 - Parte 1" a tutti i 270 hospice potenziali identificati ed effettuando una costante attività di supporto alla compilazione (luglio – agosto 2009);

- Start-up della rilevazione on-line: 2 luglio 2009 (393 e-mail inviate a 270 hospice potenziali;
- Solleciti: 4 solleciti via e-mail, dei quali l'ultimo effettuato il 30 luglio 2009;
- Termine della rilevazione: 7 agosto 2009.

Attività 2.3 – Ricezione e verifica dei questionari compilati (luglio – agosto 2009);

Ricevuti 185 questionari compilati, di cui:

- 138 questionari di hospice già operativi a giugno 2009 (tasso di risposta dell'84% rispetto al totale dei 165 hospice operativi),
- 35 questionari di hospice non ancora operativi, di cui:
  - 14 già realizzati ma ancora inattivi
  - 14 in fase di realizzazione
  - 5 in fase di progettazione
  - 2 in fase di programmazione
- 6 questionari che non sono stati elaborati perché relativi a strutture operative senza i requisiti di hospice,
- 6 questionari di hospice che nel 2006 risultavano programmati, ma che nel 2009 sono risultati non più previsti nell'ambito della programmazione regionale.

FASE 3 - APPROFONDIMENTO DEGLI ASPETTI GESTIONALI ED ECONOMICI SU UN CAMPIONE DI HOSPICE OPERATIVI (MARZO – AGOSTO 2009)

Attività 3.1 – Progettazione e realizzazione del questionario per la raccolta dei dati di approfondimento gestionale ed economico "Questionario hospice 2009 - Parte 2" (marzo – giugno 2009);

Attività 3.2 – Somministrazione face to face del "Questionario hospice 2009 - Parte 2" ai responsabili di un campione selezionato e rappresentativo di 17 hospice operativi. Lo stesso questionario è stato inoltre autocompilato anche dai responsabili di ulteriori 15 hospice (luglio – agosto 2009);

Attività 3.3 – Codifica su supporto informatico e verifica dei dati relativi ai 32 questionari compilati (luglio – agosto 2009);

FASE 4 - AGGIORNAMENTO NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI (GIUGNO – SETTEMBRE 2009)

Attività 4.1 – Verifica delle normative regionali segnalate dalle regioni e dai Coordinatori regionali SICP" e sistematizzazione delle stesse in un database strutturato composto da oltre 280 riferimenti normativi suddivisi per territorio di riferimento (nazionale, regionale) e per ambito tematico (luglio 2009 – aprile 2010);

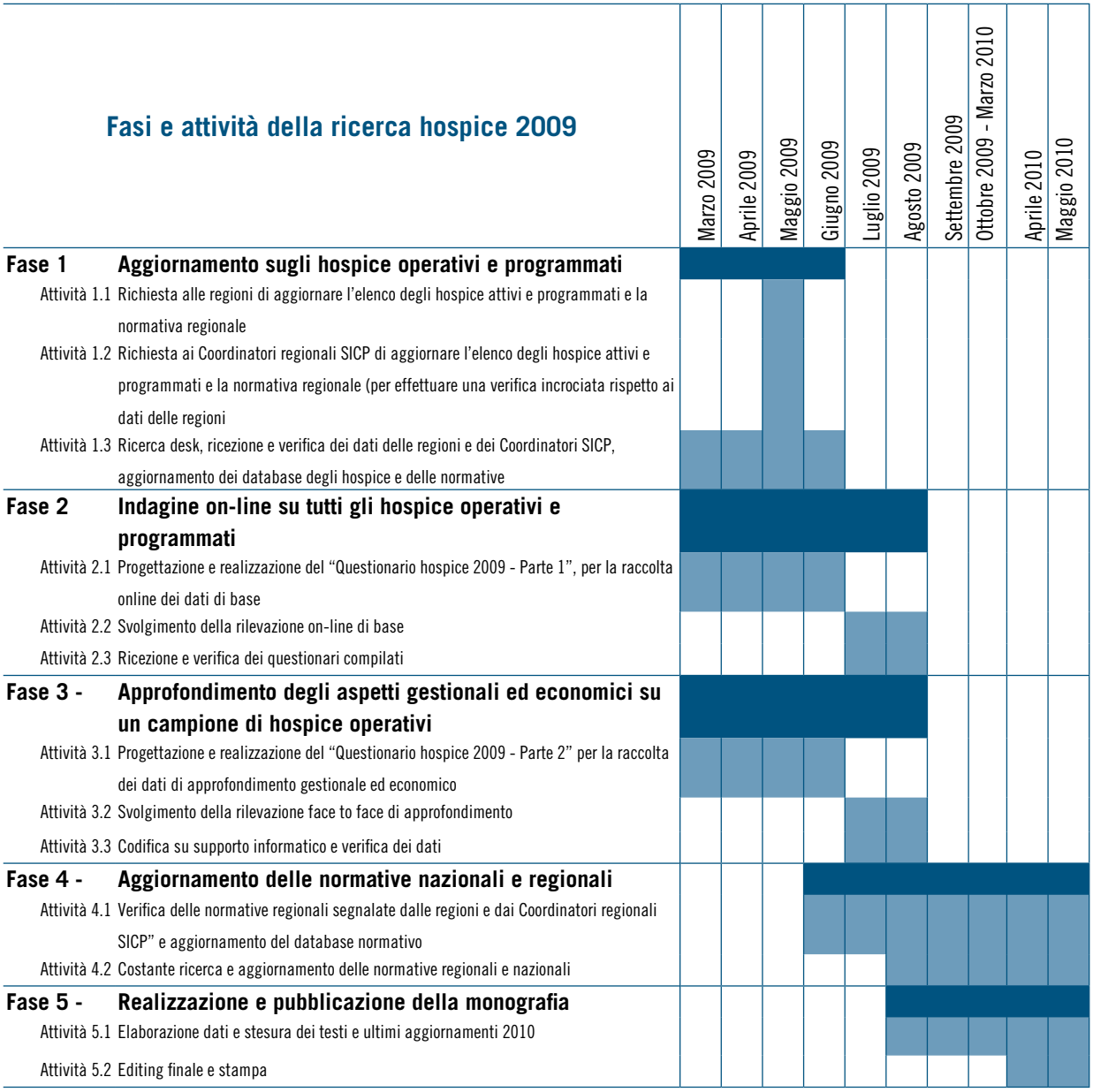
Attività 4.2 – Costante ricerca e aggiornamento delle normative regionali e nazionali (settembre 2009 – aprile 2010);

FASE 5 - REALIZZAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA MONOGRAFIA (AGOSTO 2009 – APRILE 2010)

Attività 5.1 – Verifica dei dati raccolti e delle normative, elaborazione dei dati, delle tabelle e dei grafici e stesura dei testi. Si è rivelata particolarmente preziosa la continua verifica degli hospice e delle normative effettuata dai Coordinatori regionali della SICP sino all'ultima stesura del testo (agosto 2009 – aprile 2010);

Attività 5.2 – Attività di editing finale e stampa (ottobre 2009 – maggio 2010);

Si riporta infine di seguito il Gantt delle fasi e delle attività di ricerca realizzate.



5.2 HOSPICE PROGRAMMATI NON ANCORA OPERATIVI AL 30 GIUGNO 2009
(aggiornamento al 15 aprile 2010)

Nella tabella seguente sono riportate alcune informazioni aggiornate sullo stato di attuazione dei 91 hospice previsti dalla programmazione di ciascuna regione al 30 giugno 2009 e che a quella data non risultavano ancora operativi. Gli hospice sono stati suddivisi in base allo stato di avanzamento nelle seguenti sottocategorie: 1. in fase di progettazione; 2. in fase di programmazione; 3. in fase di realizzazione; 4. già realizzato ma non operativo; 5. attivato successivamente al 30 giugno 2009. L'elenco è stato aggiornato al **15 aprile 2010** soprattutto grazie ai Coordinatori Regionali della SICP,

In fondo all'elenco sono stati indicati analiticamente i **10** hospice (nuovi posti letto operativi: 127) attivati nel periodo intercorso tra il **30 giugno 2009** (data di chiusura dell'analisi qualitativa dei Questionari) e il **15 aprile 2010** (data di presentazione all'editore della presente monografia). Le notizie sono state ricontrollate più volte tramite i Coordinatori regionali della SICP. Gli hospice attivati sono stati contraddistinti con il simbolo ° seguito da una numerazione progressiva. Il simbolo * seguito da una numerazione progressiva contraddistingue invece 2 hospice inseriti, nella programmazione regionale nel corso del 2010.

È interessante notare che ben 20 hospice risultano già realizzati ma non erano ancora operativi al 15 Aprile 2010: per 18 di essi, la maggioranza, le opere sono stati finanziate dalla Legge 39/99.

regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività (giugno 2009)	Ultimo aggiornamento		Hospice (Codice e Denominazione)	Città	Prov.	Posti Letto	Fin. L. 39/99
Abruzzo	ASL di Avezzano-Sulmona	in fase di realizzazione	Sito Internet ASL 2009	186	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO "SS. FILIPPO E NICOLA" - AUSL 1 AVEZZANO SULMONA	Avezzano	AQ	10	Sì
Abruzzo	ASL di Chieti	in fase di realizzazione	regione 2009	152	HOSPICE DEL COMUNE DI TORREVECCHIA TEATINA	Torrevecchia Teatina	CH	18	Sì
Abruzzo	ASL di Chieti	in fase di realizzazione	Questionario 2009	188	HOSPICE DI CHIETI C/O EX PRESIDIO OSPEDALIERO SS. ANNUNZIATA - ASL CHIETI	Chieti	CH	10	Sì
Abruzzo	ASL di Lanciano-Vasto	in fase di realizzazione	regione 2009	189	HOSPICE C/O EX IPAB DI LANCIANO - AUSL 3 LANCIANO VASTO	Lanciano	CH	10	Sì
Abruzzo	ASL di l'Aquila	in fase di progettazione	regione 2009	95	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE TERAPIE DI SUPPORTO E RIABILITAZIONE C/O OSPEDALE SAN SALVATORE - ASL 4 L'AQUILA	L'Aquila	AQ	10	Sì
Abruzzo	ASL di Pescara	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	172	HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - AUSL PESCARA	Pescara	PE	10	Sì
Abruzzo	ASL di Teramo	in fase di realizzazione	regione 2009	187	HOSPICE C/O OSPEDALE CIVILE MAZZINI DI TERAMO - ASL TERAMO	Teramo	TE	10	Sì
Basilicata	ASP - ASL di Potenza	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	184	HOSPICE DI MURO LUCANO - ASP ASL DI POTENZA	Muro Lucano	PZ	7	Sì
Calabria	ASL di Crotone	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	176	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO - ASL CROTONE	Crotone	KR	6	No
Calabria	ASL di Vibo Valentia	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	195	HOSPICE C/O EX DISPENSARIO DI TROPEA - ASL 8 VIBO VALENTIA	Tropea	VV	12	Sì
Calabria	ASP di Catanzaro	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	194	HOSPICE - ASP DI CATANZARO	Catanzaro	CZ	10	Sì
Calabria	ASP di Cosenza	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	212	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI IN FIORE - ASP DI COSENZA	San Giovanni in Fiore	CS	6	No
Calabria	ASP di Reggio Calabria	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	191	HOSPICE C/O EX OSTELLO DELLA GIOVENTÙ DI MELICUCCO - ASP DI REGGIO CALABRIA	Melicucco	RC	12	Sì
Calabria	ASP di Reggio Calabria	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	192	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI SIDERNO - ASP DI REGGIO CALABRIA	Siderno	RC	18	Sì
Campania	ASL Avellino	in fase di realizzazione	regione 2009	146	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO LANDOLFI DI SOLOFRA – ASL AVELLINO	Solofra	AV	12	Sì
Campania	ASL Benevento	in fase di programmazione	regione 2009	147	HOSPICE - AZIENDA OSPEDALIERA "G. RUMMO" DI BENEVENTO	Benevento	BN	6	Sì
Campania	ASL Caserta	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	301	HOSPICE "NICOLA FALDE" (Parte del Polo del sollievo/scienze della vita con l'Hospice Villa Giovanna)	Santa Maria Capua Vetere (CE)	CE	20	No
Campania	ASL Caserta	In fase di avanzata realizzazione	Coord. SICP 2010	351	HOSPICE VILLA GIOVANNA (parte del Polo del Sollievo/scienza della vita, con l'Hospice Nicola Falde"	Tora e Piccilli (CE)	CE	28	No
Campania	ASL Caserta	in fase di progettazione	regione 2009	2	HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI FISIOPATOLOGIA, TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE - AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA	Caserta	CE	10	Sì

regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività (giugno 2009)	Ultimo aggiornamento		Hospice (Codice e Denominazione)	Città	Prov.	Posti Letto	Fin. L. 39/99
Campania	ASL Caserta	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	341	HOSPICE C/O CASA DI CURA VILLA FIORITA - ASL CASERTA	Capua	CE	20	No
Campania	ASL Napoli 1 centro	in fase di programmazione	regione 2009	145	HOSPICE C/O IRCCS ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE	Napoli	NA	11	Sì
Campania	ASL Napoli 1 centro	in fase di realizzazione	Questionario 2009	3	HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI FISIOPATOLOGIA, TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE - AZIENDA OSPEDALIERA ANTONIO CARDARELLI DI NAPOLI	Napoli	NA	9	Sì
Campania	ASL Napoli 2 nord	in fase di realizzazione	regione 2009	148	HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE PER LE CURE PALLIATIVE "SANTA MARIA DELLE GRAZIE" - ASL NAPOLI 2 NORD	Pozzuoli	NA	8	Sì
Campania	ASL Napoli 2 nord	in fase di realizzazione	regione 2009	149	HOSPICE DI CASAVATORE - ASL NAPOLI 2 NORD	Frattamaggiore	NA	12	Sì
Campania	ASL Salerno	in fase di realizzazione	Questionario 2009	150	HOSPICE C/O OSPEDALE SAN GIOVANNI DA PROCIDA - ASL SALERNO	Salerno	SA	12	Sì
Emilia-Romagna	AUSL di Bologna	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	215	HOSPICE C/O RSA DI CASALECCHIO DI RENO - AUSL BOLOGNA	Casalecchio di Reno	BO	15	Sì
Emilia-Romagna	AUSL di Ferrara	in fase di realizzazione	Questionario 2009	234	HOSPICE C/O OSPEDALE DI CONA - AZIENDA OSPEDALIERA FERRARA	Ferrara	FE	12	Sì
Emilia-Romagna	AUSL di Piacenza	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	112	HOSPICE DI PIACENZA - AUSL PIACENZA E COMUNE DI PIACENZA	Piacenza	PC	15	No
Emilia-Romagna (°1)	AUSL di Ravenna	Attivato 2010	regione 2009	281	HOSPICE BENEDETTA CORELLI GRAPPADELLI C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI LUGO - ASL RAVENNA	Lugo	RA	10	Sì
Emilia-Romagna (°2)	AUSL di Ravenna	Attivato 2010	Questionario 2010	235	HOSPICE C/O VILLA AGNESINA DI CASTEL RANIERO DI FAENZA - AUSL RAVENNA	Faenza	RA	10	Sì
Emilia-Romagna	AUSL di Rimini	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	233	HOSPICE C/O EX RSA - AUSL DI RIMINI	Rimini	RN	10	Sì
F.V. Giulia	ASS 4 Medio Friuli	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	126	HOSPICE FONDAZIONE MORPURGO HOFMANN	Udine	UD	15	Sì
F.V. Giulia	ASS 4 Medio Friuli	in fase di programmazione	Coord. SICP 2010	127	HOSPICE CIVIDALE DEL FRIULI - ASS 4 MEDIO FRIULI	Cividale del Friuli	UD	10	Sì
Lazio	AUSL di Frosinone	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	197	HOSPICE C/O EX PRESIDIO OSPEDALIERO DI ISOLA DI LIRI - ASL FROSINONE	Isola di Liri	FR	25	Sì
Lazio	AUSL Roma H	in fase di realizzazione	Questionario 2009	286	HOSPICE C/O OSPEDALE A.C. CARTONI DI ROCCA PRIORA - ASL ROMA H	Rocca Priora	RM	18	Sì
Liguria	ASL 3 Genovese	in fase di programmazione	regione 2009	135	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO SAN CARLO DI GENOVA A VOLTRI - ASL 3 GENOVESE	Genova-Voltri	GE	10	Sì
Liguria (°3)	ASL 3 Genovese	Attivato 2009	Questionario 2009	140	HOSPICE DI ALBARO C/O VILLA SALUS - ASSOCIAZIONE GIGI GHIROTTI	Genova - zona Albaro	GE	18	Sì
Liguria	ASL 5 Spezzino	in fase di realizzazione	regione 2009	137	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO DI SARZANA - ASL 5 SPEZZINO	Sarzana	SP	12	Sì
Lombardia	ASL Brescia	in fase di realizzazione	Questionario 2009	132	HOSPICE DI PONTEVICO - COOPERATIVA SOCIALE "IL GABBIANO"	Pontevico	BS	18	Sì
Lombardia	ASL di Milano	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	119	HOSPICE C/O RSA "MONSIGNOR CARLO TESTA" - COMUNE DI COLOGNO MONZESE	Cologno Monzese	MI	8	Sì
Lombardia	ASL di Milano	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	204	HOSPICE UNITÀ STRUTTURA SEMPLICE DI CURE PALLIATIVE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO BASSINI DI CINISELLO BALSAMO - AZIENDA OSPEDALIERA ICP	Cinisello Balsamo	MI	12	Sì
Lombardia	ASL di Milano	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	203	HOSPICE CASCINA BRANDEZZATA - IRCCS OSPEDALE MAGGIORE	Milano	MI	12	Sì
Lombardia	ASL Milano 1	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	206	HOSPICE C/O RSA - COMUNE DI LAINATE	Lainate	MI	8	Sì
Lombardiia (°4)	ASL Varese	Attivato 2010	Questionario 2009	201	HOSPICE C/O OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI - AZIENDA OSPEDALIERA FONDAZIONE MACCHI	Varese	VA	10	Sì
Marche	ASUR - zona 03 Fano	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	170	HOSPICE UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE C/O OSPEDALE DI FOSSOMBRONE - ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 3 FANO	Fano	PU	10	Sì
Marche	ASUR - zona 09 Macerata	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	237	HOSPICE C/O OSPEDALE DI MACERATA - ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 9	Macerata	MC	8	Sì
Marche (°5)	ASUR - zona 11 Fermo	Attivato 2009	Coord. SICP 2010	211	HOSPICE DI MONTEGRANARO - ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 11	Montegranaro	FM	10	Sì
Piemonte	ASL CN2	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	106	HOSPICE C/O OSPEDALE S. SPIRITO DI BRA - ASL CN2	Bra	CN	8	Sì
Piemonte	ASL TO1	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	248	HOSPICE C/O OSPEDALE MARTINI - ASL TO1	Torino	TO	8	Sì
Piemonte	ASL TO2	in fase di progettazione	Coord. SICP 2010	249	HOSPICE C/O COMPRENSORIO OSPEDALIERO AMEDEO DI SAVOIA E BIRAGO DI VISCHE - ASL TO2	Torino	TO	8	Sì
Piemonte	ASL TO3	in fase di progettazione	Questionario 2009	242	HOSPICE - ASL TO3	Villar Perosa	TO	16	Sì
Piemonte	ASL TO3	in fase di realizzazione	Questionario 2009	250	HOSPICE DI ORBASSANO - AZIENDA OSPEDALIERA SAN LUIGI GONZAGA	Orbassano	TO	8	Sì
Piemonte	ASL TO4	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	241	HOSPICE C/O EX RSA FOGLIZZO - ASL TO4	Foglizzo	TO	10	Sì

regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività (giugno 2009)	Ultimo aggiornamento		Hospice (Codice e Denominazione)	Città	Prov.	Posti Letto	Fin. L. 39/99
Piemonte	ASL TO4	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	287	HOSPICE C/O EX RSA - ASL TO4	Ciriè	TO	10	Sì
Puglia	AUSL Bari	già realizzato ma non operativo	regione 2009	177	HOSPICE C/O DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.5 DI TRIGGIANO - AUSL BARI	Triggiano	BA	8	Sì
Puglia	AUSL Bat	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	314	HOSPICE "CASA DIVINA PROVVIDENZA" - CONGREGAZIONE ANCELLE DELLA DIVINA PROVVIDENZA	Bisceglie	BT	20	No
Puglia	AUSL Bat	in fase di programmazione	regione 2009	315	HOSPICE DI MINERVINO	Minervino Murge	BT	12	No
Puglia	AUSL Brindisi	in fase di programmazione	regione 2009	178	HOSPICE DI SAN PIETRO VERNOTICO (EX HOSPICE DI LATIANO) - AUSL BRINDISI C/O STABILIMENTO OSPEDADLIERO	San Pietro Vernotico	BR	8	Sì
Puglia	AUSL Brindisi	in fase di programmazione	regione 2009	348	HOSPICE DI CEGLIE MESSAPICA C/O STABILIMENTO OSPEDALIERO	Ceglie Messapica	BR	8	No
Puglia	AUSL Brindisi	in fase di programmazione	regione 2009	349	HOSPICE DI SAN VITO DEI NORMANNI C/O CASA DELLA SALUTE	San Vito dei Normanni	BR	8	No
Puglia	AUSL Foggia	già realizzato ma non operativo	regione 2009	179	HOSPICE C/O RSA OSPEDALE DI TORREMAGGIORE-SAN SEVERO - AUSL FOGGIA	Torremaggiore	FG	8	Sì
Puglia	AUSL Foggia	in fase di progettazione	regione 2009	335	HOSPICE C/O IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - OPERA DI SAN PIO	San Giovanni Rotondo	FG	16	No
Puglia	AUSL Taranto	in fase di programmazione	regione 2009	317	HOSPICE LOCALE C/O OSPEDALE DI CASTELLANETA (PIANO ATTUATIVO LOCALE)	Castellaneta	TA	8	No
Sardegna	ASL 1 Sassari	in fase di realizzazione	Questionario 2009	319	HOSPICE CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE C/O RSA DI PLOAGHE	Ploaghe	SS	15	No
Sardegna	ASL 7 Carbonia	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2009	253	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA BARBARA DI IGLESIAS - ASL 7 CARBONIA	Iglesias	CI	10	Sì
Sicilia	AUSL 2 di Caltanissetta	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	218	HOSPICE DELIA - ASL 2 CALTANISSETTA	Delia	CL	20	Sì
Sicilia	AUSL 2 di Caltanissetta	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	222	HOSPICE - AZIENDA OSPEDALIERA VITTORIO EMANUELE DI GELA	Gela	CL	8	Sì
Sicilia	AUSL 3 di Catania	in fase di realizzazione	Coord. SICP 2010	223	HOSPICE - AZIENDA OSPEDALIERA GRAVINA DI CALTAGIRONE	Caltagirone	CT	10	Sì
Sicilia	AUSL 4 di Enna	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	115	HOSPICE AZIENDA OSPEDALIERA UMBERTO I DI ENNA	Enna	EN	10	Sì
Sicilia	AUSL 5 di Messina	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	221	HOSPICE - AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO DI MESSINA	Messina	ME	10	Sì
Sicilia (°6)	AUSL 6 di Palermo	Attivato 2009, solo con 10 p.l	Coord. SICP 2010	219	HOSPICE C/O PRESIDIO OSPEDALIERO PISANI - AUSL 6 PALERMO	Palermo	PA	20 (10)	Sì
Sicilia	AUSL 7 di Ragusa	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	113	HOSPICE C/O OSPEDALE MAGGIORE DI MODICA - ASL 7 RAGUSA	Modica	RG	10	Sì
Sicilia (°7)	AUSL 8 di Siracusa	Attivato 2009	Coord. SICP 2010	217	HOSPICE - AZIENDA OSPEDALIERA UMBERTO I DI SIRACUSA	Siracusa	SR	8	Sì
Sicilia (°8)	AUSL 9 di Trapani	Attivato 2010	Questionario 2009	225	HOSPICE - AUSL 9 TRAPANI	Salemi	TP	10	Sì
Toscana(°9)	ASF - Azienda Sanitaria Firenze	Attivato 2010	Questionario 2009	78	HOSPICE C/O OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO TORREGALLI - ASF AZIENDA SANITARIA FIRENZE	Firenze	FI	10	Sì
Toscana	AUSL 01 di Massa Carrara	in fase di progettazione	Questionario 2009	343	HOSPICE DI CARRARA	Carrara	MS	10	Sì
Toscana	AUSL 02 di Lucca	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	257	HOSPICE VALLE DEL SERCHIO C/O RSA VILLETTA SAN ROMANO GARFAGNANA - AUSL 2 LUCCA	San Romano Garfagnana	LU	5	Sì
Toscana	AUSL 07 di Siena	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	344	HOSPICE C/O OSPEDALE DI COMUNITÀ DI SIENA - AUSL 7 SIENA	Siena	SI	6	No
Toscana	AUSL 07 di Siena	in fase di progettazione	Sito Internet hospice 2009	268	HOSPICE C/O OSPEDALE VAL DI CHIANA PRESIDIO OSPEDALIERO MONOBLOCCO DI NOTTOLA - AUSL 7 SIENA	Montepulciano	SI	4	Sì
Toscana	AUSL 08 di Arezzo	in fase di programmazione	Questionario 2009	168	HOSPICE DI AREZZO C/O OSPEDALE SAN DONATO - AUSL 8 AREZZO	Arezzo	AR	6	No
Toscana	AUSL 08 di Arezzo	in fase di programmazione	Questionario 2009	347	HOSPICE VATIBERINA -AUSL 8 AREZZO	Sansepolcro	AR	2	No
Toscana	AUSL 08 di Arezzo	in fase di realizzazione	Questionario 2009	345	HOSPICE CASENTINO -AUSL 8 AREZZO	Stia	AR	2	No
Toscana	AUSL 11 di Empoli	in fase di progettazione	Questionario 2009	265	HOSPICE SAN VERDIANA C/O OSPEDALE DI CASTELFIORENTINO - ASL 11 EMPOLI	Castelfiorentino	FI	8	Sì
T.A. Adige	APSS di Trento	in fase di progettazione	Questionario 2009	294	FONDAZIONE HOSPICE TRENTINO	Trento	TN	10	Sì
T.A. Adige	APSS di Trento	in fase di progettazione	Questionario 2009	295	HOSPICE DI MORI C/O AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA CESARE BENEDETTI	Mori	TN	9	Sì
Umbria	ASL 1 Umbria - Citta' di Castello	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	269	HOSPICE C/O OSPEDALE UMBERTIDE - ASL 1 UMBRIA	Città di Castello	PG	5	Sì
Umbria	ASL 4 Umbria – Terni	già realizzato ma non operativo	Coord. SICP 2010	271	HOSPICE C/O IL CENTRO GERIATRICO "LE GRAZIE" DI TERNI - ASL 4 TERNI	Terni	TR	10	Sì
Valle d'Aosta (°10)	AUSL Valle d'Aosta	Attivato 2009	Questionario 2009	117	HOSPICE BEAUREGARD - AUSL VALLE D'AOSTA	Aosta	AO	7	Sì
Veneto	ULSS 06 di Vicenza	già realizzato ma non operativo	Questionario 2009	143	HOSPICE UNITÀ' DI CURE PALLIATIVE C/O CENTRO SERVIZI "OTTAVIO TRENTO" - IPAB PROTI SALVI TRENTO	Vicenza	VI	7	Sì

regione	Azienda Sanitaria	Stato di attività (giugno 2009)	Ultimo aggiornamento		Hospice (Codice e Denominazione)	Città	Prov.	Posti Letto	Fin. L. 39/99
Veneto	ULSS 15 Alta Padovana	già realizzato ma non operativo	regione 2009	342	HOSPICE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI DI CITTADELLA	Cittadella	PD	6	Sì
Veneto (*2)	ULSS 7	In fase di progettazione	Coord. SICP 2010	352	CASA "ANTICA FONTE"	Pieve di Soligo Vittorio Veneto (TV)	TV	10	No

Hospice attivati tra il 30 giugno 2009 e il 15 aprile 2010

(°1) Nel 2010 è stato inaugurato l'Hospice "Benedetta Corelli Grappadelli" con 10 p.l. c/o P.O. di Lugo (ASL RA)
(°2) In data 11/02/2010 è stato inaugurato ed è attualmente operativo l'Hospice "Villa Agnesina" di Faenza con disponibilità di 15 p.l.
(°3) A Novembre 2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo l'Hospice di Albaro, gestito dall' Associazione Gigi Ghirotti.
(°4) A Novembre 2009 è stato attivato l'Hospice c/o l'Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi–A.O.Fondazione Macchi - Varese.
(°5) Il 24/09/2009 l'Hospice di Montegranaro in provincia di Fermo (codice 211) è diventato operativo
(°6) Il 26/08/2009 è stato inaugurato e reso operativo con 10 p.l. sui 20 p.l. previsti l'Hospice del Presidio Ospedaliero Pisani della AUSL 6 di Palermo
(°7) Il 6/10/2009 è stato inaugurato ed è attualmente operativo con 8 p.l. l'Hospice dell'A.O. Umberto I di Siracusa
(°8) L'11/1/2010 è stato attivato con 10 p.l. l'Hospice dell'AUSL 9 di Trapani
(°9) Nel Febbraio 2010 è stato attivato con 10 posti letto l'Hospice presso Ospedale S. Giovanni di Dio, Torregalli, Firenze
(°10) A dicembre 2009 è stato inaugurato ed è diventato operativo con 7 p.l. l'Hospice Beauregard della Valle D'Aosta, Aosta

Hospice inseriti nella programmazione regionale dal 30 giugno 2009 al 15 aprile 2010

*(*1) Il 30/06/2009 il Coord. SICP ha segnalato che l'Hospice previsto presso l'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" Benevento (codice 147), potrebbe essere stato delocalizzato presso l'Ospedale di Cerreto Sannita, non essendo però la notizia confermata a livello regionale*
*(*2) Il 30/03/2010 il Coord.SICP ha segnalato l'inserimento nella programmazione regionale di un nuovo Hospice finanziato dal non Profit a Pieve di Soligo - Vittorio Veneto*

5.3 NORMATIVA

5.3.1 Riferimenti nazionali

Per quanto riguarda i più recenti sviluppi normativi a livello nazionale nell'ambito delle Cure Palliative (e della terapia del dolore), si evidenzia che il **19 marzo 2010 è stata pubblicata in G.U. la Legge n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"**. Si tratta di una Legge fondamentale, costituita da 12 articoli i cui punti cardine sono descritti di seguito:

- Art.1. Le finalità e i pazienti da assistere;
- Art.2. La tassonomia principale;
- Art.3. Le competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente Stato/Regioni;
- Art.4. Le campagne di informazione;
- Art.5. Le 2 reti per ciò che riguarda le professionalità, gli standard, l'accreditamento e le tariffe;
- Art.6. Il Progetto Ospedale Territorio senza dolore;
- Art.7. Obbligo della rilevazione del dolore nella Cartella Clinica;
- Art.8. Formazione e aggiornamento;
- Art.9. Monitoraggio ministeriale;
- Art.10. Semplificazione delle prescrizione dei medicinali;
- Art.11. Relazione annuale al Parlamento;
- Art.12. Copertura finanziaria di 100 milioni di euro annui più le coperture per le spese di cui agli articoli precedenti: 1 milione di Euro per il 2010, 1 milione e 300.000 Euro per il 2011 e 300.000 Euro per il 2012

Piano Oncologico Nazionale presentato il 22 Gennaio 2010, contiene paragrafi specifici relativi alle Cure Palliative al paragrafo 3.2.3.

Nel recente provvedimento anticrisi adottato con la **Legge n. 102 del 3 agosto 2009** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1º luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali" è stato previsto uno specifico stanziamento per le Cure Palliative "non inferiore ai 50 milioni a decorrere dal 2010". Tale finanziamento rientrerebbe in un più generale fondo di 800 milioni destinato a interventi nel settore sanitario; inoltre si afferma che, se le regioni non useranno questi 50 milioni, non potranno accedere ai finanziamenti ordinari per le altre discipline mediche.

Dall'orientamento del **Piano sanitario nazionale 2009-2011**, oggetto dell'**Accordo del 25 marzo 2009 tra Governo, regioni e Province autonome**, emerge la crescente attenzione che la comunità medica pone sulle cure palliative e la terapia del dolore per i pazienti non oncologici e per i pazienti in età evolutiva. Di particolare rilevanza è l'intenzione di superare il progetto "Ospedale senza dolore" attraverso la definizione di un modello assistenziale radicato sul territorio e basato su tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e il presidio ambulatoriale territoriale con competenze di terapia antalgica, gestito da un team di MMG. Il Ministero della Sanità stanzia 100 milioni di euro per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore.
A seguito del lavoro preparatorio portato avanti dalla Commissione per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Ministero della Salute anche in tema di "Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali", il **23 aprile 2008** è

stato approvato il **DPCM sui "Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale"**. In particolare, gli articoli 23 e 31 garantiscono alle persone affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta livelli differenziati di assistenza e di cura, fornite senza soluzione di continuità, da parte di professionisti di diversa specializzazione. I nuovi LEA prevedono l'obbligo per gli hospice di avere "protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e il nursing e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'équipe e la formazione". L'applicazione del DPCM è stata però sospesa dall'attuale Governo nel 2008 per i rilievi apportati dalla Corte dei Conti, in riferimento alla mancata copertura finanziaria del provvedimento. Attualmente perciò rimangono in vigore i LEA contenuti nel **DPCM del 29 novembre 2001**.
Il tema delle cure palliative pediatriche è alla base dell'**Accordo del 27 giugno 2007 tra Governo, regioni e Province autonome**, successivamente reso attuativo dall'Accordo del 20 marzo 2008 concernente un "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche". In entrambi i documenti si ribadisce che le cure pediatriche devono essere organizzate in più livelli con personale di diversa esperienza e competenza professionale. Al minore vanno assicurate non solo una pronta risposta ai bisogni terapeutici ed evolutivi, ma anche una continuità costante dell'assistenza. L'impegno delle regioni, compatibilmente coi propri modelli sanitari, deve'essere quello di garantire primariamente l'assistenza domiciliare. Al fine di coordinare lo sviluppo di questa branca delle cure palliative viene istituito un gruppo tecnico interregionale. In particolare, nell'Accordo del 20 marzo 2008, le parti insistono sulla necessità di creare una rete di cure palliative pediatriche, in modo da garantire una sufficiente copertura su tutto il territorio nazionale.

In generale, importanti indirizzi in merito alla qualità delle cure palliative sono stati delineati nel **Decreto del Ministero della Salute n. 43 del 22 febbraio 2007**, "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". Nel Decreto sono contenuti 8 indicatori e standard che le regioni avrebbero dovuto raggiungere per ottenere i finanziamenti derivanti dall'applicazione dei LEA.

Il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** risultava in linea con l'indirizzo legislativo di quegli anni. Nell'evidenziare la distinzione tra terapia del dolore e cure palliative, il Piano intendeva promuovere, da una parte, l'utilizzo dei farmaci analgesici oppiacei e l'umanizzazione delle cure, attraverso la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto e alla comunicazione del personale medico verso il paziente; dall'altra, un sistema quanto più completo di assistenza pediatrica.
Costituivano applicazioni delle indicazioni del Piano, da un lato la istituzione della "Commissione sulla terapia del dolore, le cure palliative e la dignità del fine vita"[41] , approvata con il **Decreto Ministeriale del 1 dicembre 2006**, successivamente integrata nei componenti con il **Decreto Ministeriale del 26 gennaio 2007** e, dall'altro, l'aggiornamento della **Legge n. 12 dell'8 febbraio 2001** *"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"* (già avvenuto ad opera del **DM del 24 maggio 2001** e con quello del **4 aprile 2003**) grazie all'approvazione del **DM del 18 aprile 2007**, volto alla semplificazione della prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei e cannabinoidi.

[41] La Commissione si è insediata il 4 dicembre 2006 ed è rimasta in carico per un anno. Coordinata dal Ministro della Salute, era composta da 30 membri di diversa estrazione professionale ed aveva 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 doveva 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, nel gennaio 2008, ha presentato al Ministro il Documento tecnico conclusivo sulle cure palliative (estensore Furio Zucco). **Il 17 luglio 2008 il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, ha insediato una nuova "Commissione ministeriale sulla terapia del dolore acuto e cronico e cure palliative", la Commissione, in applicazione della Legge 38, art.9, è stata rinominata con Decreto del Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, in data 13 Maggio 2010. La coordina il Prof. Guido Fanelli.**

I precedenti **Piani sanitari nazionali 2001-2003** e **2003-2005**[42] delineavano un'evoluzione nel modo di concepire le cure palliative. Se nel 2001 la cura del paziente in fase terminale era riferito soprattutto ai malati oncologici e prevedeva principalmente la somministrazione di farmaci analgesici, già dopo due anni venivano presi in maggiore considerazione i malati non oncologici quali potenziali utenti della rete delle cure palliative. Rispetto alla terapia antalgica, si pone l'accento sulla necessità di prevenire gli abusi, sensibilizzando però nel contempo il personale sanitario all'utilizzo degli oppioidi maggiori quale strumento fondamentale nella lotta contro il dolore.

I provvedimenti normativi che fanno riferimento ai suddetti Piani sanitari sono riportati di seguito in ordine cronologico:

- **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"*, che prevedeva una specifica sezione in riferimento alle tematiche principali quali l'epidemiologia, i modelli assistenziali, la formazione e la ricerca.
- **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 ed 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"*, nel quale 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 recepiva un sistema di 32 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.

[42] Il PSN 2003-2005 è l'ultimo in cui si parla di ricerca in tema di cure palliative.

In particolare l'accordo prevedeva che i dati necessari alla costruzione degli indicatori fossero raccolti annualmente a livello regionale e che le regioni li trasmettessero telematicamente al Ministero della Salute. Gli indicatori erano raggruppati nelle seguenti 5 categorie:

- o accessibilità alla rete di cure palliative, capacità della rete di soddisfare le richieste del territorio;
- o risorse impiegate, umane, strutturali e organizzative;
- o attività assistenziali erogate a livello residenziale e domiciliare;
- o risultati ottenuti dalla rete, ovvero raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- o qualità delle prestazioni erogate rispetto ai bisogni dei pazienti, dei familiari e degli operatori.

Infine, per quanto riguarda l'avvio della produzione legislativa "moderna" specifica in tema di cure palliative, non si può prescindere dal **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** (PSN 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 ed 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 emanata una normativa di fondamentale importanza per lo sviluppo della moderna rete delle cure palliative in Italia, senza la quale non si sarebbe potuto arrivare all'attuale sviluppo del sottosistema degli hospice: il **DL n. 450 del 28 dicembre 1998**, proposto dall'allora Ministro della Sanità Rosy Bindi, convertito con modificazioni nella **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 ed altri livelli assistenziali socio-sanitari e sociali erogati nei vari ambiti territoriali.
Va puntualizzato che uno dei punti fondamentali della Legge n. 39/99, il suo punto di forza, era rappresentato dai finanziamenti previsti: sono stati 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.

La costruzione delle strutture residenziali dedicate alle cure palliative è stata sicuramente la parte più rilevante del programma, ma l'obiettivo era in realtà più ampio: costituire una rete integrata di assistenza, da realizzarsi attraverso il lavoro di équipe multi-disciplinari specializzate, incentrata prioritariamente sull'assistenza domiciliare. Nei casi in cui tale forma di assistenza non fosse stata praticabile, l'organizzazione della rete avrebbe dovuto prevedere il ricovero in apposite strutture residenziali – gli hospice – ad elevato livello di prestazioni assistenziali. All'assistenza, infine, si dovevano affiancare iniziative relative alla formazione ed alla comunicazione organizzate sia dallo stato sia dalle regioni.

Il **DM del 28 settembre 1999**, attuativo della Legge 39/99, ha successivamente stabilito di adottare il "Pro-

gramma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative". In sintesi, gli elementi principali del Programma erano i seguenti:

- realizzazione dei centri residenziali (hospice), con particolare riguardo all'adeguamento ed 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.

Entro qualche mese il **DPCM del 20 gennaio 2000** stabiliva i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri residenziali (hospice), ad integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con il DPR del 14 gennaio 1997.

I programmi ed i relativi progetti presentati dalle singole regioni sono stati progressivamente valutati ed 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 ed hanno avviato concretamente l'erogazione del 5% della somma assegnata a ciascuna regione per gli 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) per la realizzazione di strutture residenziali di Cure Palliative (hospice).

Sulla base degli ultimi aggiornamenti relativi all'indagine 2009[43] , risultano 182 gli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 per un totale di 1.159 posti letto (5 hospice in meno e 46 posti letto in meno rispetto al 2006).

Per quanto riguarda lo **stato di attuazione dei 182 hospice finanziati dal Ministero ex Legge n. 39/99**, i risultati delle ricerca evidenziano che, a distanza di circa 10 anni dall'approvazione della Legge n. 39/99, le

[43] Dalla precedente verifica effettuata con i funzionari del Ministero della Salute nel 2006, erano risultati ammessi al finanziamento 188 progetti per la realizzazione di hospice, per un totale di 2.054 posti letto (in media 10,9 posti letto per ogni hospice). In sintesi, lo Stato aveva messo a disposizione delle regioni in media oltre 1 milione di euro per realizzare ciascun hospice, e più precisamente 100.584 euro per ogni posto letto. Di questi 188 hospice finanziati, sempre nel 2006 ne erano risultati operativi 62, ovvero il 33% del totale.
Nel 2009 la verifica di quali strutture risultino finanziate ex Legge 39/99 è avvenuta sia attraverso la raccolta delle informazioni tramite i questionari, sia tramite ulteriori verifiche telefoniche effettuate con i responsabili gestionali ed amministrativi degli hospice, in particolare per quelle strutture dove sono risultati dati discordanti rispetto a quelli disponibili in precedenza e per i 26 nuovi hospice aggiunti nel 2009 in base alla nuova programmazione regionale.

strutture finanziate non risultano ancora totalmente realizzate ed operative. A giugno 2009 risultano infatti operative 109 strutture finanziate (*58,0%* delle 188 strutture finanziate) per 1.159 posti letto (56,4% del totale dei posti letto finanziati). Per quanto riguarda le rimanenti 73 strutture finanziate, 29 risultano già realizzate ma non operative, 26 in fase di realizzazione e 18 in fase di progetto/programma. Si stima che entro la fine del 2010 dovrebbero presumibilmente diventare operative altre 55 strutture finanziate per 600 posti letto.

Alla fine del 2010 dovrebbero quindi essere presumibilmente completati 164 hospice dei 182 finanziati (90,1%) e 1.759 posti letto dei 2.054 finanziati (85,6%).

Le ultime 18 strutture per 185 posti letto dovrebbero diventare operative solo dopo il 2010.

Tav. 86 - Stato di realizzazione degli hospice finanziati ex Legge n. 39/99 (situazione reale a giugno 2009 e previsioni a fine 2010)

Stato di realizzazione degli Hospice finanziati ex Legge n. 39/99	Dati aggiornati a giugno 2009	
	Strutture finanziate ex L.39/99	Posti letto finanziati ex L.39/99
Già operativi a giugno 2009	109	1.159
Già realizzati ma non operativi	29	273
In fase di realizzazione	26	327
In fase di progetto/programma	18	185
TOTALE HOSPICE FINANZIATI	**182**	**1944**

Previsioni future sullo stato di attuazione degli Hospice finanziati ex Legge n. 39/99		Dati aggiornati a giugno 2009	
		Strutture finanziate ex L.39/99	Posti letto finanziati ex L.39/99
(a)	Già operativi a giugno 2009	109	1.159
(b)	Probabile attivazione nel 2009-2010	55	600
(a)+(b)	**TOTALE HOSPICE CHE POTREBBERO ESSERE OPERATIVI A FINE 2010**	**164**	**1.759**
(c)	Probabile attivazione dopo il 2010	18	185
(a)+(b)+(c)	**TOTALE HOSPICE FINANZIATI**	**182**	**1.944**

Nel seguente schema viene infine riportato un riepilogo ragionato di tutta la normativa nazionale con riferimento alle Cure Palliative, ed in particolare alla Rete delle Cure Palliative ed alle strutture residenziali per le Cure Palliative, indicando per ciascuna normativa i principali ambiti tematici di riferimento.

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
280	Legge 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore" pubblicata in GU il 19 marzo 2010 settembre 2009)	"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore"	La legge, con i suoi 12 articoli, tutela il diritto dei cittadini ad accedere alle 2 reti, quella di cure palliative e quella della terapie del dolore. Definisce: 1. le finalità e i pazienti da assistere, 2. la tassonomia principale; 3. Le competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente Stato/Regioni; 4. le campagne di informazione; 5. le 2 reti per ciò che riguarda le professionalità, gli standard, l'accreditamento e le tariffe; 6. il Progetto Ospedale Territorio senza dolore; 7. Obbligo della rilevazione del dolore nella Cartella Clinica; 8. Formazione e aggiornamento; 9. Monitoraggio ministeriale; 10. Semplificazione delle prescrizione dei medicinali; 11. Relazione annuale al Parlamento; 12. Copertura finanziaria di 100 milioni di euro annui più le coperture per le spese di cui all'articolato	rete cure palliative, cure palliative e rete per la terapia del dolore, modello assistenziale, finanziamenti
271	Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome del 25 marzo 2009	Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.	Vengono stanziati 100 milioni di euro per le cure palliative e la terapia del dolore. Si intende superare il progetto "ospedale senza dolore" riorganizzando il modello assistenziale secondo il principio "hub&spoke" e coinvolgendo i MMG. Particolare attenzione è rivolta ai pazienti non oncologico, alle cure palliative pediatriche.	finanziamenti, rete cure palliative, cure palliative/ terapia del dolore
268	Legge n. 102 del 3 agosto 2009	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1º luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali	La legge contiene un emendamento in cui si afferma che per le cure palliative dovrà essere stanziata una cifra "non inferiore ai 50 milioni a decorrere dal 2010". Tale finanziamento rientrerebbe in un più generale fondo di 800 milioni destinato a interventi nel settore sanitario; inoltre si afferma che, se le regioni non useranno questi 50 milioni, non potranno accedere ai finanziamenti ordinari per le altre discipline mediche.	finanziamenti

* *Codice identificativo della normativa utilizzato dalla SICP per la realizzazione della Monografia*

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
279	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 (il DPCM è stato sospeso dall'attuale Governo sulla base delle indicazione della Corte dei Conti nel 2008)	Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale	Negli articoli 23 e 31 vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale le cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta. In entrambi i casi sono previsti livelli differenziati di assistenza e cura, fornite in modo continuo da parte di professionisti diversamente specializzati. Per gli hospice, in particolare, si richiede la formalizzazione dei processi di gestione interna e di cura del malato.	modello assistenziale di cure palliative (hospice, assistenza domiciliare)
278	Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 20 marzo 2008	Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche	Attua il precedente Accordo del 27 giugno 2007 e insiste particolarmente sulla creazione di una rete di cure palliative pediatriche che copra il più possibile e nel modo più uniforme il territorio italiano.	rete cure palliative
275	Decreto del Ministero della Sanità del 18 aprile 2007	Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza	Apporta delle modifiche alla Legge n. 12/01 per semplificare l'utilizzo dei farmaci analgesici oppiacei	cure palliative/terapia del dolore
270	Accordo tra Governo, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano n. 138/CSR del 27 giugno 2007	Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 381 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche	Le cure pediatriche devono essere organizzate in più livelli con personale di diversa esperienza e competenza professionale. Vanno assicurate al minore non solo la risposta ai suoi bisogni di salute ed evolutivi, ma anche continuità costante dell'assistenza. L'impegno delle regioni, compatibilmente coi propri modelli sanitari, deve'essere quello di garantire primariamente l'assistenza domiciliare. Viene istituito un gruppo tecnico interregionale	cure palliative in oncologia, rete cure palliative

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
21	Decreto del Ministero della Salute n. 43 del 22 febbraio 2007	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		cure palliative/terapia del dolore
20	Decreto del Ministero della Salute del 26 gennaio 2007	Integrazione della Commissione su qualità delle cure palliative e di fine vita		cure palliative/terapia del dolore
272		Piano Sanitario Nazionale 2006-2008	Distingue nettamente la terapia del dolore dalla cure palliative. Con riferimento alla prima, promuove l'utilizzo dei farmaci analgesici oppiacei e intende "umanizzare le cure". Rispetto alle seconde, si focalizza soprattutto sui bisogni dei minori.	cure palliative/terapia del dolore
19	Decreto del Ministero della Salute del 1 dicembre 2006	Istituzione Commissione su qualità delle cure palliative e di fine vita	La commissione, coordinata dal ministro stesso, è composta da 30 membri di diversa estrazione professionale e ha il compito di elaborare un documento sullo stato dei servizi e delle procedure inerenti la terapia del dolore e le cure palliative. In particolare, la commissione dovrà evidenziare gli elementi di criticità e le priorità per il miglioramento dei servizi e dei protocolli assistenziali regionali.	cure palliative/terapia del dolore
276	Decreto del Ministero della Sanità del 4 aprile 2003	Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanita' del 24 maggio 2001, concernente "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12".	Modifica il precedente D.M. 24 maggio 2001, introducendo sostanziali ed importanti innovazioni nella prescrizione dei farmaci oppiacei destinati ai soggetti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa	cure palliative/terapia del dolore
273		Piano sanitario nazionale 2003-2005	I malati terminali non sono solo oncologici. Rispetto alla terapia antalgica, rileva la necessità di prevenire gli abusi, sensibilizzando i medici. Fa riferimento all'importanza della ricerca.	cure palliative/terapia del dolore

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
17	Accordo tra Governo, regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 13 marzo 2003	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.	rete cure palliative, modello assistenziale (hospice, assistenza domiciliare)
16	Accordo del 19 Dicembre 2002 tra governo, regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano	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.		finanziamenti
15	Decreto del Ministero della Salute del 12 Aprile 2002	Istituzione Comitato sull'Ospedalizzazione Domiciliare		modello assistenziale (assistenza domiciliare)
14	Accordo tra Governo, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 31 gennaio 2002	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		finanziamenti, rete cure palliative
277	Decreto del Ministero della Sanità del 24 maggio 2001	Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12		cure palliative/terapia del dolore
274		Piano sanitario nazionale 2001-2003	Il concetto di cure palliative sembra essere calibrato su quello di terapia del dolore. Sono soprattutto i malati oncologici ad essere presi in considerazione.	cure palliative/terapia del dolore
13	Decreto del Ministero della Salute del 21 dicembre 2001	Istituzione del Comitato di Cure Palliative		cure palliative/terapia del dolore

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
12	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001	Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza	È stato stabilito di inserire le cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quali servizi afferenti all'area di integrazione socio-sanitaria.	cure palliative/terapia del dolore
11	Accordo tra Ministero della Sanità, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001	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"	L'accordo ha consentito la realizzazione di progetti regionali indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore nei pazienti.	cure palliative/terapia del dolore
10	Decreto del Ministero della Salute del 27 aprile 2001	Istituzione del corso "pilota", a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico pratica in cure palliative	In realtà il corso non è mai stato attuato	formazione
9	Accordo della Conferenza Unificata sul Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative del 19 aprile 2001	Accordo del 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata sul Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative	L'accordo prevede l'applicazione delle cure palliative ai malati affetti da AIDS e ai pazienti con patologie non neoplastiche ad andamento progressivo. Inoltre rafforza 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.	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP), cure palliative non in oncologia
8	Accordo tra Ministero della Sanità, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 marzo 2001	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		cure palliative/terapia del dolore
7	Legge n. 12 dell'8 febbraio 2001	Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore		cure palliative/terapia del dolore
6	Decreto del Ministero della Salute del 5 settembre 2001	Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001 e 2002 per la realizzazione di strutture perle cure palliative.	Sono state assegnate alle regioni ulteriori risorse finanziarie relative agli anni 2000, 2001 e 2002, per complessivi 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.	finanziamenti

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
5	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000	Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative.	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 coerenti con le indicazioni del programma nazionale e hanno effettuato l'erogazione del 5% della somma assegnata a ciascuna regione per il 1998 e 1999.	autorizzazione e accreditamento
4	Decreto del Ministero della Salute del 28 settembre 1999	Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative	Gli elementi principali del Programma sono: realizzazione dei centri residenziali (hospice); attivazione della rete di assistenza ai malati terminali, articolata in diversi livelli assistenziali integrati (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera, in hospice); valutazione della qualità assistenziale; specificazione dei compiti sussidiari delle regioni; ripartizione dei finanziamenti. In particolare il decreto ha complessivamente assegnato alle regioni 132,5 milioni di euro per il biennio 1998-1999.	rete cure palliative, modello assistenziale (UOCP), finanziamenti
3	Legge n. 39 del 26 febbraio 1999	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000		programmazione

Codice*	Riferimento formale	Titolo	Descrizione dei contenuti	Ambiti tematici
2	Decreto Legge n. 450 del 28 dicembre 1998	Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000	Stabilisce i 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. Il decreto inoltre prevede che siano le regioni e le province autonome a presentare al Ministero i progetti per l'attivazione o la realizzazione delle strutture. L'obiettivo ultimo è di costituire una rete integrata di assistenza, con équipe multidisciplinari specializzate che lavorino in regime di assistenza domiciliare e, laddove ciò non sia possibile, di regime residenziale.	programmazione
1		Piano Sanitario nazionale 1998-2000	Tra gli "obiettivi di salute" del Piano vi è il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, privilegiando azioni volte al potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica. Inoltre, in relazione all'obiettivo di contrastare le principali patologie, il Piano ha promosso l'attivazione di programmi di terapia palliativa quali interventi prioritari per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti oncologici in fase critica.	programmazione

5.3.2 Riferimenti regionali

Tav. 87 - Normative regionali riguardanti le "tariffe" riconosciute agli hospice

REGIONE	Tariffa giornaliera riconosciuta per decreto regionale/ provinciale, per la degenza in HOSPICE	Rif. Decreto regionale/ provinciale	Note relative alle tariffe giornaliere
ABRUZZO			
BASILICATA	Euro **280,0**	dgr n. 38 13/01/2009	Tariffa onnicomprensiva
CALABRIA	Non comunicata	Non comunicata	
CAMPANIA	Non comunicata	Non comunicata	
EMILIA-ROMAGNA	Euro **192,0**	dgr n. 1863 del 10/11/2008	Tariffa al netto di farmaci, presidi, beni di consumo e prestazioni specialistiche, per i quali sono riconosciuti ulteriori euro 45,0 giornalieri forfettari. Non è prevista alcuna quota integrativa per l'accompagnatore. Si segnalano casi di accordi tra Aziende Sanitarie Locali e singoli hospice per modulare individualmente la tariffa riconosciuta in caso di gestione mista
FRIULI VENEZIA GIULIA	Euro **260,0**	dgr n. 3529/2003	Si segnalano casi di accordi tra Aziende Sanitarie Locali e singoli hospice per modulare individualmente la tariffa riconosciuta in caso di gestione mista
LAZIO	Euro **202,80** per l'assistenza residenziale Euro **100,33** per l'assistenza domiciliare	Decreto del Commissario *ad acta* n. 22 del 24/03/2009, che sostituisce il precedente dgr n. 1731/2000	Tariffa onnicomprensiva, esclusi farmaci, sangue ed ossigeno. Viene inoltre aumentato il rapporto tra posti residenziali e domiciliari ad 1:4
LIGURIA	Non comunicata	Non comunicata	La regione ha predisposto una metodologia di calcolo della quota che le Aziende Sanitarie possono riconoscere agli hospice (Nota Prot. 6253°/1338 del 10/05/2004)
LOMBARDIA	Euro **253** per le UOCP (limite di 3 milioni di euro su base regionale solo per le UOCP x gli accompagnatori) Euro **225,45** per gli hospice socio sanitari	dgr n. VIII/5743/2007 dgr n VIII/8501 del 2008 dgr n. VIII/ 5743/2007	Tariffa comprensiva della quota prevista per la messa a disposizione nella stessa camera di degenza di un posto letto per un accompagnatore
MARCHE	Non comunicata	Non comunicata	
MOLISE	Non comunicata	Non comunicata	
PIEMONTE	Euro **258,23**	dgr n. 16-3259/2001	Tariffa aggiuntiva di euro 70,0 per l'assistenza domiciliare svolta da UOCP (dgr n. 55-13238/2004)
PUGLIA	Euro **196,22**	dgr n. 1365/2004	Tariffa al netto di farmaci e presidi
SARDEGNA	Euro **195,0**	Allegato alla dgr n. 71-81/2008 "Indirizzi in materia di centri residenziali per le cure palliative in Hospice"	Tariffa comprensiva dei costi per l'accompagnatore, ma al netto dei farmaci

REGIONE	Tariffa giornaliera riconosciuta per decreto regionale/ provinciale, per la degenza in HOSPICE	Rif. Decreto regionale/ provinciale	Note relative alle tariffe giornaliere
SICILIA	Euro **220,0**	Decreto assessoriale n. 873/2009 "Nuova organizzazione delle Cure Palliative in Sicilia	Tariffa comprensiva dei costi per l'accompagnatore. Per l'Assistenza Domiciliare Integrata in Cure Palliative sono riconosciuti ulteriori euro **60,0**. In entrambi i regimi le tariffe sono da intendersi al netto di farmaci, protesi, ausili, laboratoristica e costi dell'eventuale assistenza domiciliare del MMG
TOSCANA	Non prevista	Non prevista	
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. 2603/2005	Tariffa onnicomprensiva definita ad hoc per un hospice
UMBRIA	Non comunicata	Non comunicata	
VALLE D'AOSTA	Non comunicata	Non comunicata	
VENETO	Euro **232,4** per i pazienti adulti Euro **500,0** per i pazienti pediatrici	dgr n. 71/2006 dgr n. 3242/2006)	Tariffa onnicomprensiva. Per i pazienti pediatrici sono riconosciuti euro **450,0** per il day-hospice, euro **200,0** per ogni consulenza formalizzata a distanza ed euro **800,0** al mese per il percorso di presa in carico integrata

Tav. 88 - Normative regionali riguardanti la "rete di cure palliative" ed i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli Hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli Hospice
ABRUZZO	**dgr n. 1227/2000** "Programma regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" **dgr n. 191/2002** "Finalizzazione della 2° trance dei finanziamenti ex L.39/99 e approvazione delle linee guida per la realizzazione della rete territoriale" **Linee guida** per la redazione del piano sanitario 2007-09	**LR n. 32/2007** Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private **dgr n. 591/P del 2008** Approvazione Manuali di Autorizzazione e Accreditamento e delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	
BASILICATA	**dgr n. 2077/2000** "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali" **dgr n. 1650/2005** Approvazione del programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le cure palliative		**dgr n. 2753/2005** Approvazione del "Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private" **dgr n. 1598/2006** Approvazione del "Procedimento Amministrativo per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della regione Basilicata"
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. 2279/2006** Presa d'atto delle valutazioni del CRAMT relativamente ai progetti delle AA.SS.LL. della regione Campania per la rete integrata di assistenza ai malati terminali. Approvazione del criterio di ripartizione dei fondi proposto dal CRAMT	**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"	

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli Hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli Hospice
EMILIA-ROMAGNA	**dgr n. 125/1999** Primi provvedimenti applicativi della LR n. 34 del 12 ottobre 1999 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" **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" **Piano sociale e sanitario 2007-2009**	**dgr n. 1716/2000** Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle strutture residenziali di cure palliative – hospice (solo per l'autorizzazione) **dgr n. 327/2004** "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	
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. 2843/2006** "Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008"	**dgr n. 486/2002** "Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali"	
LAZIO	**dgr n. 2446/1998** "Attività e servizi assistenziali in fase sperimentale a favore di particolari categorie di utenza" **dgr n. 37/2001** "Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali 'Hospice' ex 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" **dgr n. 433/2007** "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione della regione Lazio" **dgr n. 325/2008** Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare **dgr n. 326/ 2008** Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe	**dgr n. 424/2006** "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie" **dgr n. 160/2007** "Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), legge regionale n. 4/03 e successive modificazioni ed integrazioni"	

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli Hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli Hospice
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. 394/2009** "Rete Genovese di Cure Palliative"		**dgr n. 423/2009** "Approvazione requisiti di accreditamento integrativi di quelli vigenti (DDGR n. 1575/2003 e n. 529/2007 e ss.mm. e ii.) e modalità di rinnovo e di presentazione delle istanze per l'accreditamento istituzionale (dgr n. 395/2002)"
LOMBARDIA	**dgr n. 39990/1998** "Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative" (specificazione di requisiti differenziati tra UOCP e Hospice) **dgr n. 1884/2000** "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative" **dgr n. 12619/2003** "Aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice" **dgr n. 3149/2006** "Conferma dell'accreditamento degli 'Hospice', in seguito alla verifica dei requisiti previsti dalla dgr n. 12619/2003" **dgr n. 257/2006** "Piano Socio-Sanitario 2007-2009" **dgr n. 5743/2007** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008" **dgr n. VIII/7915 del 6 Agosto 2008** e **dgr n. VIII/8501 del 26 Novembre 2008** hanno contribuito a rendere operativo su tutto il territorio regionale un sistema attraverso il quale le famiglie dei malati ricevono un titolo finalizzato di acquisto per ottenere prestazioni di assistenza domiciliare da parte di Soggetti erogatori pubblici o privati, *for profit* o *non profit*, accreditati dalle Aziende Sanitarie secondo un "patto di Accreditamento". **dgr n. 6410/2007; dgr 7180/2008; 7933/2008; dcr 11113/2009; dgr 10072/2009** "Normative regionali in merito alla sperimentazione sulla Ospedalizzazione domiciliare in cure palliative oncologiche **dgr n. 11085/2010** "Determinazione in merito alla rete per le cure palliative pediatriche della regione Lombardia"		
MARCHE	**dgr n. 1993/2000** e successiva **dgr n. 649/2002** "Progetto regionale Hospice" **Piano sanitario regionale 2007-2009**		**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, dgr 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		

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli Hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli Hospice
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"		
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 **LR n. 23/2008** "Piano regionale di salute 2008-2010" **dgr n. 900/2010** Istituzione Centro di riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche		
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" **dcr 51/49 del 2007** "Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate Assegnazione alla Aziende Sanitarie locali di Euro 5 milioni per il potenziamento del sevizio" **dgr n. 71/18 del 2008** "Indirizzi in materia di Centri residenziali per le cure palliative" **dgr n. 53/9 del 2008** "Fondazione San Giovanni Battista di Ploaghe. Piano di risanamento e di riqualificazione delle attività"		
SICILIA	**LR n. 26/1996**, che istituisce e regolamenta le reti cure palliative domiciliari e gli Hospice **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 ed organizzativi minimi previsti dal DPCM 20 gennaio 2000" **Decreto Assessore Sanità n. 36658/2001** "Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative" **Decreto Assessore Sanità n. 837/2009** "Nuova organizzazione della rete di cure palliative in Sicilia" **Decreto Assessore Sanità n. 1150/2009** "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale. Procedure e modalità di controllo gestionale"		

	Normativa inerente la "RETE DI CURE PALLIATIVE"	Requisiti specifici per l'AUTORIZZAZIONE degli Hospice	Requisiti specifici per l'ACCREDITAMENTO degli Hospice
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. 996/2000** "Linee Guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di Cure Palliative" **dgr n. 404/2004** "Valutazione dello stato di attuazione del Programma" **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. 30/48 del 2000** "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, n. 3" **dgp n. 3403/2002** (Allegato A, Par.5.5) "Requisiti minimi specifici per l'autorizzazione delle strutture residenziali di cure palliative"	
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	**dgp n. 4555/2001** "Linee guida per le istituzioni che realizzano strutture per le cure palliative" **dgp n. 4747/2001** "approvazione del progetto per realizzare una struttura di cure palliative presso la Clinica Martinsbrunn"		**dgp n. 3876/2003** "Accreditamento provvisorio dell'UOCP della Clinica Martinsbrunn"
UMBRIA	**dgr n. 1111/2000** "Progetto regionale per la realizzazione delle rete di assistenza ai malati terminali – legge 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 2003-2005: 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" **LR n. 18/2001** "Piano Sanitario Regionale 2002-04"		
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" **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. **dgr n 4254/2009** "Progetti esecutivi per lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative aziendali per l'adulto, regionale per il bambino e per la lotta al dolore e azioni centrali del coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore a sostegno della legge regionale n. 7/2009. Riparto dei contributi regionali per l'anno 2009 ai sensi della LR 7/2009 art. 11 comma 1"		

Abbreviazioni utilizzate per i provvedimenti normativi

dcr	Delibera del Consiglio Regionale
dgp	Delibera della Giunta Provinciale
dgr	Delibera 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

5.3.3 Stato di attuazione degli hospice finanziati ex L.39/99, per regione

Situazione aggiornata a giugno 2009

REGIONI	Totale hospice finanziati ex L.39/99		Hospice già operativi nel 2009		Hospice presumibilmente operativi nel 2009-2010		Hospice presumibilmente operativi dopo il 2010	
	H	PL	H	PL	H	PL	H	PL
Abruzzo	7	78			2	20	5	58
Basilicata	4	45	3	38	1	7		
Calabria	6	70	2	18	2	30	2	22
Campania	9	90	1	10	5	53	3	27
Emilia-Romagna	19	208	14	151	5	57		
Friuli Venezia Giulia	4	41	2	16			2	25
Lazio	6	110	4	67	2	43		
Liguria	8	92	5	52	2	30	1	10
Lombardia	30	336	24	268	6	68		
Marche	8	70	5	42	3	28		
Molise	1	16	1	16				
Piemonte	18	182	11	114	5	52	2	16
Puglia	8	108	5	84	2	16	1	8
Sardegna	3	38	2	28	1	10		
Sicilia	14	157	5	51	9	106		
Toscana	16	129	11	84	5	45		
Trentino Alto Adige	4	37	2	18			2	19
Umbria	4	34	2	19	2	15		
Valle d'Aosta	1	7			1	7		
Veneto	12	96	10	83	2	13		
TOTALE ITALIA	**182**	**1944**	**10**	**83**	**5**	**35**	**2**	**19**

Situazione aggiornata a dicembre 2006, in collaborazione con il Ministero della Salute

REGIONI	Totale hospice finanziati ex L.39/99		Hospice già operativi nel 2006		Hospice presumibilmente operativi nel 2007-2008		Hospice presumibilmente operativi dopo il 2008	
	H	PL	H	PL	H	PL	H	PL
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**

5.4 CENNI STORICI SUGLI HOSPICE

5.4.1 La diffusione degli hospice nel mondo

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.

Si consiglia anche la lettura della Monografia "Hospice. Luoghi, spazi, architettura" di Tiziana Ferrante, edito da Alinea, Firenze, Aprile 2008 (www.alinea.it; e-mail dell'Autrice: tiziana.ferrante@uniroma1.it)

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

5.4.2 Gli hospice in Italia

L'hospice in Italia 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.
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". Il Documento rappresenta ancor oggi il massimo livello di elaborazione tecnica della tematica relativa all'hospice e alle sue funzioni. 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 offre a tutt'oggi la visione tecnica più avanzata di cosa dovrebbe essere l'hospice in Italia. Ci è sembrato perciò utile riportare ampi stralci essenziali del documento, avendone ottenuta autorizzazione dal Ministero della Salute.

Per quanto riguarda i Centri di cure palliative per minori, la Commissione per i LEA ha evidenziato come 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 rendano 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. Per maggiori approfondimenti su questo tema si rimanda al documento, pubblicato sul sito del Ministero della Salute: (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf) ed ai successivi Accordi del 27 giugno 2007 e del 20 marzo 2008 tra Governo, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, che insistono soprattutto sulla continuità delle cure e sulla capillarità territoriale della rete.

Stralci dal documento della Commissione LEA "Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali" del 30 maggio 2007:

DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI (IN HOSPICE)
Le prestazioni di cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assisten-

ziali 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[44] 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.

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 di-

[44] 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. Per ricevere il testo tradotto in versione italiana rivolgersi a Federazione Cure Palliative www.fedcp.org

verse 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;[45]
2. elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";[46]
3. impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative, per problematiche sanitarie[47] 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".

Caratteristiche qualificanti il LEA hospice [48]

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 multi-disciplinare 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.

[45] Studio Support (Waknaus et al. Annals of Internal Medicine 1995; 122 (3): 191-2003).
[46] Karnofsky Performance Status (KPS) scale uguale o inferiore a 50.
[47] 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).
[48] In integrazione a quanto previsto dal DPCM 20 gennaio 2000, pubblicato in GU 21 marzo 2000, n. 67.

5.5 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[49].

Definizione 1 art. 2 Legge 38 GU n° 65 del 19 marzo 2010 approvata alla Camera dei Deputati il 9 marzo 2010) Insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

Definizione 2 (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;

[49] 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.

• 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.

Definizione 3 (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 4 (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 5 *(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 6 (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 nella 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 (Hospice): 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.
In base all'art. 2 della Legge 38 del 19 Marzo 2010, la struttura Hospice viene definita:
"assistenza residenziale": l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da équipe multidisciplinari presso una struttura, denominata "hospice";

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).
In base all' art. 2 della Legge 38 del 19 Marzo 2010, il Day-hospice viene definita:
"day hospice": l'articolazione organizzativa degli hospice che eroga pre-

	stazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio;
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, assistenza domiciliare oncologica, ospedalizzazione domiciliare, ecc…). In base all'art. 2 della Legge 38 del 19 Marzo 2010, l'Assistenza Domiciliare viene definita: insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;
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 (MMG) 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".

Rete per le Cure Palliative e rete per la Terapia del Dolore

Definizione di cui all'art. 2 Legge 38 GU n° 65, del 19 marzo 2010, approvata alla Camera dei Deputati il 9 marzo 2010

La rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari.

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.

Terapia del dolore

In base all'art. 2 della Legge 38, GU n° 65 del 19 Marzo 2010

Definizione al comma b) Terapia del Dolore

l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore

Definizione al comma h) Assistenza specialistica di terapia del dolore

l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario e sul territorio da équipe specialistiche.

Unità Operativa di Cure Palliative (o Unità 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 (UTDCP). 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.

5.6 ENTI COINVOLTI NELLA RICERCA

5.6.1 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 di 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 che, giunto oramai alla quarta edizione, ha esteso il programma formativo anche all'assistenza domiciliare in collaborazione con la Fondazione ANT.

La Fondazione Isabella Seràgnoli ha sede in via Putti, 17 - Bologna
Tel. (+39) 051.230462
E-mail: info@fondazioneIS.it

5.6.2 Fondazione Floriani

La Fondazione Floriani, nata nel 1977 grazie ad una donazione di Virgilio e Loredana Floriani è un ente senza fini di lucro che ha promosso, diffuso e applicato le cure palliative ai malati nella fase terminale della malattia.
Per prima in Italia, in collaborazione con la Sezione milanese della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Fondazione Floriani ha creato servizi di assistenza domiciliare gratuita ai malati terminali ed alle loro famiglie, operando sia all'interno delle strutture pubbliche, sia in stretto collegamento con esse. In questo ambito ha elaborato un pioneristico sistema assistenziale integrato fondato sul lavoro d'équipe, conosciuto come "modello Floriani", accolto e adottato anche nel resto del Paese.
Grazie ad un lavoro trentennale, la Fondazione ha influenzato non solo gli aspetti assistenziali ma anche quelli clinici, informativi, formativi, etici, politici ed organizzativi delle cure palliative e dell'assistenza ai malati di cancro.
Fondazione Floriani prosegue oggi la sua opera anche raccogliendo e mettendo a disposizione degli operatori sanitari e di tutti gli interessati una conoscenza sistematica e specialistica in cure palliative: la sua Biblioteca, tra le più fornite ed aggiornate d'Italia, offre un qualificato servizio di consultazione e ricerca di testi, riviste nazionali ed internazionali specializzate.
Avvalendosi del contributo di esperti in cure palliative, Fondazione Floriani ha sviluppato un sapere ed un saper fare costantemente impiegati in attività di ricerca sul campo, supportando programmi qualificati di formazione per gli operatori di cure palliative, stimolando l'elaborazione di normative e leggi sul dolore e le cure palliative, nonché contribuendo all'organizzazione di numerose iniziative congressuali nazionali e internazionali con l'obiettivo di promuovere la cultura e diffondere la formazione medico – scientifica in questo ambito.

La Fondazione Floriani ha sede in Via Privata N. Bonnet, 2 - Milano
Tel. (+39) 02.6261111
E-mail: ffloriani@ffloriani.it

5.6.3 Società Italiana di Cure Palliative

La Società Italiana di Cure Palliative (SICP), fondata a Milano nel 1986 da Vittorio Ventafridda, è l'unica Società scientifica italiana che ha come principale obiettivo statutario la diffusione dei principi delle cure palliative in Italia. Con oltre 2.500 iscritti, un Direttivo Nazionale e 19 Sedi Regionali, opera in unità d'intenti con la Federazione Cure Palliative, che coordina 62 Organizzazioni non profit italiane, ed è Membro collettivo dell'European Association for Palliative Care (EAPC).
SICP sostiene 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, fondata sugli hospice e le cure palliative domiciliari.
Organizza annualmente il proprio 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 molti anni il proprio sito www.sicp.it, un sito aggiornato sul mondo delle cure palliative, sia per quanto riguarda gli eventi scientifici, sia per le pubblicazioni e le notizie di attualità.
Ha realizzato numerose monografie, tra le quali il "Libro Bianco" (1995) il "Libro Blu" (1997) sulle Unità di Cure Palliative in Italia e il documento riguardante i "Requisiti minimi tecnologici, organizzativi e strutturali per le Unità di Cure Palliative e le ONP" (2003)
Nel 2007 ha pubblicato il libro bianco "Hospice in Italia. Prima rilevazione ufficiale, 2006" in partnership con Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani.

La SICP ha sede a Milano, in via Privata N. Bonnet, 2 - Milano
Tel. (+39) 02.2900 2975 – fax (+39) 02.6261 1140
E-mail: info@sicp.it

5.6.4 FERS – Fondazione per l'Economia e la Responsabilità sociale (già 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.
In data 21 aprile 2009, il Consiglio Direttivo ha deliberato il cambio della denominazione della Fondazione Nomisma Terzo Settore: nasce così FERS - Fondazione per l'Economia e la Responsabilità Sociale. FERS è chiamata a proseguire il percorso condotto sino ad oggi con la denominazione di Fondazione Nomisma Terzo Settore - confermando e rafforzando la missione, la visione ed i valori che fin qui hanno ispirato l'attività.

FERS 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;
- riferimento per istituzioni pubbliche e per organizzazioni aziendali sui temi riguardanti il Diversity Management come strumento innovativo di gestione del capitale umano.

Anche in virtù della ormai consolidata collaborazione con la Fondazione Isabella Seràgnoli, con la Società Italiana di Cure Palliative e con la Federazione Cure Palliative, FERS ha sviluppato negli ultimi anni una competenza specifica nell'ambito delle cure palliative.

FERS – Fondazione per l'Economia e la Responsabilità Sociale (già Fondazione Nomisma Terzo Settore) ha sede in piazza San Domenico, 9 - 40124 Bologna (Italia)
Tel. (+39) 051.260956
email: info@f-ers.it; website: www.f-ers.it

EURO 60,00