



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie

Programma regionale per la  
**Rete delle Cure Palliative**  
PSR 1999-2001

Indice delle Deliberazioni della Giunta Regionale di Approvazione del Programma e dei Provvedimenti Attuativi

456/2000	pag. 1
1602/2000	pag. 23
2231/2001	pag. 36
2134/2003	pag. 43

PROGR. N. 456/2000

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di MERCOLEDI' 1 (PRIMO ) del mese di MARZO dell' anno 2000 (DUEMILA ) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) ERRANI VASCO	- Presidente
2) SABATTINI EMILIO	- Vice Presidente
3) BISSONI GIOVANNI	- Assessore
4) BORGHI GIANLUCA	- Assessore
5) CAMPAGNOLI ARMANDO	- Assessore
6) COCCHI RENATO	- Assessore
7) DAVOLI LORENZA	- Assessore
8) PIERI VITTORIO	- Assessore
9) RIVOLA PIER ANTONIO	- Assessore
10) TAMPIERI GUIDO	- Assessore

Funge da Segretario l'Assessore DAVOLI LORENZA

OGGETTO: PIANO SANITARIO REGIONALE 1999-2001 - PROGRAMMA "LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE"

COD.DOCUMENTO PRC/00/6565

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto il D.L. 28.11.1998 n. 450 convertito in Legge 26.02.1999 n. 39 "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" la quale:

- all'art. 1 comma 3 prevede la possibilità per le Regioni di presentare progetti per la realizzazione di strutture di cure palliative con allegato il piano che assicuri l'integrazione delle attività delle stesse con le altre attività di assistenza prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale;
- prevede l'accesso ad appositi finanziamenti;
- subordina la presentazione dei progetti alla emanazione di un Decreto Ministeriale per l'adozione del programma nazionale;
- rimanda ad un atto di indirizzo e coordinamento che stabilisca i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per le strutture di cure palliative, nonché le modalità di verifica dei risultati;

Dato atto:

- che tali due ultimi provvedimenti attuativi non sono ancora operanti pur essendo stati predisposti dai competenti Organi nazionali ed approvati rispettivamente dalla Conferenza Stato Regioni nelle sedute del 5 agosto 1999 e 4 novembre 1999, sicché se ne conoscono i relativi testi;
- che, pertanto, si è in possesso dei dati e delle indicazioni necessari per poter approvare il piano e i relativi progetti;

Considerato l'opportunità, in relazione a quanto

sopra, di predisporre il Programma regionale "La rete delle cure palliative", riservandosi fin d'ora di procedere alle eventuali integrazioni che dovessero rendersi necessarie a seguito di modificazioni delle normative nazionali;

Evidenziato come siano stati compiuti a livello regionale studi ed indagini per la formazione del Programma "La rete delle cure palliative", ricorrendo anche all'apporto di appositi e specifici gruppi di lavoro che hanno approfondito i vari aspetti dei problemi insorgenti, al fine di meglio integrare i nuovi servizi delineati con la rete già esistente ed in particolare con i servizi di assistenza domiciliare da tempo attivati e con le strutture ospedaliere dedicate ai malati oncologici e alla terapia palliativa e antalgica;

Riscontrato che il Programma che viene allegato al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale, persegue obiettivi analoghi a quelli contenuti:

- sia dal Piano Sanitario Nazionale, il quale prevede il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, attraverso il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica e il sostegno psicosociale al malato e ai suoi familiari;
- sia dal Piano Sanitario Regionale, che dedica all'argomento due progetti speciali "Le cure palliative e l'assistenza nelle fasi terminali della vita" e "Hospice";

Ritenuto pertanto di approvare tale Programma il quale operativamente indica:

- la necessità di adeguare l'offerta di servizi organizzando servizi ospedalieri di cure palliative per l'erogazione dell'assistenza specialistica di 2° livello;
- la necessità di prevedere strutture residenziali a gestione ospedaliera o territoriale (hospice), programmando la loro realizzazione in ambito territoriale provinciale seguendo le modalità e gli standard

riportati nel Programma allegato;

- l'esigenza di integrare i nodi della rete in un'ottica sistemica;

Dato atto, ai sensi dell'art. 4, 6° comma della L.R. 19 novembre 1992 n. 41 e del punto 3.1 della delibera n. 2541/95:

- del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Prevenzione Collettiva Paolo Tori e dal Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri Sergio Venturi in merito alla regolarità tecnica della presente delibera;
- del parere favorevole espresso dal Direttore Generale alla Sanità Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente delibera;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Consiliare Sicurezza Sociale espresso nella seduta del 29 febbraio 2000;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, per quanto in premessa evidenziato, l'allegato Programma regionale "La rete delle cure palliative" parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di riservarsi di apportare al Programma stesso le modifiche che si rendessero necessarie a seguito di variazioni introdotte dalla normativa nazionale;
3. di disporre l'inoltro del Programma al Ministero della Sanità cui andranno inviati successivamente i progetti per la realizzazione delle strutture destinate all'assistenza palliativa per poter accedere ai finanziamenti previsti;

4. di dare atto infine che si provvederà a pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -

## **LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

### Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1990, ha dato la seguente definizione di cure palliative: "L'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia".

La parte più strettamente medica di questo approccio globale al paziente in fase avanzata di malattia prende il nome di "medicina palliativa", così com'è stata definita nel 1987 in Gran Bretagna, all'atto del suo riconoscimento come specialità medica: "Per medicina palliativa si intende lo studio e la gestione dei pazienti con malattia attiva, in progressione, avanzatissima, per i quali la prognosi sia limitata e l'obiettivo della cura (care) sia la qualità di vita".

E' necessaria, anche nelle fasi avanzate di malattia, l'integrazione di diverse competenze: in particolare per quanto riguarda il campo dei tumori, quella oncologica-medica per l'utilizzo di terapie antitumorali a scopo palliativo, quella radioterapica per i trattamenti radianti analgesici e sintomatici, quella analgesica per il trattamento di sindromi dolorose complesse e la valutazione delle strategie terapeutiche di maggiore efficacia sulla qualità di vita, quella psicologica e/o psichiatrica, quella infermieristica per la valutazione e l'identificazione dei diversi bisogni, quella nutrizionale, quella riabilitativa, e così via.

### Riferimenti normativi

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 1999-2001 dedica all'argomento due Programmi speciali: "Le cure palliative e l'assistenza nelle fasi terminali della vita" e "Hospice".

La creazione della Rete delle Cure Palliative implica che siano attuati i principali percorsi assistenziali per rendere fruibili a questi pazienti:

- l'assistenza domiciliare integrata;
- l'ospedalizzazione domiciliare;
- l'assistenza presso strutture di ricovero-accoglienza dedicate alle Cure Palliative;
- il ricovero presso strutture di degenza ordinaria e di Day Hospital.

Le indicazioni contenute nel PSR sono coerenti con quelle del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (ob.IV: rafforzare la tutela dei soggetti deboli) e con il D.L. 450/98, convertito in Legge 39/99 "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000". I componenti della rete di assistenza sono: l'assistenza ambulatoriale; l'assistenza domiciliare integrata; l'assistenza domiciliare specialistica; il ricovero ospedaliero in regime ordinario o di Day Hospital; l'assistenza residenziale negli Hospice, secondo le raccomandazioni della Consensus Conference della Società Italiana di Cure Palliative "Realizzare le Cure Palliative in Italia".

In Emilia-Romagna la legge 29/94 "Assistenza a domicilio per i pazienti terminali" e il Programma di attuazione (Programma pluriennale di interventi per l'assistenza a domicilio di pazienti oncologici terminali) hanno permesso lo sviluppo di servizi di assistenza domiciliare per i malati terminali, stimolando l'integrazione tra distretti, presidi ospedalieri e associazioni di volontariato, valorizzandone le esperienze anticipatorie in tale area di intervento.

Anche la deliberazione di Giunta n. 124 dell'8 febbraio 1999 "Criteri per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari" ha indicato la necessità di organizzare in ogni ambito territoriale la rete delle cure palliative, completando così l'integrazione fra i servizi di base - sanitari e sociali - e quelli specialistici.

Si ricorda infine che la deliberazione della Giunta Regionale n. 1455 del 28 luglio 1997, che approva la direttiva sulla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, prevede la possibilità di attivare tale forma di ricovero per i pazienti in fase terminale della vita.

### Obiettivi

Gli obiettivi che si perseguono con la presente direttiva sono:

- potenziare e migliorare l'assistenza, qualificando gli interventi di terapia palliativa e antalgica, nel rispetto delle esigenze espresse dal malato e dalla sua famiglia;
- organizzare e realizzare il "sistema" delle cure palliative basato su livelli di intensità delle cure erogate, prevedendo articolazioni assistenziali: residenziali, ospedaliere e domiciliari.

Alla luce di quanto già realizzato in Emilia-Romagna, interventi prioritari sono:

- garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi di cura della malattia;
- assicurare il supporto specialistico palliativo, qualora necessario;
- attivare strutture di ricovero-accoglienza dedicate (hospice) prioritariamente per quei malati che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa a domicilio.

La finalità complessiva è rappresentata dalla costituzione della Rete delle Cure Palliative che, valorizzando l'esistente - esplicitato principalmente come risposta territoriale di cure primarie - si assuma in carico la complessità di cura necessaria in queste situazioni cliniche e completi la rete con servizi di secondo livello, sia territoriali che ospedalieri.

## Stima dei bisogni

Le Cure Palliative costituiscono l'insieme di cure attive, globali e multidisciplinari erogate a pazienti affetti da malattia non più responsiva a trattamenti curativi specifici, con rapida evolutività ed imminenza della morte (in genere entro pochi mesi), con presenza di sintomi invalidanti e progressiva riduzione della performance.

Alcuni aspetti delle Cure Palliative sono però applicabili più precocemente nel corso della malattia, quando l'elevata complessità clinica di questi pazienti lo richieda.

Numerose patologie presentano una fase terminale, tale da giustificare un intervento di tipo palliativo: neoplasie, AIDS, malattie cerebro-vascolari, malattie del Sistema Nervoso Centrale, malattie cardio-vascolari, malattie dell'apparato respiratorio, anche nei bambini.

Le stime del bisogno sono effettuate utilizzando i dati relativi alla fase terminale dei pazienti oncologici, più facilmente identificabili e storicamente prevalenti in tutte le casistiche internazionali di programmi di Cure Palliative.

E' doveroso puntualizzare, pertanto, che la stima dei bisogni che ne emerge è sicuramente difettosa in modo rilevante per due motivi: - da una parte, in quanto riferita ad una sola patologia, se pure frequente; - dall'altra, in quanto riferita ad un periodo temporalmente limitato (le fasi preterminali e terminali), quando il bisogno di un approccio palliativo è spesso necessario anche in fasi più precoci di malattia.

Dati di letteratura indicano che:

- circa il 90% dei deceduti per neoplasia attraversa una fase terminale di malattia;
- la durata media della fase terminale dei pazienti oncologici è rappresentata in circa 90 giorni.

Conoscendo il numero dei deceduti per neoplasia, la

percentuale dei deceduti con una fase terminale e la durata media di questa, è possibile stimare l'incidenza e la prevalenza dei pazienti con neoplasia in fase terminale.

La mortalità per tumori in Emilia-Romagna 1995-1997 è stata di 13.929 casi (media annuale di quel triennio); il 90% di questo dato, cioè 12.536, è il numero di casi incidenti annualmente. Essendo la durata media della fase terminale 90 giorni, la prevalenza, cioè il numero di pazienti che ogni giorno si trova in fase terminale per neoplasia, è di 3.091 casi.

Dati internazionali indicano che una stima realistica di necessità complessiva di posti letto residenziali di Cure Palliative, territoriali e/o ospedalieri, si aggira intorno al 15% dei 3.091 pazienti prevalenti. Tale dato è del tutto coerente, fra l'altro, con le indicazioni della Società Italiana di Cure Palliative, che ritengono adeguati 0.1 p.l. di Cure Palliative, per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda una stima dei bisogni qualitativi, numerosi studi riportano la prevalenza di problemi sintomatologici negli ultimi mesi di vita di pazienti deceduti per tumore.

Fermo restando che le cure primarie, assicurate principalmente dall'Assistenza Domiciliare Integrata (NOAD-MMG), possono rispondere adeguatamente alle esigenze dei malati in molti momenti della fase finale della vita, in alcune situazioni la complessità dei bisogni assistenziali comporta risposte più articolate da parte di diverse professionalità e modalità terapeutiche.

In particolare, è noto che:

- dal 15% al 30% di pazienti inseriti internazionalmente in programmi di Cure Palliative possono ancora giovare di trattamenti medici antitumorali;
- analogamente, circa nel 3-5% dei pazienti possono essere indicati trattamenti analgesici invasivi, per i quali deve essere attivato il riferimento con l'anestesista-algologo;

- la radioterapia ha un ruolo spesso importante nel trattamento palliativo di neoplasie localmente avanzate e non suscettibili di un trattamento locale con finalità radicali o nel controllare alcuni sintomi derivanti dalla disseminazione della malattia neoplastica;
- la figura che si occupa della sfera psicologica ha un ruolo irrinunciabile nel sostenere lo staff nel difficile compito assistenziale, dato il notevole dispiego di risorse emotive. Il supporto allo staff medico e, soprattutto, infermieristico e la formazione di questo alla comunicazione e alla gestione delle problematiche pratiche e relazionali sollevate dalla assistenza al paziente e alla famiglia rappresentano due compiti e al tempo stesso obiettivi fondamentali nelle Cure Palliative;
- la figura infermieristica identifica e valuta i bisogni fisici, sociali e psicologici proponendo al paziente e ai familiari le possibili soluzioni, insegna i comportamenti più adeguati per il mantenimento della qualità di vita, garantisce la continuità assistenziale dell'assistenza intramuraria e, in forme diverse, extramuraria;
- dati recenti individuano nel 10% circa dei pazienti in fase terminale l'entità di quelli che possono giovare ancora di un trattamento chirurgico palliativo o derivativo. Anche in questo caso va garantito un percorso preferenziale per l'accesso tempestivo allo specialista.

Da quanto detto emerge con chiarezza assoluta la necessità di un gruppo specialistico di II livello, che garantisca la continuità di cura del paziente nei percorsi terapeutici e assistenziali dei diversi nodi della rete: dalle cure primarie alle cure specialistiche di III livello (sulle quali occorre un successivo approfondimento seguendo il modello di organizzazione Hub & Spoke) e viceversa.

#### Offerta attuale in Emilia-Romagna

Al bisogno di Cure Palliative in Emilia-Romagna vi

sono, attualmente, due livelli di risposte, con diverso "stato di avanzamento".

Da una parte, il "Programma di assistenza domiciliare ai malati oncologici terminali" attivo da quattro anni ed il processo evolutivo in atto, rappresentato nei "Criteri per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari" (del. 124 dell'8/2/1999) per l'allargamento di un intervento coordinato anche a patologie non oncologiche, garantiscono un intervento primario, integrato con le figure specialistiche nei casi previsti, adeguato ed uniforme sul territorio regionale.

Lo sviluppo organico di tale livello di risposta, privilegiabile ogni qualvolta sia possibile, è assolutamente necessario, ma non sufficiente per l'erogazione di risposte adeguate a tutti i livelli di bisogno. E' comunque ipotizzabile realizzare un ulteriore incremento della diffusione del Programma di assistenza domiciliare, fino alla copertura del 60% dei malati, coadiuvati, nel raggiungere tale obiettivo, dall'impegno del volontariato.

Il Piano Sanitario Regionale prevede l'ampliamento dell'offerta dei servizi specialistici di cure palliative tramite la realizzazione di un secondo livello di intervento che integri e completi la rete territoriale dei servizi. A tale proposito è necessario che tale servizio si raccordi con i livelli assistenziali primari, in particolare i Responsabili Distrettuali ed i Medici di Medicina Generale.

Il livello specialistico è stato, finora, sviluppato sulla base di iniziative di gruppi di professionisti, operanti nel settore pubblico, nel volontariato, nel terzo settore e nel privato, di diversa estrazione professionale, in particolare quella oncologica e quella anestesiologicala-antalgica.

Nella ricognizione dei servizi offerti non è sufficiente prendere in considerazione i servizi o reparti di Oncologia Medica e/o quelli di Terapia Antalgica "tout court", pur essendovi aree di sovrapposizione con queste discipline, ma è necessario definire come Centri di Cure

Palliative di secondo livello quelli in cui è presente personale formato e dedicato a questa attività a tempo pieno.

#### Adeguamento dell'offerta dei servizi

Le carenze più evidenti per la costituzione della Rete delle Cure Palliative, alla luce degli obiettivi citati, sono riferite alla mancanza di Servizi ospedalieri di cure palliative per l'erogazione dell'Assistenza Specialistica di II livello. Occorrerà inoltre attivare un livello specialistico (III livello) con bacino di riferimento sovra-aziendale per trattare quelle situazioni che richiedono particolari attrezzature e livelli professionali.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale si è rilevata la necessità di Hospice: strutture a gestione ospedaliera o territoriale.

Indispensabile appare comunque la realizzazione della Rete delle cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali, rete che dovrà essere sviluppata dalle Aziende Sanitarie di concerto con gli Enti Locali e 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 la precisa definizione degli impegni che ciascuna componente garantisce. Nelle realtà aziendali non coincidenti con l'area provinciale si dovrà prevedere una adeguata programmazione della rete su tale ambito.

#### 1 - SERVIZI DI CURE PALLIATIVE

Il Servizio di Cure Palliative (**SCP**) assicura direttamente in ciascuna Azienda USL, o attraverso l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera, con la propria équipe specialistica le seguenti funzioni specifiche:

- a) attività consulenziale per pazienti ricoverati, domiciliari (in ADI: NOAD-MMG), residenziali e attività ambulatoriale per esterni; partecipazione al coordinamento e all'organizzazione dell'integrazione fra livello primario e specialistico;

- b) collaborazione all'elaborazione del piano terapeutico e individuazione dell'assetto assistenziale più adeguato, nel corso di un momento valutativo palliativo integrato con le figure mediche che hanno in carico il paziente (medico di famiglia, medico specialista), con rivalutazione periodica del caso; specificazione dei criteri di eleggibilità ai diversi livelli all'interno della Commissione professionale aziendale delle cure domiciliari e valutazione della congruità degli stessi;
- c) ospedalizzazione domiciliare palliativa nei casi selezionati che, per complessità clinica, richiedano tale assetto assistenziale (NOAD-UCP);
- d) attività di Day Hospital ed esecuzione di manovre complesse;
- e) gestione dell'assistenza specialistica ai pazienti ricoverati in Hospice ospedalieri. In tal caso si configura come Unità di Cure Palliative;
- f) consulenza specialistica ai pazienti ricoverati in Hospice territoriale, dei quali valuta l'ammissione in collaborazione con il Responsabile Organizzativo Distrettuale, secondo criteri di eleggibilità predefiniti;
- g) riferimento, nei casi indicati, ai Centri specialistici di terzo livello, per esempio per tecniche antalgiche di impiantologia e neurolesione;
- h) formazione del personale e collaborazione alla individuazione di protocolli e di raccomandazioni e a progetti di ricerca.

Appartengono al Servizio di Cure Palliative le seguenti figure professionali: medico specialista esperto in Cure Palliative, infermiere, psicologo, assistente sociale. Tutti gli operatori dovranno essere adeguatamente formati e, in considerazione dell'elevato impegno relazionale dell'assistenza, fortemente motivati. Saranno tenuti in particolare considerazione, quando espressi, i

bisogni spirituali dei pazienti, per i quali andranno predisposte risposte personalizzate.

La relazione d'aiuto potrà giovare di figure del volontariato, opportunamente selezionato e formato in senso psicologico, le quali in stretto collegamento con il Servizio di Cure Palliative, garantiscano la loro presenza per un approccio complessivo più comprensivo delle esigenze di pazienti e familiari.

## 2 - HOSPICE

Sulla base di quanto detto, è evidente che è ugualmente prioritaria l'istituzione di Hospice (H) con posti letto in strutture ospedaliere e/o territoriali.

L'accesso in tali strutture dovrà essere informato ai seguenti criteri, contemporaneamente presenti:

1. assenza o inopportunità di indicazione a trattamenti curativi specifici;
2. presenza di sintomi invalidanti, che comportino valori di performance inferiori o uguali a 50 secondo la scala di Karnofsky;
3. rapida evolutività della malattia con aspettativa di sopravvivenza assai limitata.

I posti letto di tipo Hospice possono essere o in carico al Servizio di Cure Palliative che gestisce l'Hospice Ospedaliero (HO) (Unità di Cure Palliative - UCP) o essere a gestione territoriale Hospice Territoriale (HT), avendo in questo ultimo caso come riferimento il Distretto.

Per quanto riguarda gli standard attuali di offerta assistenziale, i letti ospedalieri saranno compresi negli standard di offerta di lungodegenza (0,7-1 per 1000 abitanti), considerando eventualmente anche posti letto inseriti in case di cura accreditate, mentre i posti letto degli hospice territoriali andranno a completare l'offerta di servizi residenziali (4% della popolazione ultrasettantacinquenne, sia nel caso di strutture a

gestione diretta da parte dell'Azienda-Usl, sia nel caso di strutture a gestione da parte del privato sociale e del volontariato.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'Hospice sono quelli di prossima pubblicazione da parte del Ministero della Sanità nell'atto di indirizzo e coordinamento ad hoc predisposto. Si terranno inoltre a riferimento gli standard suggeriti dalla Società Italiana di Cure Palliative per gli Hospice, nel documento: "Hospice: requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici", prodotto dalla Commissione Hospice nel 1995.

Si suggerisce che i moduli di Hospice, siano essi HO che HT abbiano dimensioni intorno ai 12-15 p.l. (comunque inferiori a 30 p.l.) e diffusi sul territorio regionale in modo da favorire il collegamento col territorio e la facile accessibilità.

Per quanto riguarda gli hospice territoriali, pur ravvisando nella capacità ricettiva indicata quella in grado di garantire un buon livello di qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza dei servizi e di efficiente impiego delle risorse, si ritiene che le Aziende Sanitarie - nell'ambito della programmazione su base provinciale - possano anche prevedere strutture di dimensioni più ridotte.

Ciò anche al fine di assicurare una diffusione più capillare dell'assistenza, garantendo comunque un buon livello di qualità delle cure palliative erogate.

L'esigenza di assicurare accoglienza in Hospice - ospedaliero o territoriale - al 15% dei circa 3.100 pazienti, che ogni giorno si trovano in condizioni di terminalità, porta a ritenere necessario dedicare loro 450 posti letto, corrispondenti a circa 30-40 Hospice.

E' verosimile che la proporzione fra pazienti più complessi e quelli con minori necessità assistenziali trovi adeguata risposta in 10-15 HO e 20-25 HT.

Si considera, tuttavia, che ciascuna Azienda Sanitaria, avendo a riferimento l'ambito territoriale

provinciale, debba definire la migliore distribuzione geografica delle proprie unità, riservando le UCP alle Aziende in cui è presente un Dipartimento di Oncologia da un lato, e valutando, dall'altro, le abitudini di ricovero dei propri cittadini negli ospedali locali, per evitare il proliferare di strutture che poi non verrebbero utilizzate in pieno.

Se vi è indicazione all'accesso in Hospice, verrà valutata la natura dei bisogni per individuare l'assetto organizzativo più adeguato all'interno degli Hospice Ospedalieri (HO) e degli Hospice Territoriali (HT):

- negli Hospice Ospedalieri (HO) - Unità di Cure Palliative (UCP) - se sanitari ad elevata complessità clinica: procedure diagnostiche per il chiarimento dell'eziopatogenesi di una sindrome patologica sintomatica, gestione di criticità acuta polidistrettuale e delle fasi critiche di scompenso, gestione delle complicanze di alcune terapie specifiche, esecuzione di manovre invasive quando indicate, squilibrio e instabilità sintomatica che necessitano di un intervento medico specialistico;
- negli Hospice Territoriali (HT) se prevalentemente assistenziali a minore complessità clinica: necessità di periodo di sollievo per la famiglia, necessità di assistenza infermieristica quotidiana, tempo di degenza prolungato, equilibrio e stabilità sintomatica che necessita prevalentemente di intervento assistenziale infermieristico, programmi di prevenzione delle conseguenze invalidanti, terminalità asintomatica in assenza di supporto familiare o non gestibile a domicilio per motivi psico-sociali.

Alcuni bisogni quali l'aggravamento/scompenso delle sintomatologie dolorose e non, nonché la gestione della fase terminale sintomatica andranno affrontati in Hospice Ospedaliero o in Hospice Territoriale a seconda del grado di intensità degli stessi.

L'ubicazione ospedaliera dei Servizi di Cure Palliative e, in particolare, per le Unità di Cure Palliative, la dislocazione interna al Dipartimento di

Oncologia - ove possibile - o l'aggregazione alle Unità operative oncologiche, può favorire la continuità terapeutica ed assistenziale e organizzativamente si configura, di norma, come struttura organizzativa semplice. L'UCP costituisce il punto di sintesi e di svincolo fra le cure specialistiche specifiche e le cure primarie, sintesi che può essere assicurata solo da un'équipe che sia o all'interno o affiancata alla struttura oncologica esistente. Va infatti evitato il rischio che il paziente si senta "scaricato" dall'équipe specialistica che lo aveva avuto in cura, nel momento del passaggio ad un'assistenza domiciliare o residenziale, garantendo invece la continuità assistenziale.

### Formazione

Va sottolineato che in entrambi i contesti di articolazione dei Servizi di Cure Palliative, partendo dal presupposto di "gruppo specialistico multidisciplinare formato e dedicato a tempo pieno a tale attività", la formazione rappresenta una necessità imprescindibile nell'istituzione dei Servizi stessi. Tale formazione dovrà prevedere sia una formazione specialistica tecnico-professionale (corsi di formazione specifica per i diversi livelli specialistici coinvolti nelle Cure Palliative), che una formazione psicologica, in particolare psico-oncologica che permetta di confrontarsi al meglio con il tema del "limite": il limite della vita umana, il limite dell'impotenza, il limite del confronto.

Tali corsi di formazione saranno da stabilire a livello regionale in collaborazione con le Agenzie formative (Università, Scuole di Cure Palliative, etc). E' necessario inoltre che sia garantita anche una formazione continua e permanente, comprendente un'attività di supervisione psicologica, da programmare nelle singole realtà, a seconda delle caratteristiche logistiche e organizzative delle stesse. Oltre alla formazione degli operatori dedicati, omogenea per tutti gli assetti assistenziali previsti, è indispensabile una formazione culturale alle Cure Palliative per tutti gli operatori sanitari, ospedalieri e territoriali, che entrino nel percorso assistenziale di questi pazienti. Tale funzione educativa dovrà localmente essere promossa e svolta dall'é

quipe di Cure Palliative, preventivamente preparata a svolgere questa importante funzione.

Considerato il ruolo fondamentale dei famigliari nel supportare il malato sia sotto il profilo psicologico che assistenziale vero e proprio, andranno messe in campo adeguate iniziative di formazione nei loro confronti, con il contributo fondamentale delle associazioni di volontariato.

### Indicatori di efficienza e di efficacia

Per una riflessione, se pure sintetica, su efficienza ed efficacia di programmi specialistici di Cure Palliative bisogna, in primo luogo, identificare i risultati (outcome) attesi da tali programmi. Gli obiettivi tradizionali di un intervento sanitario, riduzione di mortalità e morbilità, sono evidentemente inadeguati in Cure Palliative. Occorrerà comunque individuare, oltre agli indicatori di gradimento dell'assistenza da parte dei pazienti e dei familiari assistiti, cimentarsi sulla misurazione dei risultati. A tal fine, uno specifico gruppo di lavoro regionale individuerà modalità e strumenti per l'adeguata valutazione multidimensionale della qualità della vita (e dell'impatto sulla stessa delle Cure Palliative erogate) e per la rilevazione della soddisfazione dei familiari dei pazienti assistiti.

Gli indicatori di struttura e processo sono molto importanti per descrivere i soggetti erogatori e le modalità attuative delle Cure Palliative, anche se non assolvono del tutto il compito. Fra quelli proposti dalla Società Italiana di Cure Palliative, ne sono stati scelti alcuni, di seguito sommariamente elencati, come primi descrittori dell'avvio del Programma ai quali andranno aggiunti indicatori sulla integrazione del sistema dei servizi in rete. Si ritiene, infatti, necessario costruire un set di indicatori più selezionato da utilizzare per l'accreditamento delle strutture oltre che per la raccolta periodica di informazioni sull'andamento delle specifiche aree di lavoro della rete delle Cure Palliative, nonché sulle ricadute che il Programma potrà avere sulla riduzione dei ricoveri in posti per acuti.

**SERVIZIO CURE PALLIATIVE****HOSPICE**

Autonomia organizzativa del servizio	Autonomia organizzativa
Orario apertura settimanale	zio
Orario reperibilità medica	N. posti letto
ospite	Mq area residenziale per
	te
Orario dedicato accessi e domiciliari	Mq area degenza per ospite
Orario dedicato consulenze Infermiere telefonica	familiari
N. operatori assegnati medico/o-	N. ore settimanali
	e OTA per ospite
	N. ore settimanali
	spite
N. pazienti visitati anno l'ammis-	Tempo di attesa per
per sede erogativa	sione
N. visite effettuate per sede erogativa	N. accessi medico per ospite
N. interventi per figura numero professionali	Durata media degenza e ricoveri
N. consulenze per paziente per totale e sede erogativa	N.giornate ricovero in H
Durata presa in carico NOAD e -UCP	acuti
N. pazienti ammessi all'UCP entro e HT	N. pazienti deceduti in UCP
	HT
	N. famiglie contattate
	30 gg

Obiettivo complessivo del Programma è estendere, nell'arco dei prossimi tre anni, la copertura assistenziale fornita dalla rete dei servizi delle cure palliative fino ad almeno il 70% dei malati.

Informazione e comunicazione per i cittadini

L'obiettivo principale di un programma comunicativo

sulle Cure Palliative è far comprendere che l'impegno da "solo" curativo deve trasformarsi nell'impegno del "prendersi cura". Pertanto occorre sostenere un processo di cambiamento culturale rilevante al fine di far partecipare sia il professionista che il paziente alle decisioni terapeutiche e assistenziali che hanno un maggiore impatto sulla qualità della vita.

Le iniziative di informazione e comunicazione, avviate a livello locale, con le procedure ritenute più appropriate dovranno essere coordinate da un gruppo tecnico a valenza regionale che avrà anche il compito di dare visibilità e riconoscimento alla rete di Cure palliative.

Momenti decisivi sono la diffusione di informazioni a cura di tutti i presidi sanitari delle Aziende Sanitarie circa le modalità di accesso al servizio e la capacità di orientare le domande verso il punto della rete più appropriato.

Si ritiene indispensabile che l'azione di informazione e comunicazione nei confronti dei cittadini sottolinei le aspettative legittime di assistenza a cui può essere data risposta da parte del servizio: per esempio al momento della presa in carico è auspicabile che vengano ben definite da parte del servizio le prestazioni e i presidi sanitari ai quali il paziente ha diritto.

Deve risultare chiaro, inoltre, che se da un lato il servizio di cure palliative si impegna a mantenere coerenza, continuità e qualità in tutti i momenti dell'assistenza, d'altro canto i familiari si impegnano ad integrare e supportare in prima persona la cura al malato.

In questo processo, si sottolinea l'importanza di informare le famiglie sulle associazioni di volontariato e sui singoli volontari che sono presenti sul territorio e sulle modalità della loro attivazione.

- - - - -

omissis

---

L'ASSESSORE SEGRETARIO: DAVOLI LORENZA

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

---

Atto non soggetto a controllo ai sensi dell' art. 17  
comma 31, 32 della Legge 15 maggio 1997 n. 127

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

PROGR. N. 1602/2000

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di VENERDI' 29 (VENTINOVE ) del mese di SETTEMBRE dell' anno 2000 (DUEMILA ) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- |                         |              |
|-------------------------|--------------|
| 1) NEGRI VERA           | - Presidente |
| 2) BASTICO MARIANGELA   | - Assessore  |
| 3) BISSONI GIOVANNI     | - Assessore  |
| 4) BORGHI GIANLUCA      | - Assessore  |
| 5) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore  |
| 6) CAMPAGNOLI ARMANDO   | - Assessore  |
| 7) DELBONO FLAVIO       | - Assessore  |
| 8) PASI GUIDO           | - Assessore  |
| 9) PERI ALFREDO         | - Assessore  |
| 10) RIVOLA PIER ANTONIO | - Assessore  |
| 11) TAMPIERI GUIDO      | - Assessore  |

Presiede il Vice Presidente Assessore NEGRI VERA  
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore BASTICO MARIANGELA

OGGETTO: PIANO SANITARIO REGIONALE 1999-2001. PROGRAMMA "LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE": PROVVEDIMENTI ATTUATIVI.

COD.DOCUMENTO PRC/00/37631

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la propria deliberazione dell'1/3/2000 n. 456 con la quale è stato approvato il Programma regionale "La rete delle cure palliative", anche sulla base dei provvedimenti nazionali attuativi della L. 39/99, allora non ancora operanti, pur essendo stati a quel tempo predisposti dai competenti organi nazionali ed approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nelle sedute del 5 agosto 1999 e 4 novembre 1999;

Preso atto che sono stati pubblicati senza alcuna modifica rispetto al testo già noto, i sopracitati provvedimenti ed in particolare in data 7/3/2000 sulla Gazzetta Ufficiale n. 55 il decreto del Ministero della Sanità 28 settembre 1999 "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" e in data 21/3/2000 sulla Gazzetta Ufficiale n. 67 il DPCM 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";

Visto che il DM Sanità 28 settembre 1999 prevede all'art. 3:

- che il finanziamento assegnato alla Regione Emilia-Romagna per gli anni 1998-1999 sia di L. 21.344.052.211 (ventunmiliarditrecentoquarantaquattromilionicinquantadueemiladuecentoundici) per le strutture per le cure palliative;
- che le Regioni, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento sopra citato, presentino al Ministero della Sanità i progetti preliminari per la realizzazione di strutture residenziali (hospice) e i piani per l'integrazione dell'attività delle stesse con le altre attività di assistenza ai pazienti terminali;
- che il Ministero della Sanità valuti la congruità dei progetti e dei piani con i criteri stabiliti nello stesso programma nazionale, ne verifichi la compatibilità con le risorse assegnate, approvi i progetti e i

piani, provvedendo conseguentemente all'erogazione delle risorse finanziarie;

Considerato che:

- a seguito delle indicazioni regionali fornite con il Programma regionale "La rete delle cure palliative" le Aziende Sanitarie, di concerto con gli Enti Locali e le Associazioni di Volontariato impegnate in campo oncologico e altro privato sociale profit e non, hanno definito localmente le modalità e i tempi di attuazione della realizzazione della rete delle cure palliative ;
- le Conferenze Sanitarie territoriali, secondo quanto previsto dalla legge regionale 19/94 così come modificata dalla legge regionale 11/2000, hanno partecipato alla programmazione locale della rete delle cure palliative;

Preso atto che le Aziende Sanitarie hanno presentato i piani attuativi del Programma regionale "La rete delle cure palliative" e i progetti preliminari relativi agli hospice, per i quali viene richiesto un finanziamento, sulla base della deliberazione di Giunta regionale n. 456/2000 che in particolare operativamente indica:

- la necessità di adeguare l'offerta di servizi organizzando servizi ospedalieri di cure palliative per l'erogazione dell'assistenza specialistica di II livello;
- la necessità di prevedere strutture residenziali a gestione ospedaliera o territoriale (hospice) programmando la loro realizzazione in ambito territoriale provinciale seguendo le modalità e gli standard riportati nel Programma allegato;
- l'esigenza di integrare i nodi della rete in un'ottica sistemica;

Considerato che i competenti Servizi della Direzione Sanità hanno valutato la congruità dei piani attuativi e dei progetti presentati rispetto alle indicazioni regionali;

Preso atto che, a seguito dei piani presentati, risulta come riportato nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, la distribuzione territoriale degli hospice in ambito regionale previsti dai piani attua-

tivi, che fanno riferimento sia alle strutture pubbliche che private;

Considerato che in alcuni contesti provinciali o per insufficienza di proposte o per caratteristiche proprie delle proposte stesse non è possibile in questa fase raggiungere una adeguata presenza di strutture, mentre le Aziende sono impegnate ad adeguare i loro piani al fine di accedere al prossimo stralcio del Programma relativo all'anno 2000;

Preso atto che, sulla base dei chiarimenti forniti dal Ministero della Sanità, i finanziamenti nazionali previsti dal D.M. Sanità 28 settembre 1999 già citato, sono da ritenere fruibili solo da parte di strutture pubbliche anche in analogia al regime relativo ai fondi stanziati dall'art. 20 della L. 67/88 e a quelli stanziati dalla L. 135/90;

Visto che le richieste di finanziamento pervenute - agli atti dei competenti Servizi regionali - per la realizzazione di strutture pubbliche per le cure palliative, ammontano complessivamente a £.32.295.671.009 (trentadue miliardi duecentonovantacinquemilione seicentoseptantunomilanove lire) come si evince dalla specifica colonna dell'allegato B alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Preso atto che la legge 29/99 prevede anche per il 2000 un'assegnazione su base nazionale alle Regioni per complessive £. 53.532.000.000 (cinquantatremiliardicinquacentotrentaduemilioni);

Ritenuto necessario sostenere - sulla base dello specifico Programma regionale in attuazione del Piano sanitario regionale - interventi in ogni ambito aziendale, al fine di assicurare un omogeneo avvio del Programma per quanto riguarda gli Hospice;

Considerato opportuno destinare in ambito provinciale prioritariamente i finanziamenti:

- ad adeguamenti, riconversioni o completamenti di strutture di proprietà delle Aziende Unità Sanitarie locali o di Aziende ospedaliere, ovvero resesi disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera;
- agli interventi realizzabili nei tempi più ravvicinati possibili;

Ritenuto, inoltre, sulla base delle richieste pervenute, di ammettere a finanziamento anche la proposta che riguarda il Comune di Ravenna relativamente ad una nuova costruzione presso una RSA, in considerazione del fatto che è opportuno garantire nel breve-medio periodo una copertura assistenziale sostanzialmente equa in tutte le realtà regionali;

Considerato altresì opportuno garantire un finanziamento equamente distribuito sia sulla base dei posti letto delle strutture individuate, sia avendo a riferimento un importo per posto letto non superiore a lire 200.000.000;

Dato atto pertanto che gli importi risultanti per la realizzazione dei progetti individuati e oggetto di priorità di finanziamento sono quelli evidenziati nell'apposita colonna dell'allegato B parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto inoltre che le strutture residenziali per le cure palliative previste dai piani attuativi, pubbliche e private, realizzate al termine della prima fase di programmazione regionale, sono quelle indicate nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto del parere favorevole espresso dal Direttore Generale alla Sanità, Franco Rossi, in merito alla legittimità e alla regolarità tecnica del presente atto, ai sensi dell'art.4 comma 6 della L.R. 19 novembre 1992, n.41 e della delibera di Giunta n. 2541 del 4 luglio 1995;

Dato atto del parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare Sicurezza Sociale nella seduta del 26 settembre 2000;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

1. di confermare i contenuti e le statuizioni della propria precedente deliberazione dell'1/3/2000 n. 456 recante Piano Sanitario Regionale 1999-2001 - Programma "La rete delle cure palliative", che prevede, tra l'altro, l'integrazione dell'attività degli hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti terminali, e iniziative comunicative volte a sostenere il necessario cambiamento culturale;

2. di determinare che la rete regionale di cure palliative è costituita, tra l'altro, dalle strutture, pubbliche e private, così come risulta dall'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di stabilire che, a seguito dei criteri e delle priorità esplicitati in premessa, le strutture residenziali (hospice) pubbliche individuate dalla programmazione locale, per le quali viene richiesto il finanziamento nazionale, sono quelle di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, i cui importi sono definiti nella specifica colonna "priorità di finanziamento";
4. di prendere atto che le strutture residenziali per le cure palliative previste dai piani attuativi, pubbliche e private, realizzate al termine della prima fase di programmazione regionale, sono quelle indicate nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
5. di trasmettere al Ministero della Sanità entro i termini previsti dall'art. 3 comma 2 del D.M. 28 settembre 1999 il presente provvedimento corredato dei progetti preliminari - conservati agli atti dei competenti Servizi - per la realizzazione delle suddette strutture, affinché lo stesso ne valuti la congruità e provveda all'erogazione delle risorse finanziarie;
6. di rinviare a successivo provvedimento l'assegnazione della quota di finanziamento nazionale relativa all'anno 2000, prevedendo fin d'ora di tenere in particolare considerazione le proposte provenienti dalle realtà provinciali di Rimini, Reggio Emilia, Forlì-Cesena e Bologna, che dovranno comunque implementare il Programma avvalendosi delle risorse pubbliche e private disponibili, anche in considerazione di quanto avvenuto in questa fase;
7. di disporre che eventuali costi aggiuntivi rispetto a quelli assicurati con le assegnazioni qui stabilite siano a carico degli Enti ed Aziende proprietari finanziati con il presente atto.

- - -

**ALLEGATO A**

**PROGRAMMA REGIONALE LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE: STRUTTURE RESIDENZIALI (HOSPICE) PREVISTE DAI PIANI ATTUATIVI**

Ambito provinciale	Aziende sanitarie	progetti presentati e tipologia di intervento	posti letto	proprietà
Piacenza	Piacenza	Borgo Val Tidone: ristrutturazione casa protetta	10	IPAB
		Piacenza: ristrutturazione casa di cura	15	Casa di cura "S. Antonino s.r.l."
			25	
Parma	Parma	BorgoTaro: ristrutturazione di stabilimento ospedaliero	9	Azienda USL
		Langhirano: adeguamento RSA	8	Azienda USL
		Fidenza: nuova costruzione in area ospedaliera	12	Azienda USL (*)
		Parma: "Piccole Figlie" nuova costruzione annessa alla casa di cura	8	Casa di cura "Piccole Figlie"
		37		
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Guastalla: riconversione stabilimento ospedaliero	14	Azienda USL
		Albinea : "Madonna dell'Uliveto" nuova costruzione	12	Coop. Soc. Madonna dell'Uliveto
		Implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione		Azienda USL
		26		
Modena	Modena	Concordia: ristrutturazione ex ospedale	12	Azienda USL
		Modena: completamento costruzione presso il Policlinico	10	Azienda Ospedaliera
		Carpi: nuova costruzione presso RSA	12	Comune
		Formigine: ristrutturazione ex ospedale	12	Comune
		Vignola: adeguamento RSA	10	IPAB
		Modena: riconversione casa di cura	12	Villa Igea
				68

Bologna	BO/nord	Bentivoglio: Fondazione Ramazzini nuova costruzione	27	Fondazione Ramazzini
	BO Città	Bologna: nuova costruzione area ospedaliera "Bellaria"	14	Azienda USL
	BO/sud	Casalecchio di Reno: completamento costruzione RSA	15	Comune
	Imola	Castel S. Pietro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	12	Azienda USL
			68	
Ferrara	Ferrara	Codigoro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	13	Azienda USL
		Ferrara: ristrutturazione S. Anna	12	Azienda Ospedaliera
		Ferrara: ADO nuova costruzione	13	Associazione A.D.O.
			38	
Ravenna	Ravenna	Lugo: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	10	Azienda USL
		Ravenna: nuova costruzione presso RSA	10	Comune
		Lugo: adeguamento RSA	8	Comune
		Faenza: riconversione di casa protetta	10	Soc. Coop."In Cammino"
			38	
Forlì/Cesena	Cesena	Savignano: ristrutturazione stabilimento ospedaliero S. Colomba	12	Azienda USL
	Forlì	Forlimpopoli: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	11	Azienda USL
			23	
Rimini	Rimini	Rimini: implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione - adeguamento RSA	10	Azienda USL
			10	
	<b>totale</b>		<b>333</b>	

(\*) project financing

**ALLEGATO B**

**FINANZIAMENTI RELATIVI A STRUTTURE PUBBLICHE DEDICATE ALLE CURE PALLIATIVE: IMPORTI RICHIESTI E PRIORITA' DEFINITE**

Ambito provinciale	Aziende sanitarie	progetti presentati e tipologia di intervento	posti letto	proprietà	finanziamento richiesto	priorità di finanziamento
Piacenza	Piacenza	Borgo Val Tidone: ristrutturazione casa protetta	10	IPAB	1.400.000.000	1.400.000.000
			10		1.400.000.000	1.400.000.000
Parma	Parma	BorgoTaro: ristrutturazione di stabilimento ospedaliero	9	Azienda USL	2.164.784.952	1.800.000.000
		Langhirano: adeguamento RSA	8	Azienda USL	1.743.515.646	1.600.000.000
		Fidenza: nuova costruzione in area ospedaliera	12	Azienda USL (*)	3.926.251.200	
			29		7.834.551.798	3.400.000.000
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Guastalla: riconversione stabilimento ospedaliero	14	Azienda USL	2.650.000.000	2.650.000.000
		Implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione		Azienda USL	550.000.000	550.000.000
			14		3.200.000.000	3.200.000.000
Modena	Modena	Concordia: ristrutturazione ex ospedale	12	Azienda USL	1.530.500.000	1.530.500.000
		Modena: completamento costruzione presso il Policlinico	10	Azienda Ospedaliera	875.000.000	875.000.000
			22		2.405.500.000	2.405.500.000
Bologna	BO Città BO/sud Imola	Bologna: nuova costruzione area ospedaliera "Bellaria"	14	Azienda USL	4.267.067.000	
		Casalecchio di Reno: completamento costruzione RSA	15	Comune	815.000.000	815.000.000
		Castel S. Pietro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	12	Azienda USL	2.203.552.211	2.203.552.211
			41		7.285.619.211	3.018.552.211

Ferrara	Ferrara	Codigoro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	13	Azienda USL	1.180.000.000	1.180.000.000
		Ferrara: ristrutturazione S. Anna	12	Azienda Ospedaliera	2.250.000.000	
			25		3.430.000.000	1.180.000.000
Ravenna	Ravenna	Lugo: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	10	Azienda USL	2.000.000.000	2.000.000.000
		Ravenna: nuova costruzione presso RSA	10	Comune	1.000.000.000	1.000.000.000
			20		3.000.000.000	3.000.000.000
Forlì/ Cesena	Cesena	Savignano: ristrutturazione stabilimento ospedaliero S. Colomba	12	Azienda USL	1.000.000.000	1.000.000.000
	Forlì	Forlimpopoli: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	11	Azienda USL	2.000.000.000	2.000.000.000
			23		3.000.000.000	3.000.000.000
Rimini	Rimini	Rimini: implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione - adeguamento RSA	10	Azienda USL	740.000.000	740.000.000
			10		740.000.000	740.000.000
		<b>TOTALE REGIONALE</b>		<b>194</b>		<b>32.295.671.009</b>

(\*) project financing

**ALLEGATO C**

**STRUTTURE RESIDENZIALI (HOSPICE) PREVISTE DAI PIANI ATTUATIVI E REALIZZATE AL TERMINE DELLA PRIMA FASE DI PROGRAMMAZIONE**

Ambito provinciale	progetti presentati e tipologia di intervento	posti letto	proprietà	priorità finanziamento
Piacenza	Borgo Val Tidone: ristrutturazione casa protetta	10	IPAB	1.400.000.000
	Piacenza: ristrutturazione casa di cura	15	Casa di cura "S. Antonino s.r.l."	
		25		1.400.000.000
Parma	BorgoTaro: ristrutturazione di stabilimento ospedaliero	9	Azienda USL	1.800.000.000
	Langhirano: adeguamento RSA	8	Azienda USL	1.600.000.000
	Parma: "Piccole Figlie" nuova costruzione annessa alla casa di cura	8	Casa di cura "Piccole Figlie"	
		25		3.400.000.000
Reggio Emilia	Guastalla: riconversione stabilimento ospedaliero	14	Azienda USL	2.650.000.000
	Albinea: "Madonna dell'Uliveto" nuova costruzione	12	Coop. Soc. Madonna dell'Uliveto	
	Implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione		Azienda USL	550.000.000
		26		3.200.000.000
Modena	Concordia: ristrutturazione ex ospedale	12	Azienda USL	1.530.500.000
	Modena: completamento costruzione presso il Policlinico	10	Azienda Ospedaliera	875.000.000
	Carpi: nuova costruzione presso RSA	12	Comune	
	Formigine: ristrutturazione ex ospedale	12	Comune	
	Vignola: adeguamento RSA	10	IPAB	
	Modena: rionversione casa di cura	12	Villa Igea	
		68		2.405.500.000
Bologna	Bentivoglio: Fondazione Ramazzini nuova costruzione	27	Fondazione Ramazzini	
	Casalecchio di Reno: completamento costruzione RSA	15	Comune	815.000.000
	Castel S. Pietro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	12	Azienda USL	2.203.552.211
		54		3.018.552.211

Ferrara	Codigoro: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	13	Azienda USL	1.180.000.000
	Ferrara: ADO nuova costruzione	13	Associazione ADO	
		26		1.180.000.000
Ravenna	Lugo: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	10	Azienda USL	2.000.000.000
	Ravenna: nuova costruzione presso RSA	10	Comune	1.000.000.000
	Lugo: adeguamento RSA	8	Comune	
	Faenza: riconversione di casa protetta	10	Soc. Coop. "In Cammino"	
		38		3.000.000.000
Forlì/Cesena	Savignano: ristrutturazione stabilimento ospedaliero S. Colomba	12	Azienda USL	1.000.000.000
	Forlimpopoli: ristrutturazione stabilimento ospedaliero	11	Azienda USL	2.000.000.000
		23		3.000.000.000
Rimini	Rimini: implementazione rete provinciale cure palliative: informatizzazione e strumentazione - adeguamento RSA	10	Azienda USL	740.000.000
		10		740.000.000
	<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>295</b>		<b>21.344.052.211</b>

omissis

---

L'ASSESSORE SEGRETARIO: BASTICO MARIANGELA

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

---

Atto non soggetto a controllo ai sensi dell' art. 17  
comma 31, 32 della Legge 15 maggio 1997 n. 127

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

PROGR. N. 2231/2001

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 29 (VENTINOVE ) del mese di OTTOBRE dell' anno 2001 (DUEMILAUNO ) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO         | - Presidente      |
| 2) NEGRI VERA           | - Vice Presidente |
| 3) BISSONI GIOVANNI     | - Assessore       |
| 4) BORGHI GIANLUCA      | - Assessore       |
| 5) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore       |
| 6) CAMPAGNOLI ARMANDO   | - Assessore       |
| 7) DELBONO FLAVIO       | - Assessore       |
| 8) PASI GUIDO           | - Assessore       |
| 9) PERI ALFREDO         | - Assessore       |
| 10) RIVOLA PIER ANTONIO | - Assessore       |
| 11) TAMPIERI GUIDO      | - Assessore       |
| 12) VANDELLI LUCIANO    | - Assessore       |

Funge da Segretario l'Assessore PERI ALFREDO

OGGETTO: 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.

COD.DOCUMENTO OSP/01/30459

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 2541 del 4 luglio 1995, esecutiva, con la quale sono state fissate le direttive per l'esercizio delle funzioni dirigenziali;
- n. 456/2000 con la quale è stato approvato il programma regionale "La rete delle cure palliative";
- n. 1602/2000 con la quale sono stati individuati nell'allegato B le strutture per le quali è stato richiesto il finanziamento nazionale;

Visti:

- il Decreto del Ministero della Sanità del 28 marzo 2001 con il quale viene approvato ed ammesso a finanziamento il piano regionale di cui all'allegato B della deliberazione n. 1602/2000 e vengono indicate le modalità di erogazione della quota assegnata alla Regione;
- la legge regionale 18 aprile 2001 n. 10 relativa al Bilancio di previsione per l'esercizio 2001 che al capitolo n. 51767 "Assegnazioni alle Aziende Sanitarie per la realizzazione di strutture per le cure palliative (art. 1 D.L. 28/12/1998, n. 450 convertito con modificazioni dalla L. 26/2/1999, n. 39). Mezzi Statali", prevede lo stanziamento di £. 21.344.052.211;
- la legge regionale 28 agosto 2001, n. 21;

Considerato che i progetti preliminari presentati dalle Aziende Sanitarie relativi al programma regionale soprarichiamato finanziato dal Ministero, sono già stati acquisiti agli atti del competente Servizio che ha provveduto a verificare la regolarità e congruità;

Ritenuto, pertanto, di poter procedere alla concessione dei finanziamenti in oggetto, per complessive £.21.344.052.211 a favore delle Aziende Sanitarie indicate all'allegato B della più volte richiamata deliberazione n.

1606/2000, per la realizzazione degli interventi e per gli importi ivi indicati per complessive £. 21.344.052.211;

Ritenuto, altresì, che ricorrano gli elementi di cui all'art.57, 2° comma, della L.R. 31/77 e successive modificazioni e che, pertanto, l'impegno di spesa possa essere assunto con il presente atto;

Ritenuto inoltre necessario disciplinare le modalità di erogazione delle somme previste per la realizzazione degli interventi programmati;

Richiamata la propria n. 1841 dell'11 settembre 2001 relativa all'attribuzione dell'incarico di responsabilità del Servizio Ragioneria e Credito "ad interim" alla Dirigente Amina Curti;

Dato atto relativamente ai contenuti della presente deliberazione, ai sensi dell'art. 4, comma 6, della legge regionale n. 41/1992 e della propria deliberazione n. 2541/1995;

- del parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica, espresso dal Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, dottoressa Kyriakoula Petropulacos;
- del parere favorevole in ordine alla legittimità, espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Politiche Sociali, dottor Franco Rossi;

del parere favorevole di regolarità contabile espresso, dal Responsabile del Servizio Ragioneria e Credito, dottoressa Amina Curti;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di concedere, per le motivazioni espresse in premessa, i finanziamenti relativi alla realizzazione degli interventi di cui al programma regionale "La rete delle cure palliative" approvato con deliberazione n. 1602/2000, a favore delle Aziende Sanitarie e per gli importi indicati nell'Allegato B del medesimo provvedimento per complessive £. 21.344.052.211;

2. di impegnare la somma complessiva di € 21.344.052.211 prevista per il finanziamento del richiamato programma, registrata al n. 4014 di impegno, al capitolo 51767 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie per la realizzazione di strutture per le cure palliative (art. 1 D.L. 28/12/1998, n. 450 convertito con modificazioni dalla L. 26/2/1999, n. 39). Mezzi Statali" del Bilancio di Previsione per l'esercizio 2001 che presenta la necessaria disponibilità;
3. di approvare, inoltre, le modalità di erogazione dei finanziamenti in oggetto come previsto nell'allegato disciplinare parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

- - -

## ALLEGATO

### Disciplinare relativo alle procedure per l'erogazione dei finanziamenti per la realizzazione della Rete delle cure palliative

Per erogare i finanziamenti previsti dal programma regionale per la Rete delle cure palliative, la Regione e gli Enti attuatori degli interventi adottano le seguenti procedure:

1. Gli Enti attuatori trasmettono all'Assessorato alla Sanità proprio provvedimento di approvazione del progetto esecutivo e di aggiudicazione dei lavori, nonché dichiarazione di inizio lavori da parte del Responsabile del procedimento.  
Tale atto dovrà contenere i sottospecificati elementi:
  - approvazione dei quadri economici dei costi e dei finanziamenti relativi alla fase di gara d'appalto e alla fase di aggiudicazione,
  - dichiarazione di conformità del progetto esecutivo al progetto preliminare, inserito nel programma regionale ed approvato dal Ministero della Sanità,
  - certificazione del rispetto dei requisiti stabiliti dalla Regione in materia di hospice.
2. Il Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, sulla base della documentazione di cui al punto 1. predispone la determina di liquidazione di una prima quota pari al 30% del finanziamento previsto nell'allegato B alla delibera n. 1602/2000;
3. Per ottenere il secondo acconto pari al 50% del finanziamento previsto all'allegato B alla deliberazione n. 1602/2000 gli Enti attuatori trasmettono all'Assessorato alla Sanità dichiarazione del Responsabile del procedimento attestante l'avvenuto utilizzo dell'anticipazione corrisposta.
4. Per ottenere il saldo pari al rimanente 20% del finanziamento assegnato gli Enti attuatori trasmettono all'Assessorato alla Sanità la dichiarazione del Responsabile del procedimento di avvenuto completamento dell'intervento finanziato.

5. Il Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, sulla base della documentazione di cui ai punti 3. e 4. predispone la determina di liquidazione della seconda rata di acconto e del saldo del finanziamento previsto nell'allegato B alla delibera n. 1602/2000.
6. Gli Enti attuatori completati gli interventi dovranno trasmettere all'Assessorato alla Sanità un provvedimento nel quale vengono riportate le fasi salienti dell'iter attuativo degli interventi:
- approvazione del progetto e delle eventuali varianti;
  - i quadri economici iniziale, intermedi e finale;
  - le date di inizio e fine lavori;
  - il certificato di collaudo (approvato).
- Tale provvedimento deve, inoltre, approvare il quadro economico finale a giustificazione dell'utilizzo di tutti i finanziamenti previsti, compresi quelli eventualmente a carico degli Enti attuatori.

- - - - -

omissis

---

L'ASSESSORE SEGRETARIO: PERI ALFREDO

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

---

Atto non soggetto a controllo ai sensi dell' art. 17  
comma 31, 32 della Legge 15 maggio 1997 n. 127

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta

PROGR. N. 2134/2003

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 3 (TRE ) del mese di NOVEMBRE dell' anno 2003 (DUEMILATRE ) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO         | - Presidente      |
| 2) DELBONO FLAVIO       | - Vice Presidente |
| 3) BARBIERI MARCO       | - Assessore       |
| 4) BASTICO MARIANGELA   | - Assessore       |
| 5) BISSONI GIOVANNI     | - Assessore       |
| 6) BORGHI GIANLUCA      | - Assessore       |
| 7) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore       |
| 8) CAMPAGNOLI ARMANDO   | - Assessore       |
| 9) PERI ALFREDO         | - Assessore       |
| 10) RIVOLA PIER ANTONIO | - Assessore       |
| 11) TAMPIERI GUIDO      | - Assessore       |
| 12) VANDELLI LUCIANO    | - Assessore       |

Funge da Segretario l'Assessore BASTICO MARIANGELA

OGGETTO: PARZIALE MODIFICA AL PROGRAMMA REGIONALE -LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 591/2002 PROT.N.02/17291.

COD.DOCUMENTO OSP/03/35681

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la propria deliberazione dell'1/3/2000, n. 456 con la quale è stato approvato il Programma regionale "La rete delle cure palliative", in cui si fa riferimento alla necessità di completare la programmazione già avviata, rispondendo alla richiesta crescente di servizi residenziali extra-ospedalieri, per i malati in fase terminale, in modo da garantire con la realizzazione degli Hospice il potenziamento delle funzioni d'assistenza sanitaria e assistenziale;

Atteso che il programma di cui trattasi tra l'altro evidenzia:

- la necessità di prevedere la realizzazione di strutture residenziali, a gestione ospedaliera o territoriale, dedicate agli ammalati nella fase terminale della vita, programmando la loro realizzazione in ambito provinciale, nel rispetto degli standard regionali;

Vista la deliberazione di Giunta n. 591/2002 con la quale viene approvato il completamento del programma di realizzazione della rete delle cure palliative, mediante l'attivazione dei centri residenziali per le cure palliative (Hospice);

Richiamata:

- la Conferenza Stato-Regioni, del 24 maggio 2001, nella quale veniva approvato il finanziamento integrativo destinato al completamento del programma di realizzazione delle strutture per le cure palliative, per gli anni 2000/2002, per un importo economico, per la Regione Emilia-Romagna pari a Euro 6.168.132,59 ( 11.943.170.086 di vecchie lire);
- il Decreto del Ministero della Salute "Ripartizione dei finanziamenti degli anni 2000-2001-2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative" del 5 settembre 2001 pubblicato sulla G.U. n. 266, con il quale veniva assegnato alla Regione Emilia-

Romagna il finanziamento pari a Euro 6.168.132,59, per la realizzazione del completamento del programma hospice,

- il Decreto del Ministero della Salute del 25 settembre 2002 con il quale sono stati approvati i progetti presentati dalla Regione Emilia-Romagna previsti e approvati con la citata deliberazione n. 591/2002 che ha definito il completamento del programma di attivazione dei centri residenziali per le cure palliative (hospice), per un finanziamento complessivo di Euro 6.168.132,59;

Vista la Legge Finanziaria 2001, n. 388 del 23.12.2000, Art.92, comma 17 che prevede tra l'altro la possibilità che le Regioni finanzino progetti presentati da istituzioni e organismi a scopo non lucrativo che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai malati in fase terminale, e che le strutture realizzate con i finanziamenti di cui trattasi devono essere assoggettate al vincolo di destinazione trentennale all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale;

Tenuto conto che la Cooperativa sociale "In Cammino" con nota Prot. 562/2003 agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri, a seguito di sopravvenute valutazioni, in ordine a un miglior utilizzo degli spazi e al miglioramento dei collegamenti con i presidi sanitari (Presidio Ospedaliero, ecc.) presenti nella città di Faenza, richiede di delocalizzare l'intervento di realizzazione di un Hospice precedentemente individuato presso il Monastero Camaldolese di S.Maglorio all'immobile di Villa Agnesina in località Castel Raniero di Faenza, di Proprietà delle OO.PP.RR-Faenza (Opere Pie Raggruppate), a parità di finanziamento assegnato con la citata deliberazione n.591/2002 pari a euro 1.011.169,28

Dato atto, come risulta dagli atti conservati presso il Servizio Presidi Ospedalieri, che le OO.PP.RR Faenza con propria deliberazione n. 23 del 25.06.2003 dichiarano l'intenzione di cedere in locazione alla Cooperativa "In Cammino" di Faenza

l'immobile di Villa Agnesina per la realizzazione dell'Hospice in argomento con un contratto di locazione della durata di 30 anni;

Dato atto che la Cooperativa sociale "In Cammino", con nota Prot. n.27831/2003 agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri, ha presentato il progetto per l'attivazione di un centro residenziale per le cure palliative (hospice) presso l'immobile Villa Agnesina Castel Raniero Faenza;

Dato atto che il Presidente della Cooperativa "In Cammino" per la realizzazione dell'intervento, con nota Prot.n.28130/2003, agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri, si impegna, fin da ora, a garantire la copertura economica della somma residua rispetto al contributo regionale;

Ritenuto, per quanto esposto ai punti precedenti, il progetto presentato dalla Cooperativa "In Cammino" coerente con il programma regionale di cui alla propria deliberazione n.591/2003;

Ritenuto, infine, che l'erogazione del contributo debba essere subordinata alla stipulazione del contratto di locazione sopracitato e all'apposizione sull'immobile di cui trattasi, del vincolo di destinazione previsto dalla legge;

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali dott. Franco Rossi ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

DE L I B E R A

1) di modificare parzialmente la precedente deliberazione n. 591/2002, sulla base di quanto indicato in premessa, sostituendo l'intervento di realizzazione di un Hospice territoriale per 10 posti letto presso il Monastero di San Maglorio con l'intervento di realizzazione di un Hospice Territoriale per 10 posti letto, presso l'immobile Villa Agnesina di Castel Raniero- Faenza, lasciando

inalterato quale destinatario del finanziamento la Cooperativa sociale "In Cammino";

2) di subordinare l'erogazione del contributo alla stipula del contratto di locazione della durata di 30 anni, tra la cooperativa sociale "In cammino" e le OO.PP.RR di Faenza dell'immobile di Villa Agnesina e all'apposizione sull'immobile stesso di un vincolo di destinazione trentennale all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale;

3) di confermare che la rete regionale di cure palliative è costituita, tra l'altro, dalle strutture pubbliche e private, così come risulta dall'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento opportunamente modificato come sopra specificato;

4) di confermare in ogni altra sua parte la propria deliberazione n.591/2002;

5) di trasmettere al Ministero della Salute il presente provvedimento corredato dal progetto preliminare relativo alla realizzazione di un Hospice Territoriale di 10 posti letto presso "Villa Agnesina" in località Castel Raniero di Faenza per gli adempimenti conseguenti, al fine di utilizzare il finanziamento statale per la realizzazione del nuovo intervento.

Allegato- Programma "La rete delle Cure Palliative" completamento del Programma regionale Hospice

Ambito provinciale	Aziende	Denominazione	H	PI	Ente Finanziato	Finanziamento richiesto		Importo 2000/02	
						Euro	Lire	Priorità di finanziamento	
								Euro	Lire
Parma	Parma	Centro residenziale cure palliative "Piccole Figlie"	1	8	Istituto Piccole Figlie	2.050.000,00	3.969.353.500	808.935,42	1.566.317.388
Bologna	AUSL Bo-Città	Hospice Ospedale Bellaria	1	13	AUSL Bo-Città	1.359.127,00	2.631.636.836	1.314.520,06	2.545.265.756
Ferrara	AOSP Ferrara	Hospice Ospedale di Cona	1	12	AOSP Ferrara	1.239.492,00	2.399.991.175	1.213.403,13	2.349.476.082
Ravenna	AUSL Ravenna	Hospice c/o Villa Agnesina Castel Raniero (Faenza)	1	10	Coop in Cammino Faenza	2.782.096,00	5.386.889.022	1.011.169,28	1.957.896.735
Forlì-Cesena	AUSL Forlì	Hospice c/o OP Zauli da Montepolo di Dovadola	1	8	IPAB OP Zauli da Montepolo	900.606,12	1.743.816.603	808.935,42	1.566.317.388
Rimini	AUSL Rimini	Centro Residenziale di cure palliative-Rimini	1	10	AUSL Rimini	1.545.756,00	2.993.000.970	1.011.169,28	1.957.896.735
<b>Totale seconda fase</b>			<b>6</b>	<b>61</b>		<b>9.877.077,12</b>	<b>19.124.688.106</b>	<b>6.168.132,59</b>	<b>11.943.170.086</b>

- - - - -

omissis

---

L'ASSESSORE SEGRETARIO: BASTICO MARIANGELA

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta