

Tabella 56 – Toscana: hospice e posti letto già operativi e previsti per Azienda Sanitaria Locale

Aziende Sanitarie Locali	Hospice previsti (attivi e futuri)		Hospice già operativi nel 2006		Hospice che diventeranno operativi presumibilmente nel 2007-08		Hospice che diventeranno operativi dopo il 2008		Popolazione residente	PL previsti /10.000 res.
	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto		
ASF – AZ. SAN. FIRENZE	3	32			3	32			801.060	0,40
AUSL 1 DI MASSA CARRARA	1	20			1	20			200.793	1,00
AUSL 2 DI LUCCA	2	12			2	12			214.911	0,56
AUSL 3 DI PISTOIA	2	16			1	8	1	8	279.061	0,57
AUSL 4 DI PRATO	1	12			1	12			242.497	0,49
AUSL 5 DI PISA	1	10			1	10			324.631	0,31
AUSL 6 DI LIVORNO	1	10	1	10					345.742	0,29
AUSL 7 DI SIENA	2	16			2	16			261.894	0,61
AUSL 8 DI AREZZO	1	3	1	3					335.500	0,09
AUSL 9 DI GROSSETO	1	8			1	8			219.496	0,36
AUSL 11 DI EMPOLI	1	8			1	8			228.961	0,35
AUSL 12 DI VIAREGGIO	0	0							165.326	-
TOTALE	16	147	2	13	13	126	1	15	3.619.872	0,41

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

Già nel 1997 la Regione Toscana aveva avviato un percorso di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario, individuando gli *ospedali di comunità*⁴⁴ quali strutture sperimentali per rispondere ai bisogni dei malati oncologici e di altri pazienti terminali anche nell'ambito dei trattamenti palliativi (**DCR n. 384 del 25 novembre 1997**).

La *“necessità di migliorare la qualità della vita del malato terminale, attraverso la terapia del dolore, ma anche con le cure palliative e l'accompagnamento del morente”* venne inoltre sottolineata nel **Piano Sanitario Regionale 1999-2001**, dove si proposero alcune ipotesi per la *de-ospedalizzazione dei malati terminali*.

Successivamente all'approvazione della Legge n. 39/99, con la **DCR n. 128 del 29 febbraio 2000** la Toscana ha delineato l'ambito di fruizione dei finanziamenti ministeriali assegnati, definendo e approvando il proprio *“Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative”*. Successivamente il Programma è stato completato e integrato con la **DGR n. 1175 del 29 ottobre 2001** e con la **DCR n. 61 del 9 aprile 2002**, valutandone lo stato di attuazione con la **DGR n. 404 del 26 aprile 2004**.

44. Secondo le tipologie previste dalla DCR n. 384 del 25 novembre 1997, in Toscana viene favorito l'ampliamento e l'implementazione di esperienze alternative alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei medici di Medicina generale nonché quelle relative ai centri residenziali di cure palliative. Tali tipologie di strutture costituiscono una valida alternativa al ricovero per una vasta tipologia di bisogni: fase postacuta soprattutto negli anziani, fase terminale della vita; sollievo ai *care givers* informali in situazioni di particolare impegno assistenziale di durata limitata, patologie invalidanti HIV correlate. In particolare, l'ospedale di comunità provvede all'assistenza infermieristica e sociale e assicura l'assistenza medica attraverso i medici di Medicina generale dei cittadini ricoverati. La durata del ricovero in ospedale di comunità è comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, e non configura in nessun caso la lungodegenza.

Le “*Linee guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative*” (DGR n. 996 del 26 settembre 2000) rappresentano il documento cardine che orienta la realizzazione della rete delle cure palliative nel territorio regionale, definendo l’ambito di applicazione, le metodologie assistenziali e i criteri organizzativi. In sintesi le Linee guida:

- definiscono i *criteri generali per l’organizzazione di una rete di assistenza ai pazienti terminali* (rete integrata di servizi distrettuali e ospedalieri);
- specificano i diversi *livelli assistenziali* che devono essere garantiti (residenziali, day-hospital, ambulatoriale e domiciliare) privilegiando, quando possibile, *l’assistenza domiciliare integrata*;
- sottolineano il ruolo fondamentale attribuito alle *organizzazioni di volontariato*;
- descrivono gli elementi costitutivi delle *Unità di Cure Palliative* (UCP), specificandone la composizione, i compiti e l’assetto organizzativo;
- definiscono i *centri residenziali di cure palliative* (hospice).

La volontà della Regione Toscana di *valorizzare ed estendere l’Assistenza Domiciliare Integrata*, soprattutto in riferimento agli anziani non autosufficienti e nell’ambito delle cure palliative, resta confermata anche dai più recenti e importanti orientamenti normativi (**Piano Sanitario Regionale 2005-07 e DGR n. 402 del 26 aprile 2004**).

Per quanto riguarda infine *l’autorizzazione e l’accreditamento*, gli hospice sono soggetti alla **LR n. 8 del 23 febbraio 1999** “*Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento*” e successive modifiche, dove non sono individuati requisiti specifici per le strutture residenziali di cure palliative, oltre a quanto già previsto.