

# Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

(D.L. n° 450/98 del 28/12/1998 in G.U. 302 del 9/12/1998,  
convertito nella L. 38/99)

Determina il finanziamento in conto capitale di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale su progetti presentati dalle regioni (310 miliardi in 3 anni) e dei fondi accessori per l'assistenza domiciliare ai pazienti critici (150 miliardi in tranche unica).

Rappresenta il punto di partenza e di riferimento di tutte le normative seguenti, pur facendo riferimento al solo finanziamento in "conto capitale" delle strutture.

Infatti nell'atto sono presenti:

- indicazioni relative alle scadenze temporali per la presentazione dei progetti da parte delle Regioni,
- necessità di elaborare programmi regionali per l'assistenza ai pazienti terminali all'interno dei quali integrare i progetti presentati.

**Legge 39/99 del 26 febbraio 1999  
in G.U n.48 del 27/2/1999**

**Art.1**

Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore dello stesso, il Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, adotta un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, di una o più strutture, ubicate sul territorio nazionale, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

Contributo finanziario:

155.895 milioni per il 1998

100.616 milioni per il 1999

3.532 milioni per il 2000

## **Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative**

**(D.Min. San. 28 settembre 1999 in G.U. 7 marzo 2000).**

**Contiene la definizione della rete delle cure palliative. Negli allegati vengono affrontate le problematiche relative alla definizione della rete assistenziale, dei livelli di assistenza, delle figure professionali coinvolte e delle responsabilità organizzative e gestionali. Gli approfondimenti contenuti in tale atto sono stati il risultato delle preoccupazioni e del dibattito sorto all'interno della Conferenza Stato Regioni, in relazione al fatto che i centri residenziali di cure palliative-hospice potessero svilupparsi indipendentemente dalla rete.**

**Nell'atto viene ribadita la necessità da parte delle Regioni di elaborare piani di formazione del personale coinvolto e da coinvolgere nelle cure palliative e progetti di comunicazione (ed informazione) per la popolazione.**

**Sono contenute le quote di suddivisione tra le singole regioni dei fondi messi a disposizione dalla L. 450/98 convertita in L. 39, per il primo biennio 1999-2000.**

# Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative

(D.Min. San. 28 settembre 1999 in G.U. 7 marzo 2000).

## criteri adottati per la ripartizione

- Quoziente di mortalità regionale per neoplasie-  
anno 1994;
- Quoziente di mortalità regionale complessivo  
(con riferimento a numero decessi) — anno  
1994;
- Popolazione residente regionale al 1/1/1998.

## **Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative**

**(D.Min. San. 28 settembre 1999 in G.U. 7 marzo 2000).**

### Obiettivi generali:

presa in carico globale del paziente attraverso una rete di assistenza coordinata e interconnessa.

La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti. La rete si integra con le unità di valutazione distrettuali ove presenti sul territorio.

La rete si articola in:

- assistenza ambulatoriale
- assistenza domiciliare integrata
- assistenza domiciliare specialistica
- ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day-hospital
- assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative-hospice

# Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative

(D.Min. San. 28 settembre 1999 in G.U. 7 marzo 2000).

Allegato 1 - Parte I

## MODALITA' DI INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Obiettivi specifici:

Controllo del dolore e dei sintomi

Permanenza a domicilio

Riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri in ospedale

Alle Regioni spetta:

stabilire le norme dell'integrazione tra attività e servizi coinvolti nella rete e tra questi e le altre strutture non sanitarie e le organizzazioni di volontariato

verifica e promozione della qualità dell'assistenza per la gestione e la formazione.

All'ASL spetta:

mettere in atto una strategia di comunicazione nei confronti degli operatori e della popolazione mirata a informare sull'assistenza, finalità e modalità di accesso alla rete stessa e verificarne l'efficacia e il gradimento del servizio dei pazienti e dei familiari.

# Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative

(D.Min. San. 28 settembre 1999 in G.U. 7 marzo 2000).

## Allegato 1 - Parte II

### LINEE ATTUATIVE PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

#### Obiettivi specifici dei Centri Residenziali di Cure Palliative- Hospice

- ricovero temporaneo per pazienti per i quali non sussistano le condizioni necessarie per l'assistenza domiciliare o il ricovero
- ricovero temporaneo come supporto alla famiglia
- assistenza in regime diurno
- valutazione e monitoraggio delle terapie palliative
- informazione e supporto utenti
- aggiornamento e formazione del personale

## **Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di Cure Palliative**

**(D.P.C.M. 20 gennaio 2000, G.U. 67 del 21 marzo 2000)**

Contiene i requisiti minimi tecnico, strutturali e organizzativi per la presentazione dei progetti per i centri residenziali di cure palliative-hospice da parte delle Regioni. Mentre le prime 2 parti risultano particolarmente approfondite, i requisiti organizzativi sono molto "aperti" a quanto specificamente indicato dalle normative regionali. Pur rappresentando una indicazione per la progettazione delle strutture da finanziarsi attraverso i fondi messi a disposizione dalla L.39/99, il DPCM rappresenta di fatto una indicazione nazionale relativa ai requisiti minimi per tutte le strutture.

# Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di Cure Palliative

(D.P.C.M. 20 gennaio 2000, G.U. 67 del 21/3/2000)

STRUTTURALI	TECNOLOGICI	ORGANIZZATIVI
<p>Localizzazione</p> <p>Dimensioni</p> <p>Struttura edificatoria</p> <p>Articolazione aree</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-residenzialità</li> <li>-valutazione e terapia</li> <li>-supporto</li> </ul>	<p><b><u>IMPIANTISTICA</u></b></p> <p>Climatizzazione</p> <p>Illuminazione emergenza</p> <p>Forza motrice in camera</p> <p>Impianto chiamata</p> <p>Gas medicali (vuoto, O<sub>2</sub>, aria)</p> <p>Telefonia</p> <p>Televisione</p> <p><b><u>SICUREZZA</u></b></p> <p>Antisdrucciolo</p> <p>Barriere architettoniche</p> <p>Sostegni e mancorrenti</p> <p>Allarmi</p> <p>Centralizzazione chiamate</p> <p>Segnaletica</p> <p><b><u>TECNOLOGIA</u></b></p> <p>Letti speciali</p> <p>Ausili e presidi</p> <p>Apparecchiature terapia</p>	<p><b><u>Equipe multiprofessionale</u></b></p> <p>Medico, Infermiere, Psicologo, Tecnico, Operatore.sociosanitario...</p> <p><b><u>Personalizzazione assistenza</u></b></p> <p><b><u>Assistenza religiosa</u></b></p> <p><b><u>Associazioni volontariato</u></b></p>

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

**(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)**

Sotto forma di linee guida, il decreto specifica in modo ancora più preciso quanto contenuto nel programma di cui al D.Min.San. 28 settembre 1999.

Nell'allegato 1, intitolato "linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative", sono contenute premesse epidemiologiche (riferentesi non solamente ai pazienti oncologici), indicazioni sui livelli e sui percorsi assistenziali che devono essere garantiti a livello regionale e sulla carta dei servizi.

Sono contenuti anche i criteri di accesso consigliati per accedere alla dirigenza delle strutture della rete delle cure palliative ed alla formazione dei dirigenti nel campo delle cure palliative.

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)

**Definizioni generali:**

**Cure palliative come serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla la “cura attiva”**

**Definizioni specifiche:**

- Globalità dell'intervento terapeutico
- Valorizzazione risorse paziente e famiglia
- Molteplicità figure professionali
- Rispetto autonomia e valori
- Pieno inserimento e integrazione nella rete
- Intensità dell'assistenza globale
- Continuità della cura
- Qualità delle cure prestate

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

**(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)**

Stima fabbisogno interventi palliativi

Ogni 1000 deceduti di tumore

-900 casi incidenti per anno

-222 prevalenza puntuale

N.B: casi incidenti = 90% dei deceduti

casi prevalenti = casi incidenti per durata  
(sopravvivenza media)

Prevalenza dei problemi

25-65 % bisogno di interventi palliativi

15-25 % ricovero in struttura tipo hospice

90 % circa bisogno complessivo di cure palliative

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

**(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)**

**LIVELLI ASSISTENZIALI**

**Aggregazione funzionale ed integrata di**

- assistenza ambulatoriale
- assistenza domiciliare integrata
- assistenza domiciliare specialistica
- ricovero ospedaliero ordinario / day hospital
- assistenza residenziale cure palliative-hospice

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

**(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)**

L' Unità di Cure Palliative deve comprendere almeno le seguenti figure professionali:

Medico palliativista

infermiere

Psicologo

Assistente sociale

Operatore sociosanitario

Ove possibile:

volontari

Integrati da :

medico medicina generale e specialista

**Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.**

**(Decreto della Conferenza Unificata 19 aprile 2001, G.U. 110 del 14/5/2001)**

Demanda ad un successivo idoneo provvedimento la definizione dei "Criteri necessari e sufficienti per definire l'idoneità ad operare nelle C.P., per selezionare i formatori, e per stabilire l'accesso alle funzioni dirigenziali". Nell'atto si suggerisce che, nel nuovo provvedimento, per l'accesso alla dirigenza medica delle strutture, possano essere "considerati" tre criteri specifici, aggiuntivi rispetto a quelli già obbligatori per legge:

- 1) possesso di un diploma di partecipazione ad un corso in "Medicina palliativa" od in "Cure palliative" di almeno 80 ore;
- 2) possesso di una specializzazione dell'area medico-chirurgica;
- 3) l'aver svolto attività per almeno 3 anni in cure palliative, avendola espletata in reparti o servizi del SSN o per almeno 5 anni in servizi del circuito del privato profit o non profit, accreditati, dedicati alle C.P.

Per ciò che riguarda la formazione l'atto prevede l'istituzione da parte del Ministero della Sanità di un corso di formazione sperimentale per i dirigenti delle Unità di cure palliative, e la definizione di un "core curriculum" italiano essenziale. Successivamente alla fase sperimentale del corso le Regioni saranno deputate ad organizzare i corsi successivi, anche per personale non medico operante nella rete delle cure palliative.

## Istituzione di un corso pilota a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative.

**(D.Min. San. 27 aprile 2001 in G.U. 114 del 18/5/01)**

Istituisce un corso di formazione per dirigenti con responsabilità di direzione delle strutture di cure palliative, stabilendo i criteri di accesso alla selezione, gli organismi di gestione dei corsi ed i curricula formativi. Nel 2001 erano previste 3 edizioni del corso della durata di 160 ore ciascuno (80 teoriche ed 80 pratiche), essendo ciascuna edizione aperta a 30 iscritti. L'Istituto Superiore di Sanità di concerto con la Direzione Generale Studi, documentazione sanitaria e comunicazione ai cittadini del Ministero della Sanità, organizzano e realizzano il corso. L'I.S.S. istituisce 2 organismi: un Comitato Organizzatore ed un Comitato di Progetto del Corso. Al primo organismo sono deputati i compiti di selezione delle domande, di identificazione delle sedi per il tirocinio pratico, e di indicare i componenti del corpo docente, di effettuare un esame finale il cui superamento darà diritto alla certificazione. Al secondo organismo sono demandati compiti relativi alla definizione degli obiettivi didattici, standard di qualità del programma, dei metodi didattici e di valutazione.

Istituzione di un corso pilota a carattere nazionale,  
di alta qualificazione teorico-pratica in cure  
palliative.

**(D.Min. San. 27 aprile 2001 in G.U. 114 del 18/5/01)**

Definisce il:

**CURRICULUM ESSENZIALE ITALIANO  
PER LA CURE PALLIATIVE**

## **Linee Guida per l'ospedale senza dolore.**

(G.U.149 del 29/06/2001, accordo raggiunto nella seduta della Conferenza Stato Regioni e Province autonome del 24 maggio 2001).

Sotto forma di linee guida, il decreto dà indicazioni alle Regioni per realizzare presso ciascuna Struttura Sanitaria i Comitati per l'Ospedale senza dolore. Il testo è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni, dopo un lavoro di sintesi tra il testo elaborato da una Commissione di esperti di nomina ministeriale e quello ripensato dai tecnici delle Regioni. Nel testo si raccomanda l'istituzione di Strutture specialistiche per la terapia del dolore e le cure palliative.

## Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000,2001 e 2002 per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative.

**( Decreto 5 settembre 2001 G.U. 266 del 15/11/2001)**

Nell'atto sono contenuti la suddivisione dei fondi per ciascuna Regione, i termini per la presentazione dei nuovi progetti preliminari ed un riferimento al fatto che i progetti possono essere presentati anche da Soggetti del non profit che svolgono attività nel settore dell'assistenza sociosanitaria [vd. art. 92, comma 17 della L. n. 388 del 23 dicembre 2000 - Finanziaria 2001- vedi successivo punto D) (norma innovativa rispetto alla applicazione precedente)].

## FINANZIARIA 2001 CAPO XIV Articolo 92

- §17. Per l'attivazione o la realizzazione delle strutture... le Regioni possono stipulare convenzioni con istituzioni e organismi a scopo non lucrativo che dispongano di strutture dedicate all'assistenza palliativa... Alla assegnazione delle risorse finanziarie previste... sono ammessi anche i progetti presentati da istituzioni e organismi a scopo non lucrativo che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria...

# Strutture e posti letto 1° e 2° tranche

tabella 4

STRUTTURE E POSTI LETTO I° e II° TRANCHE							
Regioni	Finanz. 1998-99		Finanz. 2000-02		tot. strutture	tot. posti letto	posti letto per 10.000 abit.
	strutture	posti letto	strutture	posti letto			
Piemonte	15	177	4	34	19	211	0,49
Val d'Aosta	1	10	0	0	1	10	0,83
Lombardia	25	245	0	0	25	245	0,27
P.A. Bolzano	1	10	0	5	1	15	0,32
P.A. Trento	2	20	0	0	2	20	0,42
Veneto	9	90	6	46	15	136	0,30
Friuli V.G.	3	30	1	15	4	45	0,38
Liguria	6	59	1	10	7	69	0,43
Emilia Romagna	15	168	6	61	21	229	0,57
Toscana	10	117	6	49	16	166	0,47
Umbria	4	38	0	0	4	38	0,45
Marche	4	54	4	33	8	87	0,59
Lazio	6	93	2	44	8	137	0,26
Abruzzo	6	60	1	18	7	78	0,61
Molise	1	12	0	5	1	17	0,52
Campania	4	42	7	57	11	99	0,17
Puglia	5	40			5	40	0,10
Basilicata	3	30	2	15	5	45	0,74
Calabria	2	22	5	62	7	84	0,41
Sicilia	9	102	8	90	17	192	0,38
Sardegna	3	40	0	0	3	40	0,24
<b>Totale</b>	<b>131</b>	<b>1.459</b>	<b>53</b>	<b>544</b>	<b>184</b>	<b>2003</b>	<b>0,35</b>

## Tariffa per la degenza in hospice da parte di alcune Regioni

<b>Regione</b>	<b>anno</b>	<b>tariffa giornaliera (lire)</b>	
Lazio	(2000)	450.000	sperimentale
Lombardia	(1998)	367.000	hospice residenziali
		490.000	hospice ospedalieri
Piemonte	(2001)	500.000	non differenza tra tipologia
Sicilia	(2001)	390.000	sperimentale

## Tariffa per cure palliative domiciliari in alcune Regioni (la tariffa è stabilita da Convenzioni tra Soggetti erogatori)

<b>Regione</b>	<b>anno</b>	<b>tariffa (lire)</b>	<b>tipologia</b>
Lombardia	(2002)	180.000 (a scalare)	giornaliera per pz. per servizi sanitari di U.C.P. (Convenzione tra ASL e AO)
		5.000.000 (a scalare)	a caso, per servizi sanitari di U.C.P. (Convenzione tra ASL e AO)
		1.200.00	vaucher socio-sanitario a caso/mese sperimentale in 2 A.S.L. (Delibera regionale)
Lazio	(2001)	350.000	giornaliera, a caso (case mix misto) sperimentale (Tra A.S.L. e Org. Non Profit)
Sicilia	(2001)	140.000	giornaliera, sperimentale

# Piano Sanitario Nazionale 2002-04

## Parte Seconda- Le cure palliative

Il nostro Paese è all'ultimo posto in Europa nell'utilizzazione dei farmaci oppiacei e presenta ancora una insufficiente diffusione sull'intero territorio dei Centri per le cure palliative con una distribuzione geografica disomogenea. Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative è necessario quindi:

- rivedere alcuni aspetti normativi riguardo all'uso di farmaci antidolorifici, migliorando la disponibilità degli oppiacei, semplificando la prescrizione medica, prolungando il ciclo di terapia e rendendone possibile l'uso anche a casa del paziente;
- individuare precise Linee Guida in materia di terapia antalgica per prevenire gli abusi ed orientare il medico nella prescrizione;
- promuovere una maggiore diffusione dei Centri ed una maggiore integrazione tra l'Ospedale ed il domicilio del malato;
- avviare la formazione dei medici e del personale sanitario con l'istituzione di insegnamenti di medicina palliativa, analogamente a quanto avviene negli altri Paesi europei.

# Piano Sanitario Nazionale 2002-04

## Parte Seconda - I tumori

Tra i problemi che affliggono l'erogazione di un'adeguata assistenza ai cittadini affetti da neoplasia maligna, oltre alla mancanza di "*ospedalizzazione a domicilio*" vi è la scarsità di adeguate strutture ospedaliere specializzate nel trattamento del cancro.

Nell'ambito di tali proposte, si intendono perseguire in Italia una serie di iniziative finalizzate a:

- realizzare un Progetto-modello di Centro Oncologico traslazionale (IRCCS);
- affiancare agli IRCCS esistenti una serie di Centri Ospedalieri, creando così una rete oncologica in grado di soddisfare le richieste emergenti dal territorio, di favorire la collaborazione tra Enti e l'uso di protocolli avanzati, di costituire un'"*Alleanza contro i tumori*", allargando la partecipazione anche alle Associazioni e al volontariato;
- realizzare un progetto di formazione del personale anche attraverso scambi di conoscenze ed esperienze e il rientro di personale dall'estero.

# Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte

## Delibera di Giunta n. 72-17691 del 24 /03 /1997

Costituzione di una Commissione Tecnico  
Consultiva...per predisporre un modello  
organizzativo delle cure palliative ai diversi  
livelli: ambulatoriali, domiciliari, residenziali.

# Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte

## Legge regionale n. 61 del 12 /12 /97 (PSR 97/99)

Nell'azione programmata "Lotta alle malattie neoplastiche" prevede lo sviluppo della rete dei servizi per il trattamento delle fasi tardive dei pazienti neoplastici attraverso la riorganizzazione delle cure domiciliari e l'istituzione di servizi di cure palliative extraospedaliere (hospice) ed impegna la Giunta Regionale a predisporre apposita deliberazione di approvazione dei requisiti organizzativi e strutturali di tali servizi in accordo con le linee guida nazionali.

# Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte

**Delibera di Giunta n.17-24510 del 06/05/98**

Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte

## Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte

### **Delibera di Giunta n. 39-2440 del 12/03/01**

Istituzione Commissione Tecnico Consultiva Regionale per la predisposizione delle linee guida inerenti le cure palliative e l'assistenza domiciliare.

(nomina componenti effettuata il 10/04/2001)

### **Delibera di Giunta n. 16-3259 del 18/06/01**

Revisione della tariffazione giornaliera a carico del SSR delle prestazioni di ricovero del Centro

# Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte

**Atto 41-5952 del 7/5/02**

**Linee guida per l'attivazione del Servizio di  
Cure Domiciliari**

## **Normativa in tema di cure palliative in Regione Piemonte**

**Delibera di Giunta n. 15-7336 del 14/10/02**

**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. Parziale modifica della D.G.R. 17-24510 del 6/5/98**

## **Le cure palliative nei piani sociosanitari 2002-2004 della Lombardia e della Toscana**

**La regione Lombardia e la regione Toscana hanno approvato di recente i rispettivi piani sociosanitari per il triennio 2002-2004 (DCR n. 462 del 23 marzo 2002 e DCR n. 60 del 9 aprile 2002), entrambi caratterizzati da specifiche sezioni dedicate alle cure palliative. Pur facendo riferimento a precise e comuni indicazioni nazionali in materia i modelli definiti dalle due regioni contengono elementi di diversità: la progettazione di un sistema a rete, comune a entrambi, tiene di fatto conto delle differenze d'assetto dei due sistemi sociosanitari.**

**In entrambi gli atti l'assistenza domiciliare, il set erogativo più importante per le cure palliative, viene contraddistinto prevalentemente dal modello dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), con la previsione di un forte ruolo da parte del medico di medicina generale.**

**Per la Lombardia, però, l'unità di cure palliative (per definizione ospedaliera) ha un ruolo di coordinamento dei servizi di cure palliative domiciliari, mentre per la Toscana tale ruolo è svolto dal distretto sociosanitario.**

## **Le cure palliative nei piani sociosanitari 2002-2004 della Lombardia e della Toscana**

**In Toscana le unità di cure palliative, da realizzarsi almeno in ogni ASL e azienda ospedaliera, sono definite "strutture organizzative multiprofessionali con rapporti organici di collegamento con l'ospedale, preposte all'erogazione delle cure palliative nel sistema complessivo della rete".**

**Di fatto le unità di cure palliative non sono configurabili quali strutture sanitarie complesse e la responsabilità dirigenziale viene attribuita a un "dirigente medico che assicura anche il coordinamento della rete". In Lombardia l'unità di cure palliative si configura, di norma, come unità operativa a direzione apicale (struttura complessa), inserita nella rete ospedaliera, con un rapporto indicativo di programmazione di una UOCP ogni 500.00 abitanti.**

## Raccomandazioni della Società Italiana di Cure Palliative (2002)

- Raccomandazioni generali per lo sviluppo delle cure palliative in Italia.
- Raccomandazioni sui requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'accreditamento delle unità di cure palliative che intendano erogare prestazioni professionali di cure palliative per conto del SSN.