

GLI HOSPICES IN TOSCANA

1. Gli aspetti che caratterizzano i pazienti affetti da una patologia cronica evolutiva per i quali i trattamenti specifici non sono più indicati e prossimi alla fine della vita sono molteplici e non solo di specifica competenza medica come:

- a) la perdita della posizione sociale, la destabilizzazione fino alla perdita dell'identità, anche a causa dell'alterazione dell'aspetto;**
- b) la perdita dell'autonomia,**
- c) la perdita del proprio ruolo all'interno della famiglia;**
- d) la paura della morte; il senso di abbandono, l'inquietudine spirituale, l'incertezza riguardo al futuro**
- e) la difficoltà del controllo dei sintomi (dolore, affanno , vomito ecc...)**

2. La complessità delle esigenze che emergono in queste situazioni non possono essere esaurientemente soddisfatti negli ospedali che sono organizzati per rispondere a situazioni di acuzie.

3. La fase terminale per il malato oncologico è stabilito con un criterio temporale di circa 90 gg., mentre per le patologie cronico-degenerative non oncologiche e per il bambino è necessario individuare altri criteri non necessariamente legati alla durata della vita residua.

Occorrono quindi, in questo stadio di malattia, nuovi modelli assistenziali in grado di offrire una coerente, organica ed efficace risposta ai bisogni del malato e della famiglia.

4. Un'adeguata risposta viene dalla medicina palliativa intesa come approccio attivo e globale prestato al paziente con lo scopo di ottenere la migliore qualità di vita per il paziente stesso e la sua famiglia. Essa ha il pregio di prendersi cura della persona, non solo della malattia, di considerare la famiglia e non solo il paziente, di migliorare la qualità della vita in relazione alle condizioni cliniche, di assicurare una morte dignitosa. Tutto questo è valido anche per il paziente pediatrico in attesa di un regolamento specifico che definisca un peculiare percorso assistenziale per i bisogni del bambino e della sua famiglia.

5. La Regione Toscana ha affrontato il problema dell'assistenza ai pazienti terminali ispirandosi ai seguenti documenti i cui principi riconferma:

- a) nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 in concomitanza con la pubblicazione della legge 39/99 e con il DM del 28-9-99;
- b) con il DCR 128/2000, la DGR 1175/2001 e il DCR 61/2002 che disciplinano l'avvio e il completamento del programma di realizzazione di centri residenziali in cure palliative mentre, a livello nazionale ne vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (DPCM 20/1/2000);
- c) con la pubblicazione di due DGR, 786/2001 e 787/2001 che disciplinano il programma annuale degli interventi formativi per il personale dipendente e per il personale convenzionato delle aziende sanitarie;
- d) nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 che dedica una sezione alla rete integrata delle Cure Palliative prevedendo una Commissione regionale di valutazione e di proposta ed inoltre dedica un paragrafo specifico all'Ospedale senza dolore (COSD);
- e) nel Piano Sanitario Regionale 2004-2006;
- f) nella costituzione dell'Istituto Tumori Toscano;
- g) nella DGR n°996 del 26-9-2000 laddove si fa esplicito riferimento alle linee organizzative differenziate e alle relative strutture dedicate alle Cure Palliative articolate in:

- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza domiciliare integrata, erogata anche nelle sedi sostitutive del domicilio del malato
- Assistenza domiciliare specialistica
- Ricovero ospedaliero, in regime ordinario o di day-hospital
- Assistenza residenziale nei centri di Cure Palliative (Hospice).

- h) nelle DGR n. 402 / 2004 e n. 1002 / 2005
- i) con i documenti della Commissione Regionale di Bioetica (Gruppo di Pontignano)
- j) le Università Toscane hanno attivato idonei percorsi formativi

6. Gli Hospices sono strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato, e sono qualificanti articolazioni della Rete assistenziale per le cure palliative.

7. La rete di assistenza ai pazienti in fase terminale è costituita da un insieme funzionale ed integrato di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che si articolano in linee organizzative distinte ma anche concorrenti e specifiche strutture dedicate.

8. L'Hospice opera nel rispetto di principi di unitarietà e continuità con l'assistenza domiciliare in conformità al modello organizzativo regionale.

9. I soggetti coinvolti nella funzionalità del sistema sono: le Aziende sanitarie, la cooperazione sociale, le associazioni di volontariato e gli enti locali questi configurano un sistema nel quale la persona malata e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede d'intervento privilegiata e preferita nel 75 - 85% dei casi e le strutture di degenza specificatamente dedicate al ricovero – soggiorno, sia parziale che temporaneo o definitivo.

10. La principale finalità del centro di cure palliative - Hospice - è la presa in carico del paziente per l'instaurarsi di una situazione critica:

a) sanitaria (situazioni di aggravamento, scompenso del dolore e/o della patologia di base),

b) sociale (abitazione inadeguata, assenza di rete di sostegno, esigenza di offrire sollievo e aiuto alla famiglia),

c) familiare (la famiglia non riesce più a farsi carico della criticità del proprio congiunto e dei complessi problemi che questa situazione comporta).

11. Quindi l'Hospice costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere la persona malata secondo criteri e modalità riportate nell'allegato regolamento. L'Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore.

12. Gli Hospices ad oggi previsti in Toscana sono 16, per un totale di 158 posti letto + 8 in regime diurno, con un rapporto di 0,47 posti letto per 10.000 abitanti.

Occorre rilevare che le considerazioni del presente documento fanno riferimento al settore dell'oncologia che rappresenta sicuramente l'ambito prevalente ma non esclusivo di competenza dell'Hospice.

13.L'attività dell'Hospice comprende:

- a)Il ricovero ordinario residenziale
- b)Il ricovero diurno (day-Hospice) residenziale
- c)L'attività ambulatoriale
- d)Il coordinamento con l'assistenza domiciliare

14.Dovrà essere assicurato il coordinamento delle attività dell'Hospice con l'assistenza garantita dal Medico di Medicina Generale.

15.L'Hospice costituisce inoltre:

- a)Il centro di ascolto e di riferimento per i pazienti, le loro famiglie e i curanti
- b)Uno dei luoghi deputati alle attività didattiche sull'etica di fine della vita

16.Nelle situazioni relative al paziente in fase terminale, l'Hospice deve tendere a migliorare la qualità di vita della persona e della famiglia attraverso una cura ed un'assistenza globali, attive, integrate, continue e rivolte a ridurre lo stato di sofferenza.

17.In pratica l'equipe delle cure palliative identifica, 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.

18.Per dare concreta operatività a tale rete di servizi, occorre che siano assicurati:

- a)accessibilità da parte dei cittadini, sensibilizzazione, informazione;
- b)possibilità di coordinarsi in ambiti diversi: presidio ospedaliero, domicilio, strutture residenziali (Hospices);
- c)diffusione della cultura delle cure palliative fra il personale ed integrazione con i servizi sociali;
- d)mantenimento della continuità assistenziale;
- e)riduzione dei ricoveri inappropriati;
- f)attuazione dimissioni protette;
- g)verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati;
- h)raggiungimento del giusto equilibrio costo/beneficio;

19.Sono obiettivi degli Hospices:

- a)completare la rete delle cure domiciliari già presente in ambito aziendale;
- b)approntare programmi di cura coerenti con il tipo e le dimensioni dei problemi del malato e della famiglia;
- c)dare continuità alle cure, flessibilità e rapidità organizzativa ai programmi di cura offerti al paziente in fase terminale;
- d)assicurare un approccio multidisciplinare al paziente in fase terminale, garantendo il contributo professionale di tutti quelli che sono in grado di ottenere miglior qualità di vita per il malato e la sua famiglia;
- e)prestare attenzione all'intensità delle cure e allo stato di sofferenza;
- f)migliorare la qualità dei progetti assistenziali posti in essere, grazie alla configurazione di uno scenario capace di offrire risposte modulate ed articolate sul bisogno del paziente in fase terminale ed, eventualmente, della sua famiglia;
- g)diminuire il numero e la durata dei ricoveri impropri di malati in fase terminale nei reparti per acuti;
- h)diminuire il numero di decessi per terminalità nei reparti ospedalieri per acuti;

- i)garantire il sostegno a chi assiste il malato in fase terminale;
- l)sostenere i membri del nucleo familiare lungo il decorso della malattia, al decesso del congiunto e nella fase del lutto

20.L'accesso all'Hospice è riservato alle seguenti tipologie di pazienti in presenza della richiesta e/o del consenso dell'interessato:

- a)Paziente oncologico, in fase di aggravamento di malattia per il quale non si possono più attuare trattamenti specifici , ma solo trattamenti sintomatici
- b)Paziente non più rispondente alla terapie specifiche volte alla guarigione, con una presumibile aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi;
- c)Paziente con indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50;
- d)Paziente per il quale non sia possibile l'assistenza al proprio domicilio per le condizioni generali dell'utente o situazioni createsi nel nucleo familiare;

21.Inoltre si può accedere all'Hospice in presenza di una o più delle seguenti condizioni:

- a)Non idoneità della famiglia o dell'abitazione ad assicurare assistenza domiciliare adeguata per periodo di tempo definito
- b)Sollievo alla famiglia o condizioni di urgenza del familiare;
- c)Esigenza di preparazione e supporto al lutto;
- d)Esigenza di assistenza (controllo esami, controllo stato nutrizionale, consulenza, sostegno e supporto, terapia palliativa).

22.I processi da sviluppare sono inerenti alla gestione del paziente – utente e del personale; alla base di questi gli strumenti principali individuati per l'avvio del centro sono il team multiprofessionale e l'infermiere case-manager. Il primo è collegato alla necessità di un approccio integrato nella presa in carico dell'utente ed il secondo per assicurare la maggior personalizzazione dei piani assistenziali dal momento della presa in carico fino al termine della vita. Le tappe della pianificazione sono presentate di seguito.

23.Sono peculiarità del servizio:

- a)Un modello organizzativo innovativo dell'assistenza intesa anche come protezione socio-sanitaria nell'ottica della centralità della persona e della famiglia
- b)L'offerta di risposte assistenziali interdisciplinari con particolare valorizzazione dell'aspetto relazionale
- c)L'unitarietà assistenziale a forte integrazione professionale
- d)L'autonomia organizzativa, professionale e formativa nell'ambito della rete delle cure palliative.

24.L'Hospice, quindi, offre un' assistenza sanitaria caratterizzata da un'equipe-team multiprofessionale (medico palliativista, medico di medicina generale, infermiere, psicologo, fisioterapista, volontari ecc..) che opera in maniera integrata e coordinata, da un' alta intensità assistenziale che privilegia la comunicazione, da scarsa invasività e da appropriata tecnologia.

25.Al paziente deve essere garantita certezza di riferimenti con visibilità, accessibilità e continuità dell'equipe responsabile della sua presa in carico globale.

E' possibile, sulla base delle singole modalità organizzative, individuare all'interno dell'equipe la figura di un case-manager.

26.L'assistenza personalizzata e individualizzata prevede una effettiva integrazione dell'intera équipe interdisciplinare (medico di medicina generale, medico palliativista, infermiere, terapeuta della riabilitazione, psicologo, assistente sociale, operatore tecnico, volontariato) e richiede un notevole impegno di conoscenza, osservazione, progettazione e valutazione che si realizza attraverso il Piano Assistenziale Individuale che fa parte della documentazione infermieristica e clinica.

27.Il Piano Assistenziale Individuale all'interno dell'hospice è costruito dal responsabile dell'hospice in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, ivi compresi il case manager e il medico di famiglia referente del paziente, tenendo conto di:

- a)Una valutazione multidimensionale del paziente (test, scale, protocolli, ecc)
- b)Una informazione e condivisione con familiare e paziente
- c)Una verifica della sua applicazione
- d)Una sua rivalutazione periodica.

28.Il Piano Assistenziale Individuale deve trovare una continuità applicativa anche quando il paziente viene dimesso per il proprio domicilio. L'équipe multidisciplinare deve garantire la continuità assistenziale integrandosi con le altre competenze prevalentemente presenti nelle diverse articolazioni assistenziali territoriali. Tale integrazione richiede un processo di condivisione della cultura e dei metodi delle cure palliative.

29.Il processo di gestione dell'utente si articola in tre fasi principali:

- a)accettazione-ammissione
- b)trattamento-degenza
- c)dimissione con prosecuzione dell'assistenza e cura a domicilio in continuità con l'Hospice secondo un processo organizzativo unitario di intervento
- d)accompagnamento alla morte e sostegno alle prime fasi del lutto

30.Gli strumenti necessari sono:

- a)elenco e definizione dei criteri per ammissione,
- b)scheda di valutazione multidimensionale,
- c)scheda informativa d'accoglienza
- d)cartella integrata e PAI,
- e)scheda di collegamento con i servizi territoriali,
- f)scheda di valutazione qualità percepita.

31.L'assistenza infermieristica rivolta alla persona ricoverata deve essere basata sulla centralità della persona, la continuità dell'assistenza, l'integrazione inter-intraprofessionale ed il coinvolgimento della famiglia.

32.Le procedure di presa in carico hanno l'obiettivo di evitare duplicazioni di prestazioni, facilitare i collegamenti tra i servizi, favorire una effettiva presa in carico e fornire un riferimento stabile per il paziente, familiari ed équipe.

33.In caso di ritorno al proprio domicilio o trasferimento in ospedale la dimissione dovrà essere concordata con i servizi, strutture che si trovano ad interagire con il centro, servizi sociali, presidio ospedaliero, medico di medicina generale.

34. Per una corretta valutazione della qualità dell'assistenza di fine vita è necessario affrontare diversi problemi legati alla presenza di flussi informativi che permettano un monitoraggio sistematico e alla disponibilità di indicatori di qualità di vita in malati in fase terminale e di qualità della morte.

LA DIRIGENZA ALL'INTERNO DEI CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE (HOSPICES)

1. Il ruolo di dirigenza trova nel centro piena realizzazione attraverso funzioni di programmazione, organizzazione, gestione e verifica delle attività erogate, della loro integrazione all'interno della rete assistenziale e di formazione nell'ambito degli indirizzi e della programmazione predisposti dall'Azienda Sanitaria di riferimento.

2. Al Responsabile dell'Hospice competono:

- a) La responsabilità delle scelte cliniche ed assistenziali dei malati accolti in Hospices
- b) La responsabilità organizzativa dell'Hospice;
- c) La formazione del personale;
- d) La comunicazione interna ed esterna.

3. Il Responsabile dell'Hospice definisce e accredita la struttura mediante i programmi di :

- a) Cura ed assistenza
 - controllo del dolore e dei sintomi
 - modelli di nursing
- b) Informazione e comunicazione
 - natura della malattia, sua evoluzione e "orizzonte di terminalità"
 - aspetti relativi al consenso informato
 - rispetto dell'autonomia del malato nelle scelte
- c) Sostegno alla famiglia
 - interventi di sollievo e di sostegno psico-sociale
 - educazione della famiglia ai programmi e all'uso della struttura
 - definizione di standard transculturali
- d) Accompagnamento alla morte
 - orientato verso l'intervento multi-dimensionale
 - rivalutazione delle risorse spirituali
 - preparazione del paziente e della famiglia all'evento
- e) Assistenza al lutto
 - sostegno ai familiari nell'elaborazione anticipata del lutto e successiva al decesso
- f) Gestione e verifica della qualità
 - organizzazione del lavoro d'equipe
 - strumenti di verifica della qualità interna (audit clinico)
 - valutazione della QoL del paziente
 - grado di soddisfazione dei familiari
 - verifica QoL sul lavoro, degli operatori

4. Il Responsabile della struttura organizza il lavoro di equipe promuovendo:

- a) modello organizzativo di tipo partecipativo (CQC circolo di qualità);
- b) collaborazione interdisciplinare (equipe multidisciplinare e utilizzo di procedure vincolanti tra pari (reciprocità), su modelli democratico-partecipativi;
- c) valutazione collettiva dei processi e negoziazione dei programmi assistenziali e di cura;
- d) redistribuzione collettiva dei carichi emozionali;
- e) responsabilità collettiva versus discrezionalità individuale;
- f) procedure di supervisione sistematica a sostegno del personale.

5. Il Responsabile della struttura sviluppa i necessari collegamenti funzionali con i servizi della rete; è responsabile delle attività assistenziali in termini di continuità, di integrazione e sviluppo di percorsi orientati al cittadino-utente.

6. Il Responsabile della struttura promuove la formazione identificando l'Hospice come uno dei luoghi privilegiati di formazione e ricerca nell'ambito delle cure palliative:

- a) educazione continua rivolta agli operatori interni
- b) formazione rivolta agli operatori esterni
- c) ricerca clinica e in scienze umane e sociali
- d) ricerca nelle scienze infermieristiche

**ACCESSO E UTILIZZO DEL
CENTRO RESIDENZIALE PER LE CURE PALLIATIVE
– HOSPICE –**

1.La Rete aziendale per le Cure Palliative è costituita da una aggregazione, funzionale ed integrata, di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali (Delibera Giunta Regionale N° 996 del 26/09/2000 – All. Sub-A, punto 3.2) e si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle Cure Palliative :

- a) Assistenza ambulatoriale
- b) Assistenza domiciliare integrata, erogata anche nelle sedi sostitutive del domicilio del malato
- c) Assistenza domiciliare specialistica
- d) Ricovero ospedaliero
- e) Assistenza residenziale nei Centri di Cure Palliative (Hospice)

2.I Centri residenziali di Cure Palliative (Hospice) sono articolazioni della Rete assistenziale per le Cure Palliative.

3.I Centri residenziali di Cure Palliative (Hospice) sono strutture residenziali ad alta complessità assistenziale collocate tra le rete assistenziale ospedaliera e quella territoriale ove soggiornano i malati che necessitano di protezione e assistenza specialistica continuativa, temporanea o permanente, in quelle situazioni nelle quali non è possibile allestire l'assistenza palliativa in forma domiciliare, ivi compresa quella sostitutiva presso le strutture socio sanitarie.

4.L'accesso all'Hospice si realizza in presenza di una o più delle seguenti condizioni:

- a) Paziente oncologico non più rispondente alla terapie specifiche volte alla guarigione, con una presumibile aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi
- b) Paziente oncologico, in fase di aggravamento di malattia per cui si possono attuare solo trattamenti palliativi
- c) Paziente con indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50
- d) Paziente oncologico per il quale non sia possibile l'assistenza al proprio domicilio per le condizioni generali dell'utente o situazioni createsi nel nucleo familiare
- e) Paziente oncologico per il quale non sia possibile un'assistenza ambulatoriale per la non autosufficienza

5.Inoltre si può accedere all'Hospice in presenza di una o più delle seguenti condizioni:

- a) Non idoneità della famiglia o dell'abitazione per poter assicurare assistenza domiciliare adeguata per periodo di tempo definito
- b) Richiesta di preparazione e supporto alla fine della vita
- c) Situazioni in cui non esiste un appoggio significativo o condizioni di urgenza del familiare
- d) Esigenza di assistenza (controllo esami, controllo stato nutrizionale, consulenza, sostegno e supporto, terapia palliativa).

6.Quando l'impossibilità di attivare le cure domiciliari dipenda esclusivamente da inadeguatezza del contesto domiciliare a farsi carico dell'ospitalità del malato, si ricorrerà di norma alle strutture residenziali socio sanitarie.

7.La proposta di accesso all' Hospice può essere fatta:

- a)dal Medico di Medicina Generale;
- b)dal medico ospedaliero, che segnala il caso al Medico di Medicina Generale;
- c)dal medico delle cure palliative, di concerto con il Medico di Medicina Generale;

8.Quando il malato si trova al domicilio o in una sede sostitutiva dello stesso, l'accesso all' Hospice è stabilito dopo valutazione collegiale fra il Medico di Medicina Generale ed il Medico Palliativista al domicilio del malato o in una struttura socio-sanitaria territoriale.

9.Quando il malato è ricoverato in Ospedale, il Medico ospedaliero che ravvisi l'indicazione al ricovero in Hospice informa il Medico di Medicina Generale del paziente ed il Medico Palliativista per una valutazione collegiale del caso (delibera G.R. n.436 10.05.2004) .

10.La valutazione dei criteri di ammissibilità è effettuata collegialmente da un Nucleo di valutazione composto dal Medico di Medicina Generale e dal medico di cure palliative, eventualmente integrato dallo specialista ospedaliero che ha in carico il paziente.

11.La dimissione dall' Hospice è concordata con i servizi della rete di assistenza territoriale e con il Medico di Medicina Generale e fa parte del Piano di Continuità Assistenziale; la dimissione può essere richiesta formalmente dal paziente stesso quando intende sospendere il programma.

12.Il paziente ammesso in Hospice è preso in carico dall'equipe di cure palliative di cui è parte integrante il Medico di Medicina Generale.

13.Deve essere garantita da specifiche procedure la fruibilità della struttura ospedaliera sia in termini di prestazioni che di ricoveri.

14.Gli interventi sanitari erogati sono ad alta intensità assistenziale, a scarsa invasività con tecnologia appropriata, i suddetti interventi sanitari sono assicurati da un'equipe multi-professionale intesa come insieme di operatori sanitari e sociali provenienti da diverse discipline che operano in maniera integrata e coordinata.

15.La realizzazione e la gestione dell' Hospice si possono determinare anche in partnership con privati accreditati nel sistema sanitario con esperienza provata nel settore. Tale rapporto sarà regolamentato da apposito atto convenzionale.

16.L'attività dell' Hospice può essere integrata mediante apposite convenzioni con le Associazioni del Volontariato operanti in campo oncologico (Delibera G.R. n. 726 26.07.2004)

17.Per ogni Hospice è individuato un Responsabile.

18.Il Responsabile dell' Hospice è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, su indicazione del Direttore Sanitario Aziendale, sentito il Direttore della Società della Salute, ove

attivata, o il Responsabile di Zona-Distretto e il Direttore del Dipartimento Oncologico, tra i dirigenti operanti nell'ambito dell'Unità di cure palliative.

19. Al Responsabile dell'Hospice competono:

- a) La responsabilità delle scelte cliniche ed assistenziali dei malati accolti in Hospice
- b) La responsabilità organizzativa dell'Hospice;
- c) La responsabilità dei collegamenti funzionali con i servizi della rete;
- d) La responsabilità della continuità, integrazione e sviluppo dei percorsi assistenziali;
- e) La formazione del personale;
- f) La comunicazione interna ed esterna.

20. I Medici Palliativisti individuati garantiscono:

- a) Attività clinica ed assistenziale
- b) Disponibilità, di norma, telefonica per le urgenze;
- c) Disponibilità anche come "reperibilità", eventualmente da concordare con la Direzione Aziendale e le OO.SS. prevedendo, se necessario, integrazione con altre strutture sanitarie .

21. L'Hospice si articola in 3 aree:

Area destinata alla residenzialità composta da

- a) Camere singola dotata di un letto per la permanenza notturna di un accompagnatore, un tavolo per consumare i pasti, una poltrona, i servizi igienici, gas medicali, vuoto e lo spazio adeguato per interventi medici, la disponibilità di un angolo-cottura,;
- b) Deposito biancheria pulita;
- c) Deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo;
- d) Servizi igienici per il personale;
- e) Locale di postazione per il personale di assistenza;
- f) Ambulatorio mediche;
- g) Soggiorno polivalente per attività diverse (ristorazione, conversazione, lettura, ecc.);
- h) Deposito sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle.

Area destinata alla valutazione e alla terapia:

- a) Locale e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali, con spazio per l'attesa;
- b) Locali per le prestazioni in regime diurno o Day-hospice;
- c) Locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale, ecc.);
- d) Locale deposito pulito, sporco e attrezzature.

Aree generali di supporto queste includono

- a) Spogliatoio del personale con servizi igienici;
- b) Spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- c) Locale per riunione di équipe.

Possono invece essere **a comune** (con la struttura all'interno della quale sia eventualmente collocato l'Hospice):

- a) Ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico;
- b) Camere mortuarie;
- c) Spazio per i dolenti;
- d) Sala per il culto;
- e) Locali per uso amministrativo;
- f) Cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria;
- g) Magazzini.

ALLEGATO SPECIFICHE TECNICHE

1.L' erogazione dell'assistenza è garantita da un'equipe multidisciplinare, la cui composizione minimale è rappresentata dalle seguenti figure professionali:

- a) Medico esperto di cure palliative
- b) Infermiere professionale
- c) Psicologo
- d) Addetto all'assistenza (O.S.S.)
- e) Personale ausiliario

2.L'Hospice deve assicurare la collaborazione di figure professionali e non professionali, afferenti alla rete di assistenza al malato in fase terminale, mediante adeguati protocolli operativi:

- a) Specialisti medici di settore
- b) Assistente sociale
- c) Terapista della riabilitazione
- d) Assistente spirituale
- e) Volontario
- f) E quante altre figure ritenute necessarie

3.L'Hospice ha modalità organizzativo/strutturali specifiche che differiscono da quelle vigenti per i reparti ospedalieri per pazienti acuti, definiti dal D.M. 28/9/99 e D.P.C.M. 20/1/00.

L'U.O. Infermieristica dell'Azienda Sanitaria di riferimento garantisce l'assistenza infermieristica e alberghiera.

4.La Zona-Distretto di competenza garantisce:

- a) La responsabilità igienico-sanitaria della struttura;
- b) La presenza del Medico Palliativista;
- c) Le urgenze mediche diurne, in assenza del medico della struttura (118);

- d) L'accertamento di morte in assenza del medico della struttura;
- e) L'approvvigionamento di farmaci e materiale sanitario, qualora non immediatamente disponibili da parte della Zona- Distretto.
- f) Le urgenze mediche notturne, prefestive e festive (Continuità assistenziale)
- g) La formazione per il personale;
- h) La comunicazione interna ed esterna.