

Premessa

La presente relazione, predisposta dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, prevista dall’articolo 11 della Legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” ha l’obiettivo di mostrare lo sviluppo delle reti di assistenza previste dalla normativa per il paziente adulto e pediatrico.

Il Terzo Rapporto presentato al Parlamento offre così la possibilità di evidenziare gli obiettivi raggiunti nel corso del corrente anno e le criticità ancora irrisolte su cui è necessario porre l'attenzione affinché il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore sia sempre tutelato e garantito.



NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro
di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Introduzione

L’emanazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, ha rappresentato un traguardo importante nel panorama sanitario italiano ed europeo. La Legge 38/2010, tra le prime in Europa a fornire risposte ai bisogni della popolazione in tema di cure palliative e di dolore cronico, stabilisce la presenza di due reti di assistenza che devono rispondere alle esigenze e ai bisogni sia del paziente che necessita di cure palliative sia del paziente affetto da dolore cronico. Inoltre dedica una particolare attenzione al paziente pediatrico, definendo una rete per la quale la presa in carico e l’assistenza è indirizzata al bambino e alla sua famiglia, riconoscendolo come paziente con specifici bisogni ed esigenze.

La legge, approvata dal Parlamento Italiano nell’anno 2010, trova la sua piena applicazione solo grazie al costante impegno delle istituzioni (centrali, regionali e locali), dei professionisti e del terzo settore mediante il quale si riescono a superare le criticità che si presentano e si individuano i percorsi attuativi.

Il concetto di rete, espresso così chiaramente nella normativa, rimane il punto cardine nello sviluppo di un’assistenza adeguata e, coerentemente con questo concetto, la presente relazione vuole offrire un panorama esaustivo del percorso delle reti di cure palliative e della terapia del dolore nel nostro Paese. A tale riguardo, come nel precedente anno, è stato chiesto il contributo delle istituzioni, dei professionisti che operano nelle reti assistenziali e del terzo settore affinché il concetto di rete, mutuato dalla normativa, possa essere realizzato, non solo territorialmente, ma tra i molteplici soggetti coinvolti, ognuno con le proprie competenze, nel garantire un diritto stabilito dalla Legge 38 del 15 marzo 2010.

1. I risultati raggiunti

1.1 Il lavoro svolto dal Ministero della Salute in collaborazione con la “Commissione Nazionale per l’attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15 marzo 2010”

L’attività svolta durante il 2012 è stata caratterizzata dal raggiungimento di alcuni obiettivi su cui già nell’anno precedente si erano concentrati gli sforzi del Ministero della Salute nella realizzazione delle indicazioni fornite dalla Legge n. 38.

Il lavoro sinergico tra l’ufficio deputato al monitoraggio sullo stato di realizzazione delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore e la “Commissione nazionale per l’attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15 marzo 2010”, istituita con apposito Decreto ministeriale del 13 maggio 2010, ha permesso di compiere passi avanti significativi nello sviluppo di reti di assistenza dedicate alla cura del malato.

La Commissione nazionale ha dedicato la sua attenzione sia agli ulteriori adempimenti richiesti dalla normativa sia alle tematiche correlate alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Rispetto alle indicazioni fornite dalla Legge del 15 marzo 2010, il lavoro della Commissione nazionale si è concretizzato nella stesura definitiva del documento tecnico che definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore in attuazione dell’art. 5 comma 3 della citata legge. Il documento conclusivo, frutto della collaborazione dei sottogruppi di esperti nelle tre aree tematiche, è stato successivamente sottoposto e approvato dalle regioni. In data 25 luglio 2012 in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stata sancita “l’intesa per la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”. Il documento ha permesso di definire dettagliatamente le caratteristiche necessarie per l’accreditamento delle strutture residenziali, domiciliari, ospedaliere ed ambulatoriali che possono operare nella rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico, salvaguardando così come ricordato nell’articolo 2, la tutela per *“l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato,....., al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze”*.

L'intesa, disciplinata all'articolo 5 comma 3 "prevede tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa provvede di definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete di cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli di assistenza".

Nel corso dei lavori per la definizione del testo dell'intesa del 25 luglio 2012 e su esplicita richiesta regionale, è stato stralciato quanto previsto dall'articolo 5 comma 4 in tema di tariffe rinviando l'esame ad un successivo specifico tavolo tecnico al fine di sancire una nuova intesa da stipularsi ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge n. 131 del 2003, in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla base di un documento tecnico predisposto da uno specifico tavolo di esperti in cui siano presenti referenti del Ministero della salute, inclusi alcuni esperti della Commissione nazionale, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Regioni. Sono stati così designati dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sei rappresentanti regionali, e a breve termine si svolgerà la prima riunione del tavolo tecnico per la definizione di un sistema tariffario di riferimento in tema di cure palliative e terapia del dolore per garantire così una maggiore omogeneità nei costi per l'erogazione delle relative prestazioni.

Successivamente l'attenzione dei componenti della Commissione nazionale si è rivolta, sempre in linea con i dettami contenuti nella Legge n. 38, alla definizione di un documento, che potesse definire le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore sia per il paziente adulto sia per il paziente pediatrico, deputate a lavorare nelle reti di assistenza in attuazione dell'art. 5 comma 2 della Legge 38/2010.

L'accordo, che sarà presto presentato per la successiva approvazione in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato elaborato dagli uffici competenti della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie con l'apporto dei membri della Commissione nazionale. Questo ulteriore passaggio, insieme alla approvazione dell'intesa del 25 luglio 2012, rappresenta il percorso necessario affinché le principali indicazioni previste nella legge siano rese operative.

Strutture che rispondano ai requisiti minimi, sia qualitativi sia quantitativi, omogenei su tutto il territorio e l'individuazione di figure professionali dedicate all'assistenza e alla presa in carico nella rete di cure palliative e terapia del dolore che possano assicurare prestazioni adeguate ed efficienti rappresentano i fattori fondamentali affinché sia tutelata l'equità nell'accesso alle cure e la loro appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Le tematiche afferenti le cure palliative e la terapia del dolore non possono esclusivamente ridursi alla attuazione delle indicazioni della Legge n. 38; infatti il loro campo di azione include diverse problematiche affrontate durante il corso dell'anno dalla Commissione stessa. Tra le più rilevanti, si sottolineano argomenti quali l'introduzione di una semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati per la terapia del dolore con l'approfondimento di tematiche correlate con l'uso dei farmaci oppiacei.

Il cambiamento culturale che dovrebbe partire dai professionisti delle reti di assistenza, tende in alcuni casi a ritardare, lasciando lo spazio a pregiudizi e preconcetti che necessitano di essere superati. L'argomento è stato più volte sottolineato in seno alla Commissione nazionale evidenziando la necessità di un percorso di formazione e di comunicazione che deve essere indirizzato principalmente verso le figure professionali che hanno il compito di prescrivere tali medicinali. Inoltre, il corretto utilizzo di farmaci oppiacei, anche alla luce di alcuni casi di cronaca riportati dai mass media, hanno fatto interrogare i componenti della Commissione sulla necessità di una maggiore informazione sul loro corretto utilizzo e sulla loro conservazione, ancora poco conosciuti dalla maggior parte della popolazione. La necessità dunque di aggiornare e rendere più puntuali i foglietti illustrativi dei medicinali di nuova generazione, richiederà, dopo l'approfondimento effettuato dalla Commissione nazionale, una collaborazione tra gli uffici competenti del Ministero della Salute e dell'AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco.

Particolare attenzione è stata poi dedicata agli aspetti riguardanti l'utilizzo dei farmaci oppiacei, utilizzati per combattere il dolore severo, e le indicazioni fornite dal nuovo codice della strada. Tale problematica ha visto il coinvolgimento di esperti che fossero capaci di evidenziare le contraddizioni ancora presenti rispetto all'utilizzo dei veicoli nel caso di guidatore sotto terapia oppiacea. In particolare si evidenzia che, con il cambiamento del nuovo codice della strada, la rilevazione dello stato psicofisico alterato è onere delle forze dell'ordine, e non più come fino al 2010, del medico del pronto soccorso. Si ha dunque che una persona che assume farmaci oppiacei è considerata ed è sottoposta alle stesse sanzioni di chi assume sostanze stupefacenti

in quanto tossicodipendente. La stessa tematica riguarda l'articolo 119 del codice della strada per il rinnovo della patente. Per i pazienti che assumono oppiacei è previsto un percorso per conseguire e rinnovare la patente (articolo 119 del codice della strada in cui si deve dichiarare il non uso di sostanze stupefacenti e psicotrope per il rinnovo del permesso di guida), molto tortuoso, senza una chiara distinzione tra tossicodipendenza e assunzione di farmaci oppiacei per la terapia del dolore.

Stessa attenzione è stata dedicata ai temi correlati con le cure palliative. Una comunicazione chiara e diretta che possa raggiungere il maggior numero di utenti è stato tra i primi argomenti trattati. Recenti indagine statistiche hanno infatti evidenziato come molti intervistati considerino le cure palliative un sinonimo di terapia placebo che può offrire conforto al malato in fase terminale, ma non può offrire sollievo rispetto alla sofferenza, o in altri casi ignorano il concetto di cure palliative e l'esistenza di una legge dedicata che offre tutela e garanzia ai malati con prognosi infausta e ai loro familiari. È dunque questo il primo passaggio fondamentale affinché le cure palliative diventino una realtà concreta e conosciuta nel nostro Paese. In coerenza con la necessità di una maggiore informazione, spazio e attenzione sono stati dedicati, non solo ai professionisti che operano nella rete assistenziale con i documenti sopracitati, ma anche a quello che può essere definito genericamente il terzo settore che da anni opera di concerto e in supporto della rete professionale. La presenza dunque di esponenti di associazioni e fondazioni che operano da anni nel mondo delle cure palliative ha permesso di dare corso alle ulteriori indicazioni fornite dalla normativa. In linea con l'articolo 8 della Legge n. 38, è stato predisposto da un gruppo ristretto di esperti, un documento tecnico, ora in visione presso gli uffici tecnici del Ministero della Salute, che definisce criteri generali formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nell'ambito delle due reti. L'approccio olistico al tema delle cure palliative e della terapia del dolore tenuto dalla Commissione nazionale e dagli uffici del Ministero della Salute, ha permesso e ancora potrà permettere la realizzazione dei principi che sono stati alla base dell'emanazione di una legge, che viene riconosciuta anche in ambito europeo, quale esempio da seguire.

1.2 La campagna di informazione condivisa tra il Ministero della Salute e le regioni

La Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, impegnata sin dal 2010 nella realizzazione di iniziative di comunicazione per informare e

diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative e della terapia del dolore, ha pianificato nel 2012 la prima campagna di comunicazione nazionale su queste tematiche rivolta a tutte le regioni.

A tal fine, la costituzione di un "Tavolo tecnico di concertazione" tra l'ufficio IV della Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali, l'ufficio XI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ed i rappresentanti delle Regioni individuati dalla Commissione Salute - Conferenza delle Regioni, ha reso possibile la condivisione di un progetto comune.

Il coordinamento del Tavolo è stato assicurato dall'ufficio IV della Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali.

All'unanimità è stata designata capofila nella realizzazione della campagna la Regione Toscana, alla quale sono state assegnate in convenzione le dotazioni finanziarie disponibili nell'anno 2011 vincolandone l'utilizzo alla realizzazione della campagna informativa così come condivisa al Tavolo.

Con la Regione Toscana la Direzione Generale della Comunicazione ha stipulato uno specifico "Accordo di collaborazione".

Alle riunioni, presenti i dirigenti e i tecnici del Ministero e i sei rappresentanti regionali di Lombardia, Toscana, Umbria, rispettivamente tre esperti sanitari e tre comunicatori, sono state individuate le linee guida della campagna di comunicazione nazionale.

In particolare è stata riconosciuta l'oggettiva disarmonia delle diverse situazioni regionali ed è stata condivisa la necessità di procedere alla pianificazione di campagne di comunicazione ai cittadini le cui linee guida siano d'ispirazione essenzialmente valoriale.

Il Ministero e le Regioni hanno successivamente elaborato proposte sui contenuti della campagna che sono state oggetto di confronto e condivisione alle successive riunioni del Tavolo.

Sono stati così definiti tema, target e strumenti di una campagna di comunicazione istituzionale che fa perno su tre prodotti editoriali a doppio marchio (Ministero della Salute e Conferenza delle Regioni): una locandina, un opuscolo informativo ed uno spot televisivo.

I tre prodotti sono realizzati in formato anche scaricabile via web dai portali del Ministero e delle Regioni.

Compatibilmente con le risorse già stanziare, opuscoli e locandine sono stampati e distribuiti, personalizzabili, alle Regioni.

Lo spot, di 30 secondi, è realizzato con tecnica mista grafica/animazione, coerente con la creatività approvata, la cui diffusione sarà a cura delle singole Regioni nei bacini d'appartenenza e del Ministero, tramite richiesta al Dipartimento Editoria della Presidenza del Consiglio di trasmissione gratuita sulle reti televisive nazionali come messaggio di rilevanza sociale.

I prodotti sono stati presentati, senza rilievi, alla riunione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome svoltasi il 5 dicembre 2012 presso la Commissione Salute.

La locandina progettata per la campagna informativa è presente nella premessa a pagina 3.

Il lancio della campagna "Non più soli nel dolore" e la conseguente distribuzione alle Regioni dei prodotti editoriali sono previsti per l'anno 2013.

1.3 La formazione: l'accordo articolo 5 comma 2 e i master universitari

La legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" tutela e garantisce, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore da parte del malato.

In tale contesto la rete delle cure palliative è finalizzata a garantire la continuità assistenziale del malato mediante l'integrazione tra struttura ospedaliera ed assistenza domiciliare ed è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, al supporto dei malati e dei loro familiari.

In data 25 luglio 2012, è stata sottoscritta l'intesa Stato-Regioni, che, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

In particolare, la richiamata intesa, nella parte relativa alle strutture organizzative di erogazione e coordinamento della rete locale di cure palliative, prevede espressamente l'istituzione della Disciplina "Cure Palliative", ai fini della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di recepire i contenuti della suddetta intesa, è stato predisposto uno schema di accordo che, con nota dell'8 gennaio 2013 è stato trasmesso all'Ufficio di Gabinetto per il successivo inoltro alla Segreteria della Conferenza Stato – Regioni.

L'articolo 8 della medesima legge prevede che entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della stessa, il Ministero dell'istruzione e della ricerca, di concerto con questo Dicastero, individui, con uno o più decreti, i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti, l'articolo in questione stabilisce altresì che siano individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e terapia del dolore.

Relativamente all'articolo 8 della legge in oggetto il 15 febbraio 2012 il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca ha trasmesso a questa Amministrazione cinque distinti provvedimenti concernenti l'attivazione di master destinati a specifiche figure professionali e in data 5 aprile 2012, l'intero dossier contenente i cinque provvedimenti sono stati ritrasmessi al Dicastero proponente, che ne ha curato in seguito la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Il primo provvedimento attiene al Master universitario di primo livello in "Cure palliative e terapia del dolore". Esso è, riservato alle professioni sanitarie di infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, terapeuta della riabilitazione.

Secondo quanto previsto in detto decreto, il master ha la durata di un anno e prevede l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 40 relativi alla formazione teorica e 20 relativi alla formazione pratica.

Il secondo provvedimento riguarda il master di alta formazione e qualificazione in "Terapia del dolore" ed è riservato ai medici in possesso di una delle specializzazioni indicate nell'articolo n. 5 comma 2 della Legge 38/2010, ivi comprese quelle che potranno essere successivamente individuate in sede di accordo Stato- Regioni, con documentata formazione in terapia del dolore.

E' previsto che il corso in questione abbia una durata di 12 mesi, con l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 30 dedicati alla formazione teorica e 30 dedicati alla formazione pratica.

Il terzo provvedimento riguarda il master universitario di alta formazione e qualificazione in "Cure palliative" ed è riservato, secondo quanto riportato nel decreto, ai medici che hanno conseguito una delle specializzazioni indicate nell'articolo 5 comma 2 della Legge 38, ivi comprese quelle che dovessero essere successivamente individuate in sede di accordo Stato-

Regioni. E' previsto che il master abbia una durata di 24 mesi con l'acquisizione di 120 crediti formativi di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 dedicati alla formazione pratica.

Il quarto provvedimento riguarda il master universitario di alta formazione e qualificazione in "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche" ed è riservato ai medici in possesso della specializzazione in pediatria ed ai medici in possesso della specializzazione in anestesia rianimazione e terapia intensiva, con specifica formazione ed esperienza in pediatria. E' previsto che tale corso abbia una durata di 24 mesi con l'acquisizione di 120 crediti formativi di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 alle attività pratiche.

Il quinto provvedimento riguarda infine il master universitario in "Cure palliative e terapia del dolore" ed è riservato ai laureati specialisti/magistrali in psicologia. E' previsto che il corso abbia la durata di un anno con l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 40 dedicati alla parte teorica e 20 alle attività pratiche.

Inoltre è in corso di predisposizione lo schema di Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della suindicata Legge n. 38/2010 per definire le categorie di professionisti che operano nelle tre reti previste.

E' proprio in questo ambito che il Ministero della salute, ha elaborato una proposta di accordo da sottoporre in sede di Conferenza Stato – Regioni nel quale "sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale". L'Accordo prevedrà la definizione di un elenco esaustivo, a completamento di quello presente nell'articolo della legge, delle professionalità sanitarie che potranno operare nelle tre reti assistenziali.

1.4 Il sistema informativo per la Legge 38/2010

1.4.1 La rete delle cure palliative: i dati rilevati dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale

I dati relativi alle prestazioni erogate dalla rete delle cure palliative in Hospice sono raccolti dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale attraverso i modelli di rilevazione HSP ed STS previsti dal D.M. 5 dicembre 2006, concernente “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”.

In particolare, attraverso tali modelli le regioni hanno l’obbligo di censire gli Hospice, quali strutture che erogano prestazioni inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza distrettuali, localizzate sia all’interno di strutture ospedaliere che di strutture territoriali, in possesso dei requisiti definiti dal D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 recante “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”.

Attraverso i predetti modelli di rilevazione, le Regioni e le Province Autonome inviano al Ministero della salute anche i dati riferiti all’offerta di posti letto per l’assistenza residenziale in hospice.

I dati strutturali così rilevati per gli hospice sono ricompresi tra gli obblighi informativi, cui sono tenute le Regioni nel quadro degli adempimenti LEA per l’accesso al maggior finanziamento statale, ai sensi dell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Inoltre, al fine di monitorare per ciascuna regione la capacità della rete di soddisfare la richiesta di cure palliative proveniente dal territorio di riferimento, nell’ambito degli adempimenti della predetta Intesa è previsto tra gli indicatori della cosiddetta Griglia LEA per il mantenimento dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, uno specifico indicatore di valutazione da parte del livello nazionale dei posti letto in Hospice, in rapporto ai deceduti per tumore, per ciascuna regione/provincia autonoma.

I dati censiti dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale per l’anno 2011 mostrano come la media nazionale del numero di posti letto in hospice per 100 deceduti per tumore sia pari a 1,27. Tale valore, in crescita rispetto al 2010 (1,15) e al 2009 (1,05), evidenzia lo sviluppo della rete di offerta residenziale delle cure palliative che è costituita per l’anno 2011 da un numero complessivo di 217 strutture sull’intero territorio nazionale, in aumento rispetto al 2010 (204) e rispetto al 2009 (182). Per l’anno 2011, nelle Regioni Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e

nella Provincia Autonoma di Trento si registra ancora un numero di posti letto in hospice inferiore alla soglia di accettabilità nella Griglia LEA pari a 0,5.

Gli hospice risultano situati presso strutture ospedaliere o strutture residenziali sanitarie territoriali in modo diversificato tra le Regioni: in Lombardia, Lazio, Basilicata e Sicilia gli hospice risultano prevalentemente localizzati all'interno delle strutture di ricovero e cura o ne costituiscono articolazioni organizzative.