REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U00320 del 24 OTT. 2016 **Proposta n.** 10883 **del** 20/07/2016

Oggetto:

Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del fabbisogno regionale di posti in regime residenziale.

Estensore	Responsabile del Procedimento	Il Dirigente d'Area
ZEPPILLI DANIELA	GIARRIZZO VINCENZINA	V. MANTINI

Il Direttore Regionale

V. PANELLA

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. BISSONI

Richiesta di pubblicazione sul BUR: SI

OGGETTO: Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del fabbisogno regionale di posti in regime residenziale.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato nominato il Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, quale Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che con la suddetta deliberazione sono stati, altresì, confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro-tempore* della Regione Lazio, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal 2013;

PRESO ATTO che con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 è stato nominato l'arch. Giovanni Bissoni, a decorrere dal 2 dicembre 2014, subcommissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

PRESO ATTO che con la deliberazione della Giunta regionale 14 dicembre 2015, n. 723 il dott. Vincenzo Panella è stato nominato Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTA la legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005), con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";

VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 39 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000", quale prima norma che sancisce il diritto

del cittadino di accedere alle cure palliative e prevede un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane;
VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 il quale, nel determinare che le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte e che, pertanto, il controllo del dolore e degli altri sintomi, come pure l'attenzione agli aspetti psicologici, spirituali e sociali sono di fondamentale importanza, evidenzia che *"...La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardiocircolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l'A.I.D.S....."*;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche - n. 138/CSR del 27 giugno 2007;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore, finalizzato a garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese - n. 239/CSR del 16 dicembre 2010;

VISTA l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di 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 - n. 151/CSR del 25 luglio 2012, nella quale si evidenzia che *"la definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza"*, Intesa successivamente recepita dall'amministrazione regionale con il decreto commissariale n. U00461 del 15 novembre 2013;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009) - n. 259/CSR del 20 dicembre 2012;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 - n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTO l'Accordo ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle

strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore - n. 87/CSR del 10 luglio 2014; Accordo successivamente recepito dall'amministrazione regionale con il decreto commissariale n. U00112 dell'11 aprile 2016;
VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie - n. 32/CSR del 19 febbraio 2015, Intesa successivamente recepita dall'amministrazione regionale con il decreto commissariale n. U00490 del 21 ottobre 2015;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sullo schema di D.P.C.M. di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - n. 157/CSR del 7 settembre 2016;

VISTO il decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n 311";

VISTO il decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice";

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 9 gennaio 2001, n. 37 "Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali "Hospice" ai sensi dell'articolo 1 della legge 39 del 26 febbraio 1999";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0017 del 9 marzo 2010 "Atto ricognitivo di cui al decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0023 del 18 marzo 2010 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di Hospice dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2010. Decreto Commissariale n. U0096 del 29 dicembre 2009: Patto per la Salute 2010-2012, art. 13, comma 14. Attuazione Programmi Operativi 2010: Obiettivo 5";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0080 del 30 settembre 2010 "Riorganizzazione della rete ospedaliera";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0084 del 30 settembre 2010, che approva il modello organizzativo della Rete regionale assistenziale di Cure palliative e definisce, al punto 13 dell'allegato, "Il fabbisogno di Cure palliative della Regione Lazio e Bacino di utenza della Rete";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0090 del 10 novembre 2010 "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni

per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie), L.R. 10 Agosto 2010, n. 3" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00361 del 31 ottobre 2014 "DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013- 2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative", con particolare riferimento all'InterRai PC per l'area delle cure palliative, strumenti successivamente inseriti e informatizzati all'interno del Sistema informativo dell'assistenza territoriale (S.I.A.T.) ed in via di definitiva applicazione da parte delle Aziende sanitarie locali;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00606 del 30 dicembre 2015 "Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6";

VISTO il decreto del Commissario ad *acta* n U00126 del 20 aprile 2016 " Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)";

VISTA la proposta dei Programmi Operativi 2016-2018, trasmessa in preventiva approvazione al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, con nota prot. n. CZ 1949 del 20/7/2016, che al punto 9.2 "Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale" prevede lo "*Sviluppo delle cure palliative, attraverso: l'implementazione delle reti locali di cure palliative, nel rispetto degli adempimenti dell'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012; la revisione del fabbisogno, con particolare riferimento ai pazienti affetti da malattie non oncologiche...*";

PRESO ATTO che la legge n. 38/2010 definisce il percorso assistenziale in materia di cure palliative e terapia del dolore, tutelando il diritto del cittadino ad accedere a tali forme di assistenza nell'ambito dei livelli essenziali di cui al DPCM 29 novembre 2001, al fine di garantire il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;

PRESO ATTO che il decreto del Ministero della Salute n. 43/2007, nel definire all'Allegato 1, tra gli altri, lo standard di un posto residenziale ogni 56 deceduti a causa di tumore, in riferimento all'indicatore relativo al numero di posti residenziali in hospice, evidenzia, altresì, all'Allegato 2 che

a) gli standard ... riportati nell'Allegato 1 sono da intendersi come requisiti minimi (ovvero come valori minimi accettabili) delle attività delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali in età adulta e pediatrica...;

b) gli standard riportati nell'Allegato 1 sono stati definiti con esclusivo riferimento ai malati oncologici, in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento di esperienza e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al decreto ministeriale 28 settembre 1999 ed all'Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2001 citato nelle premesse, che le cure palliative sono rivolte a tutti i malati inguaribili in fase avanzata e terminale, indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.); ciò nella consapevolezza che *"l'utenza potenziale di cure palliative, secondo quanto indicato dalle*

normative nazionali, dovrebbe tener conto anche dell'utenza affetta da malattie inguaribili non oncologiche in fase terminale";

PRESO ATTO che il decreto commissariale n. U0084/2010, in riferimento al fabbisogno minimo raccomandato di p. r. in hospice con il decreto ministeriale n. 43/2007, pari a un p.r. ogni 56 deceduti per tumore

- evidenzia che alle persone affette da cancro che necessitano di cure palliative *"andrebbero aggiunte quelle affette da patologie non oncologiche che secondo stime di studi inglesi ed americani si stimano essere 0.5-1 volta il numero di pazienti deceduti per tumore"*;
- incrementa del 20% il predetto standard ministeriale "*tenuto conto che tale standard non tiene conto dei posti da dedicare a malati terminali non oncologici;*

PRESO ATTO del Rapporto al Parlamento per l'anno 2015 sullo stato di attuazione della legge n. 38/2010, elaborato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nel quale si rileva che *"I pazienti eleggibili, secondo studi di letteratura, per le cure palliative sono pari ai morti per neoplasia (in Italia circa 170.000 nell'anno 2013) aumentato di un numero variabile tra il 50% e il 100% dei morti per neoplasia per quanto riguarda i pazienti non oncologici……L'Intesa del 25 luglio 2012 identifica i requisiti organizzativi per le reti regionali e locali di cure palliative. In particolare l'Intesa sottolinea l'esigenza di estendere l'assistenza palliativa anche a pazienti non oncologici. Per fornire una risposta concreta a tale richiesta si rende necessaria una riprogrammazione della struttura delle reti regionali di cure palliative, inizialmente, alla luce dei dettami della Legge 39/99, strutturate prevalentemente per pazienti oncologici…..A causa dell'aumento dell'aspettativa di vita, infatti, in Europa un numero sempre maggiore di persone è già oggi affetto da numerose patologie cronico degenerative, comuni nelle età più avanzate (cardiache, respiratorie, cerebrovascolari, neoplastiche): con queste patologie, che spesso provocano gravi sofferenze a causa dei sintomi ad esse collegate, moltissime persone devono convivere per anni, fino alla fine della loro vita. Pertanto, è necessario garantire a queste persone dei percorsi di cure palliative di elevata qualità e per periodi di tempo più prolungati rispetto a quanto previsto nel passato per l'assistenza di patologie croniche, non soltanto patologie neoplastiche…..Relativamente all'Italia, il nostro è il Paese in cui si vive più a lungo in Europa...I pazienti anziani affetti da malattie croniche (malattie cardio-vascolari, demenze) sono un'altra area del paziente fragile che usufruisce delle cure palliative; tali malati, però, hanno un deterioramento delle condizioni generali più protratto nel tempo rispetto ai malati neoplastici, e pertanto la programmazione dei bisogni di cure palliative per questi pazienti deve raggiungere ancora un certo grado di implementazione";*

CONSIDERATO il progressivo aumento delle aspettative di vita della popolazione e delle patologie cronico-degenerative che hanno portato come conseguenza l'incremento e la diversificazione dei bisogni assistenziali, anche a lungo termine, nonché la necessità di garantire le correlate prestazioni sanitarie, sia in regime residenziale che domiciliare, come peraltro espressamente previsto dall'Intesa CSR n. 157 del 7 settembre 2016 sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che

- all'art. 22 "*Cure domiciliari*" articola le cure domiciliari in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di necessità dell'intervento assistenziale, espresso in termini di "Coefficiente di intensità assistenziale" – CIA;
- all'art. 23 "*Cure palliative domiciliari*" prevede che
  1. *"Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita...Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:*

a) *livello base: costituito da interventi ...che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi...si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;*
b) *livello specialistico: costituito da interventi...rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati...In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.*

2. *Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI)...sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale";*

- all'art. 31 "*Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita*" prevede che "*Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni... mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizioni artificiali, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative – Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale*";

TENUTO CONTO

- dei dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (gennaio 2014) in merito alla stima degli adulti che necessitano di cure palliative al termine della vita, dai quali emerge che solo il 34% di tali pazienti è deceduto per malattie oncologiche, il 38% per malattie cardiovascolari e la parte residuale per patologie di altra natura (malattie croniche respiratorie, neurologiche, epatiche, alzheimer ed altre demenze, diabete, sclerosi multipla, artriti reumatoidi, Parkinson, HIV/AIDS, ecc.); [1]
- che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, nel corso dell'Assemblea Mondiale del 24 maggio 2014, afferma che le cure palliative, finalizzate ad alleviare il dolore e la sofferenza, sia fisica, psicosociale o spirituale, rappresentano una responsabilità ed un dovere dei sistemi sanitari; riconosce che più di 40 milioni di persone attualmente richiedono cure palliative ogni anno a causa dell'invecchiamento della popolazione; esorta, quindi, gli Stati membri a sviluppare, rafforzare e attuare le politiche di cure palliative [2];

CONSIDERATO che

- l'offerta attuale di p.r. in hospice, destinati ad accogliere sia pazienti oncologici che pazienti non oncologici, è pari a complessivi n. 390, di cui n. 352 con onere a carico del SSR e n. 38 in programmazione;
- nell'anno 2015 sono stati assistiti in hospice n. 4981 pazienti, di cui n. 3203 oncologici e n. 1778 non oncologici, questi ultimi pari solamente al 36% della casistica complessiva;

---

[1] Global Atlas of Palliative Care at the End of Life – WPCA (Worldwide Palliative Care Alliance)/World Health Organisation

[2] 67° Assemblea Mondiale della Salute - Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 24 maggio 2014

- per quanto sopra riportato, occorre tener conto anche dei bisogni assistenziali degli utenti non oncologici ed incrementare, pertanto, l'attuale offerta di p.r. in hospice;

CONSIDERATA, altresì, l'esigenza di garantire, quanto più possibile, una razionale ed appropriata dislocazione sul territorio degli hospice, quali strutture di "prossimità", nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie;

RITENUTO che l'iniziale incremento del 20% rispetto allo standard ministeriale di p.r. in hospice, definito in sede di adozione della Rete assistenziale delle cure palliative di cui al DCA n. U0084/2010, risulta insufficiente a garantire adeguatamente l'attuale fabbisogno assistenziale in materia di cure palliative, con particolare riferimento ai pazienti non oncologici;

RITENUTO, pertanto, necessario

- incrementare lo standard regionale di p.r. in hospice, attualmente pari a 1.2 p.r. ogni 56 deceduti per tumore (ivi compreso lo 0.2 per malati terminali non oncologici), nella misura dello 0.5 e stabilire che lo stesso è pari a 1.7 p.r. in hospice ogni 56 deceduti per tumore;
- ridefinire ed aggiornare il fabbisogno regionale di p.r. in hospice, in ottemperanza alle indicazioni contenute nella proposta dei Programmi Operativi 2016-2018 in corso di adozione, anche in relazione all'accorpamento delle ASL previsto dal DCA n. U00606/2015;
- stabilire che la programmazione di p.r. in hospice dovrà essere coerente con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, fermo restando che l'effettiva attivazione e l'accreditamento di tali posti dovranno necessariamente avvenire, fatte salve le procedure in corso, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole ASL;
- demandare alle aziende sanitarie locali la stipula di specifici accordi interaziendali, in particolare tra le ASL sovradotate di p.r. in hospice con quelle confinanti e sottodimensionate, che definiscano percorsi di presa in carico e di accesso ai servizi atti a garantire pari opportunità assistenziale alla specifica utenza, al fine di riequilibrare l'offerta attuale, nel rispetto del bisogno regionale di ulteriori posti residenziali in hospice, pari a n. 104;
- prevedere, con successivo atto, la definizione del quadro effettivo della programmazione aziendale di p.r. in hospice nel rispetto della dotazione massima regionale;
- approvare la stima di fabbisogno regionale di p.r. in hospice, elaborata sulla scorta dei dati relativi ai decessi per tumore maligno forniti dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR (anno 2015 – n. 16253), di cui alla tabella seguente nella quale sono, altresì, riportati i dati relativi all'offerta di p.r. pubblici e privati, sia con onore a carico del SSR che in programmazione;

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI IN HOSPICE - ANNO 2016				
AZIENDA SANITARIA LOCALE	FABBISOGNO (1.7 / 56 deceduti oncologici)	OFFERTA COMPLESSIVA		DIFFERENZA FABBISOGNO/OFFERTA
		p.r. pubblici e privati con onere a carico del SSR	p.r. in programmazione	
ROMA CAPITALE (ROMA 1/ROMA 3)	259	181	10	-68
ROMA 4	23	0		-23
ROMA 5	41	19		-22
ROMA 6	43	35	18	10
VT	24	45		21
RI	16	10		-6
LT	44	39		-5
FR	44	23	10	-11
TOTALE	494	352	38	-104
		390		

DECRETA

Per le motivazioni descritte nelle premesse, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, di

- incrementare lo standard regionale di p.r. in hospice, attualmente pari a 1.2 p.r. ogni 56 deceduti per tumore (ivi compreso lo 0.2 per malati terminali non oncologici), nella misura dello 0.5 e stabilire che lo stesso è pari a 1.7 p.r. in hospice ogni 56 deceduti per tumore;
- ridefinire ed aggiornare il fabbisogno regionale di p.r. in hospice, in ottemperanza alle indicazioni contenute nella proposta dei Programmi Operativi 2016-2018 in corso di adozione, anche in relazione all'accorpamento delle ASL previsto dal DCA n. U00606/2015;
- stabilire che la programmazione di p.r. in hospice dovrà essere coerente con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, fermo restando che l'effettiva attivazione e l'accreditamento di tali posti dovranno necessariamente avvenire, fatte salve le procedure in corso, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole ASL;
- demandare alle aziende sanitarie locali la stipula di specifici accordi interaziendali, in particolare tra le ASL sovradotate di p.r. in hospice con quelle confinanti e sottodimensionate, che definiscano percorsi di presa in carico e di accesso ai servizi atti a garantire pari opportunità assistenziale alla specifica utenza, al fine di riequilibrare l'offerta attuale, nel rispetto del bisogno regionale di ulteriori posti residenziali in hospice, pari a n. 104;

- prevedere, con successivo atto, la definizione del quadro effettivo della programmazione aziendale di p.r. in hospice nel rispetto della dotazione massima regionale;
- approvare la stima di fabbisogno regionale di p.r. in hospice, elaborata sulla scorta dei dati relativi ai decessi per tumore maligno forniti dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR (anno 2015 – n. 16253), di cui alla tabella seguente nella quale sono, altresì, riportati i dati relativi all'offerta di p.r. pubblici e privati, sia con onore a carico del SSR che in programmazione;

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI IN HOSPICE - ANNO 2016				
AZIENDA SANITARIA LOCALE	FABBISOGNO (1.7 / 56 deceduti oncologici)	OFFERTA COMPLESSIVA		DIFFERENZA FABBISOGNO/OFFERTA
		p.r. pubblici e privati con onere a carico del SSR	p.r. in programmazione	
ROMA CAPITALE (ROMA 1/ROMA 3)	259	181	10	-68
ROMA 4	23	0		-23
ROMA 5	41	19		-22
ROMA 6	43	35	18	10
VT	24	45		21
RI	16	10		-6
LT	44	39		-5
FR	44	23	10	-11
TOTALE	494	352	38	-104
		390		

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta) dalla notifica ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi).
Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti

Roma, li 24 OTT. 2016