

**DECRETO 22 febbraio 2007, n.43**

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

**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"**

**IL MINISTRO DELLA SALUTE**

**DI CONCERTO CON**

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E FINANZE**

**VISTO** il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999 n. 39, ed in particolare l'articolo 1, che ha previsto l'adozione di 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 nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente 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;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 1999, con il quale è stato adottato il "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" per la realizzazione in ciascuna regione o provincia autonoma di una o più strutture sul territorio dedicate all'assistenza palliativa;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 di approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, nonché le modalità di verifica dei risultati dell'attività svolta presso le strutture dedicate all'erogazione di cure palliative e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale e che necessitano di cure finalizzate ad assicurare ad essi e ai loro familiari una migliore qualità di vita;

**VISTO** l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19 aprile 2001 che ha approvato il documento di "Linee – guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative";

**VISTO** il decreto del Ministro della salute del 5 settembre 2001 recante: “Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001, 2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative”, ed in particolare l’articolo 2, comma 1, che prevede la verifica dell’attuazione del programma di cure palliative sulla base di specifici indicatori, da parte del Ministero della salute d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, tra cui l’assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l’assistenza territoriale residenziale e semi residenziale nei centri residenziali di cure palliative a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero (quindi anche per pazienti terminali) e gli interventi ospedalieri a domicilio;

**VISTO** l’accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 31 gennaio 2002 sulle modalità di erogazione dei fondi relativi al “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative di cui all’articolo 1 del decreto-legge 28 dicembre 1998, n.450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39;

**VISTO** l’accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 19 dicembre 2002 sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità”, ivi comprese quelle riferite al Programma nazionale per la realizzazione di strutture dedicate alle cure palliative;

**VISTO** l’accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 13 marzo 2003, con il quale sono stati definiti gli indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla Rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate;

**VISTO** il parere reso dal Consiglio Superiore di sanità nelle sedute del 27 novembre e del 16 dicembre 2003 con il quale, nell’intento di fornire punti di riferimento per una ottimale valutazione dei risultati ottenuti, sono stati indicati i valori-soglia dei più significativi indicatori inclusi nell’elenco che forma oggetto del citato Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 13 marzo 2003;

**VISTO** l’articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007, ivi incluso, per ciascuno degli anni indicati, l’ulteriore finanziamento di 50 milioni di euro a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù»;

**VISTO** l’articolo 1 dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005, in attuazione dell’articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTO** l’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l’obiettivo del raggiungimento dell’equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la

disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

**VISTA** la sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 2006 che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato “sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano”, anziché “previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano”;

**RITENUTO** necessario, per le finalità sopra individuate anche al fine di una corretta garanzia della tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme sul territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali;

**VISTO** l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400 e successive modificazioni;

**DATO ATTO** che, per l'individuazione degli standard, il Ministero della salute si è avvalso della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, che ha fornito il proprio contributo nelle sedute del 30 giugno e del 21 luglio 2005;

**ACQUISITA** l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 20 aprile 2006;

**UDITO** il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 novembre 2006;

**RITENUTO** di non poter recepire l'osservazione del Consiglio di Stato circa la formulazione dell'articolo 1, comma 4, in quanto l'adozione della suddetta formulazione è stata posta come condizione per l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

**VISTA** la nota di comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3898 del 27 novembre 2006, a norma dell'articolo 17, comma 3, della citata legge 23 agosto 1988, n. 400

## **ADOTTA il seguente regolamento**

### **Art. 1**

*(Standard qualitativi, quantitativi e strutturali)*

1. Gli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali sono individuati nell'Allegato 1. La descrizione e la modalità di calcolo degli indicatori sono riportate nell'Allegato 2. Gli Allegati costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

2. Le regioni garantiscono:

- a) l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della Rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla Rete e sulle modalità di accesso secondo quanto previsto dall'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;
- b) l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della Rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie, secondo quanto previsto nel punto 2.2 della "Carta dei servizi pubblici sanitari" di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

3. Per quanto attiene agli standard strutturali si applica il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000, integrato dalle norme regionali in vigore.

4. Le Regioni si attivano al fine di garantire il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2006-2008, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

### **Art. 2**

*(Regioni a statuto speciale e Province autonome)*

1. Le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione.

Il presente regolamento, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 22 febbraio 2007

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE  
Padoa Schioppa

IL MINISTRO DELLA SALUTE  
Turco

Visto, il Guardasigilli: Mastella

Registrato alla Corte dei conti il 22 marzo 2007

Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 1, foglio n. 305

## ALLEGATO 1

### STANDARD QUANTITATIVI E QUALITATIVI

Indicatori	Standard
<b>01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica.</b>	$\geq 65\%$
<b>02. Numero di posti letto in hospice.</b>	$\geq$ <b>1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore.</b>
<b>03. Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice.</b>	100%
<b>04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod.140-208)</b>	$\geq$ <b>Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)</b>
<b>05. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa.</b>	$\geq 80\%$
<b>06. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa.</b>	$\geq 40\%$
<b>07. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.</b>	$\leq 20\%$
<b>08. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.</b>	$\leq 25\%$

## ALLEGATO 2

### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

Si descrivono, di seguito, gli indicatori riportati nell'Allegato 1, le modalità di calcolo ed i valori standard individuati per ciascun indicatore, con alcune avvertenze di carattere generale:

a) Gli standard nn. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 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. Gli standard nn. 7 e 8 esprimono il valore massimo accettabile.

b) Gli standard indicati nell'Allegato 1 sono stati definiti con esclusivo riferimento ai malati oncologici in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento esperienziale e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al d.m. 28 settembre 1999 e all'Accordo Stato-Regioni 19/4/2001, che le cure palliative sono rivolte ai malati inguaribili in fase avanzata e terminale indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.).

c) Il numero di malati deceduti per malattia oncologica è sempre calcolato sulla media dei deceduti per malattia oncologica rilevati nel triennio precedente alla rilevazione in ciascuna Regione.

### INDICATORI E STANDARD

**01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / numero di deceduti per malattia oncologica:  
≥ 65%**

#### Descrizione e significato

Rapporto tra il numero di malati oncologici deceduti, assistiti dalla Rete di cure palliative al domicilio e/o in hospice, e il numero totale di deceduti per malattia oncologica. L'obiettivo dello standard è quello di incrementare il numero di malati terminali affetti da tumore assistiti dalla Rete. Lo standard è stato definito con esclusivo riferimento ai malati oncologici, sulla base delle esperienze italiane più consolidate e dei dati della letteratura internazionale, pur 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. Lo standard è stato calcolato considerando che l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001 indica un'utenza potenziale per l'inserimento in un programma di cure palliative oncologiche pari al 90% dei deceduti per malattia oncologica, con riferimento ai dati regionali. Per questo motivo è stato fissato il valore soglia pari al 72% dell'utenza potenziale, corrispondente al 65% dei deceduti ogni anno a causa di tumore, in base ai dati ISTAT ICD9 Cod. 140-208.

Esempio: Regione con tasso di mortalità per tumore di 300 morti per cancro ogni anno e ASL con 100.000 residenti.

Utenza potenziale = 270 casi.

72% dell'utenza potenziale = 195 casi = 65% dei deceduti per cancro

Considerata la variabilità epidemiologica sul territorio nazionale, questo indicatore va calcolato con riferimento ai dati regionali.

### Nota

Lo standard è comprensivo della popolazione pediatrica (0-14 anni), per la quale è necessario procedere a una misura specifica, tenendo presente che l'incidenza nazionale di decessi per tumore è pari a 0.8 ogni 100.000 residenti (Le cure palliative pediatriche oncologiche rappresentano 1/3 del bisogno totale di cure palliative in ambito pediatrico).

### Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.

## **02. Numero posti letto in hospice: $\geq 1$ ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%)**

### Descrizione e significato

Dotazione di posti letto per la degenza presso strutture specificamente dedicate ai malati terminali, in rapporto ai deceduti a causa di tumore.

L'obiettivo dello standard è quello di incrementare la realizzazione di posti letto.

### Nota

Il valore soglia è in linea con i programmi regionali finanziati in base alla legge 39/1999 e ai successivi d.m. 28 marzo 2001, d.m. 4 maggio 2001, d.m. 5 settembre 2001, d.m. 6 dicembre 2001, con il numero di posti letto hospice realizzati ed accreditati nelle Regioni, anche indipendentemente dai finanziamenti della legge 39/1999 e con le esperienze programmatiche ed esperienziali del Regno Unito (U.K.), Stato europeo con la maggiore tradizione in cure palliative.

Il numero di posti letto è rapportato al numero di deceduti a causa di tumore con riferimento alla mortalità regionale (media del triennio precedente l'anno di rilevazione).

### Livello di applicazione

Indicatore di interesse regionale.

## **03. Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice: = 100%.**

### Descrizione e significato

Presenza dei requisiti fissati dal d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e dalla specifica normativa regionale di settore in tutte le strutture residenziali per malati terminali. L'obiettivo dello standard è quello di garantire che tutte le strutture siano in possesso dei requisiti previsti.

### Livello di applicazione

Indicatore di interesse regionale.

## **04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): $\geq 55$ giorni x (valore standard n. 01 - 20%)**

### Descrizione e significato

L'indicatore esprime il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell'equipe di cure palliative domiciliari operante nelle ASL. L'obiettivo dello standard è quello di assicurare un'adeguata presenza dell'equiper al domicilio dell'assistito.

Per definire lo standard si considera il valore soglia dell'indicatore n.1 (65% del numero di morti per cancro) cui va sottratto il 20% assistito in hospice (secondo gli indici programmatori di cui alle

Linee Guida Conferenza Unificata 2001- G.U. 14.05.2001). Il risultato viene moltiplicato per 55 gg, che rappresentano un valore medio di durata delle cure palliative domiciliari, ritenuto congruo sulla base delle esperienze pluriennali regionali in atto. Nel periodo di assistenza domiciliare i dati di letteratura indicano appropriato un Coefficiente di Intensità Assistenziale  $\geq 50$  [il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) è il rapporto tra giornate “effettive di assistenza o assistenza domiciliare attiva” (n. di giorni con almeno un accesso domiciliare) e la durata del piano di cura domiciliare (n. di giorni di assistenza fra presa in carico e decesso/dimissione)].

Esempio: ASL con 100.000 residenti e tasso di mortalità per cancro di 300 morti ogni anno. [195 (65% dei morti per cancro) – 39 (20%)] x 55 = 8.580 giornate di assistenza

#### Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione.

**05. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l’inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa:  $\geq 80\%$ .**

#### Descrizione e significato

Percentuale dei malati presi in carico a domicilio da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. S’intende per presa in carico del malato la data di primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell’équipe di cure palliative. S’intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall’ospedale, per data di segnalazione s’intende la data di dimissione dall’ospedale. L’obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività dell’intervento degli operatori della Rete al domicilio dell’assistito, considerato che l’avvio tempestivo della palliazione è fondamentale in una condizione di terminalità.

#### Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione.

**06. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa:  $\geq 40\%$ .**

#### Descrizione e significato

Percentuale di malati ricoverati in hospice da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. L’indicatore esprime la tempestività nell’accesso al ricovero in hospice. S’intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di ricovero in hospice. In caso di dimissione dall’ospedale, per data di segnalazione s’intende la data di dimissione dall’ospedale. L’obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività del ricovero.

#### Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell’Azienda sanitaria locale e della Regione



**07. Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica:  $\leq 20\%$ ...**

**08. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica:  $\leq 25\%$ ..**

Descrizione e significato

Attraverso il calcolo degli indicatori si ricava la percentuale dei ricoveri in hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'hospice per il malato oncologico. L'obiettivo degli standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata inferiore a 7 giorni e di quelli di durata superiore a 30 giorni

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.