

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 marzo 2017, n. U00087

**DCA n. U00320/2016. Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del quadro programmatico regionale in materia di posti in regime residenziale.**

OGGETTO: Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del quadro programmatico regionale in materia di posti in regime residenziale di cui al DCA n. U00320/2016.

***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 e s.m.i., in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie e di requisiti ulteriori per l'accreditamento il quale, con riferimento ai centri residenziali per cure palliative (Hospice), al punto 4.5 prevede che "*La capacità recettiva all'interno della struttura residenziale non deve essere superiore a 30 posti, suddivisi in nuclei da 9 a 18;*

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 2048 del 12/10/2016, 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...*”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00320 del 24 ottobre 2016 “Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del fabbisogno regionale di posti in regime residenziale”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00360 del 16 novembre 2016 “Indirizzi per l’implementazione della rete locale delle cure palliative”;

CONSIDERATO 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;

CONSIDERATA, altresì, l’esigenza di garantire, quanto più possibile, una razionale dislocazione sul territorio ed un appropriato utilizzo degli hospice, quali strutture di “prossimità”, nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie;

PRESO ATTO che il decreto commissariale n. U00320/2016

- nel 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, evidenzia su tutto il territorio regionale, rispetto ad un fabbisogno complessivo di n. 494 p.r. in hospice

- una carenza complessiva di offerta pari a n. 104 p.r., così ripartita:
  - Roma Capitale (Roma 1/Roma 3): carenza di n. 68 p.r. - a fronte di un fabbisogno pari a n. 259 p.r.;
  - ASL Roma 4 – carenza di n. 23 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 23 p.r.;
  - ASL Roma 5 – carenza di n. 22 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 41 p.r.;
  - ASL RI – carenza di n. 6 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 16 p.r.;
  - ASL LT – carenza di n. 5 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 44 p.r.;
  - ASL FR – carenza di n. 11 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 44 p.r.
- un' eccedenza complessiva di offerta pari a n. 31 p.r. , così ripartita:
  - ASL VT – eccedenza di n. 21 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 24 p.r.;
  - ASL Roma 6 – eccedenza di n. 10 p.r. a fronte di un fabbisogno pari a n. 43 p.r.
- domanda 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;*

#### VALUTATI

- gli esiti degli incontri tenutisi presso gli uffici regionali, finalizzati a delineare il percorso collaborativo tra le ASL nei cui territori si rileva carenza di strutture residenziali per malati terminali “Hospice” e quelle, con le stesse confinanti, che evidenziano un eccesso di offerta di tale tipologia assistenziale e precisamente  
ASL Viterbo e ASL Roma 4 - 30 novembre 2016  
ASL Roma 6 e ASL Roma 5 - 1 dicembre 2016
- la nota prot. n. 70010 del 19/12/2016 con la quale la Direzione della Asl Roma 6, nel cui territorio il DCA n. U00320/2016 rileva un’offerta di p.r. in hospice pari a n. 53, costituiti da n. 35 p.r. con onere a carico del SSR e n. 18 p.r. in programmazione, comunica che, *“...considerate le difficoltà legate al consolidamento strutturale del presidio Casa della Salute di Rocca Priora e l’attuale presenza di 35 posti residenziali di Hospice nell’area nord-est del territorio della ASL (Rocca di Papa, Montecompatri, Grottaferrata), la Direzione Aziendale sta valutando l’opportunità di avviare una diversa programmazione...Visto il fabbisogno rappresentato dal DCA n. U00320 del 24 ottobre 2016, si intende sospendere la programmazione dei 18 posti residenziali presso la Casa della Salute di Rocca Priora e trasferire tale programmazione...in zona costiera presso il presidio di Villa Albani di Anzio. Tenuto anche conto dell’assoluta mancanza di Hospice nella zona. In tale presidio, coerentemente a quanto indicato nel su citato DCA (43 PR), si possono attivare 9 posti residenziali pari ad un modulo organizzativo”;*
- la nota prot. n. 92027 del 21/12/2016 con la quale la Direzione della ASL di Viterbo comunica che *“è stato sottoscritto con l’Azienda ASL 4 di Civitavecchia l’accordo convenzionale per la gestione di posti letto ed hospice in base al Decreto del Commissario ad Acta U00320 del 24.10.2016. In particolare si precisa che sono stati identificati 21 posti residenziali di hospice della complessiva dotazione accreditata nel territorio della Asl di Viterbo”;*
- i dati relativi al tasso di occupazione dei p.r. in hospice, rilevabili dai flussi informativi attualmente disponibili;

RITENUTO, pertanto, necessario

- rivedere ed aggiornare, in ottemperanza alle indicazioni del DCA n. U00320/2016, il quadro programmatorio regionale in materia di p.r. in hospice, come da tabella di seguito riportata, assicurando anche per Roma Capitale una razionale distribuzione dell'offerta, che tenga conto del riequilibrio territoriale dell'offerta delle singole Aziende Sanitarie Locali, nonché dell'appropriato utilizzo degli hospice quali strutture di "prossimità", nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie;

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI IN HOSPICE - ANNO 2017								
AZIENDA SANITARIA LOCALE		FABBISOGNO (1.7 / 56 deceduti oncologici)		OFFERTA COMPLESSIVA			DIFFERENZA FABBISOGNO OFFERTA	NUOVA PROGRAMMAZIONE
				p.r. pubblici e privati con onere a carico del SSR	p.r. in programmazione	p.r. da accordi interaziendali		
C A R P O I M T A A L E	ROMA 1	259	85	101			16	0
	ROMA 2		116	19	10		-87	-71
	ROMA 3		58	51			-7	-7
	ROMA 4		23	0		21	-2	-2
	ROMA 5		41	19			-22	-22
	ROMA 6		43	35	9		1	1
	VT		24	45		-21	0	0
	RI		16	10			-6	-6
	LT		44	39			-5	-5
	FR		44	23	10		-11	-11
<b>TOTALE</b>		<b>494</b>		<b>342</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>-123</b>	
				<b>371</b>				

- stabilire che le Aziende Sanitarie Locali Roma 2, Roma 5 e Frosinone, che presentano una carenza rispetto al fabbisogno stimato, uguale o superiore a 9 p.r. (modulo minimo), dovranno produrre un piano locale programmatorio entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente decreto, con la definizione dei criteri di distribuzione territoriale dell'offerta, prevedendo successive modalità di accreditamento e accordo contrattuale, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia, nonché con quanto definito dal DCA U00360/2016;
- stabilire, altresì, che le restanti Aziende Sanitarie Locali in carenza di offerta inferiore a 9 p.r. potranno, nel rispetto della normativa vigente, presentare proposte di ampliamento di strutture già contrattualizzate;
- avviare le procedure relative al rilascio dei pareri di funzionalità con il fabbisogno di assistenza di cui alla LR 4/2003, successivamente alla presentazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei summenzionati piani;

- prevedere una successiva azione di verifica e monitoraggio dell'effettivo utilizzo dei p.r. in hospice attivi sul territorio regionale

## DECRETA

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

- rivedere ed aggiornare, in ottemperanza alle indicazioni del DCA n. U00320/2016, il quadro programmatorio regionale in materia di p.r. in hospice, come da tabella di seguito riportata, assicurando anche per Roma Capitale una razionale distribuzione dell'offerta, che tenga conto del riequilibrio territoriale dell'offerta delle singole Aziende Sanitarie Locali, nonché dell'appropriato utilizzo degli hospice quali strutture di "prossimità", nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie;

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI IN HOSPICE - ANNO 2017							
AZIENDA SANITARIA LOCALE		FABBISOGNO (1.7 / 56 deceduti oncologici )	OFFERTA COMPLESSIVA			DIFFERENZA FABBISOGNO OFFERTA	NUOVA PROGRAMMAZIONE
			pr. pubblici e privati con onere a carico del SSR	pr. in program mazione	pr da accordi interazien dali		
C A R P O I M T A L E	ROMA 1	259	85	101		16	0
	ROMA 2		116	19	10	-87	-71
	ROMA 3		58	51		-7	-7
	ROMA 4		23	0	21	-2	-2
	ROMA 5	41	19		-22	-22	
	ROMA 6	43	35	9	1	1	
	VT	24	45	-21	0	0	
	RI	16	10		-6	-6	
	LT	44	39		-5	-5	
	FR	44	23	10	-11	-11	
TOTALE		494	342	29	0	-123	
			371				

- stabilire che le Aziende Sanitarie Locali Roma 2, Roma 5 e Frosinone, che presentano una carenza rispetto al fabbisogno stimato, uguale o superiore a 9 p.r. (modulo minimo), dovranno produrre un piano attuativo locale entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente decreto, con la definizione dei criteri di distribuzione territoriale dell'offerta, prevedendo successive modalità di accreditamento e accordi contrattuali, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia, nonché con quanto definito dal DCA U00360/2016;
- stabilire, altresì, che le restanti Aziende Sanitarie Locali in carenza di offerta inferiore a 9 p.r. potranno, nel rispetto della normativa vigente, presentare proposte di ampliamento di strutture già contrattualizzate;
- avviare le procedure relative al rilascio dei pareri di funzionalità con il fabbisogno di assistenza di cui alla L.R. 4/2003, successivamente alla presentazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei summenzionati piani;
- prevedere una successiva azione di verifica e monitoraggio dell'effettivo utilizzo dei p.r. in hospice attivi sul territorio regionale.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta), ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi), dalla sua pubblicazione.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti