

Dossier



Le cure palliative

Inquadramento normativo e dati di contesto



Versione n. 1 del 12/06/2026

Il presente documento è stato elaborato a cura del Servizio attività e rapporti istituzionali – Area studi e ricerche

Nominativo	Ruolo	Tel	E-mail
Alessandro Rota	Dirigente capo Servizio attività e rapporti istituzionali	041 270 1222	sari@consiglioveneto.it
Cinzia Vianello	Responsabile U.O.O. Valutazione Politiche Pubbliche	041 270 1359	vianello@consiglioveneto.it
Roberta Bartoloni	Funzionario amministrativo	041 270 1696	bartolonir@consiglioveneto.it
Giovanna Porcino	Funzionario amministrativo	041 270 1671	porcinog@consiglioveneto.it
Arianna Zanon	Funzionario amministrativo	041 270 1433	zanona@consiglioveneto.it

Indice

1. INTRODUZIONE	5
CURE PALLIATIVE, SEDAZIONE PALLIATIVA, FINE VITA ED EUTANASIA.....	5
2. NORMATIVA COMUNITARIA	7
3. NORMATIVA NAZIONALE	9
I PRINCIPI DELLA LEGGE N. 38/2010.....	9
L'ACCREDITAMENTO NELLE RETI DI CURE PALLIATIVE	11
LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DAL PNRR E LE CURE PALLIATIVE.....	11
<i>Il D.M. 23 maggio 2022, n. 77</i>	12
I PIANI DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE	13
4. LA DISCIPLINA DELLE CURE PALLIATIVE NELLA REGIONE DEL VENETO.....	15
5. FORMAZIONE, FABBISOGNI E STANDARD DI PERSONALE NELLE CURE PALLIATIVE	18
IL PERCORSO FORMATIVO DEI MEDICI PALLIATIVISTI	18
<i>La formazione dei volontari</i>	19
STANDARD DI PERSONALE E FABBISOGNO DI MEDICI PALLIATIVISTI	19
6. MONITORAGGIO NAZIONALE E REGIONALE SULLE CURE PALLIATIVE: ALCUNI DATI CHIAVE	22
DATI AGENAS	23
DATI REGIONE VENETO	27
DATI AZIENDA ZERO	28
DATI SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE	35
7. SPUNTI BIBLIOGRAFICI	38
SITOGRAFIA DI MINIMA	38
MONOGRAFIE	38
ARTICOLI	39
RISORSE DIGITALI	40

Executive summary

Il presente dossier fornisce un inquadramento organico del tema delle **cure palliative** in Italia e nella Regione del Veneto, con particolare attenzione agli aspetti normativi, organizzativi e ai fabbisogni di personale, nonché ai principali dati disponibili sullo stato di attuazione dei servizi.

Dopo una breve introduzione, il documento analizza il quadro normativo europeo, nazionale e regionale, evidenziando il ruolo della legge n. 38/2010 e delle più recenti riforme legate al PNRR (in particolare il D.M. 77/2022).

Una sezione è dedicata alla **formazione e al fabbisogno dei professionisti**, con approfondimento sulla figura del medico palliativista e sulle criticità legate alla carenza di personale.

Il dossier si conclude con una ricognizione dei **principali dati provenienti dai sistemi di monitoraggio nazionali e regionali** (Agenas, Regione Veneto, Azienda Zero, SER), al fine di offrire un quadro sintetico del livello di sviluppo delle reti di cure palliative.

1. Introduzione

Le **cure palliative** costituiscono un insieme di **interventi sanitari e socio-assistenziali finalizzati a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche, evolutive o terminali e dei loro familiari**.

L'approccio palliativo non mira alla guarigione della patologia, bensì alla gestione dei sintomi, al controllo del dolore e al supporto psicologico della persona malata.

Il termine “palliativo” richiama, anche sul piano etimologico (dal latino *pallium*, “mantello”), l'idea di protezione e accompagnamento. In linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le cure palliative si configurano come un approccio globale volto a prevenire e alleviare la sofferenza attraverso l'identificazione precoce, la valutazione accurata e il trattamento dei bisogni fisici, psicosociali e spirituali.

Negli ultimi decenni la **crescente incidenza di malattie croniche** (patologie oncologiche, malattie neurodegenerative, insufficienza cardiaca o respiratoria cronica) e **l'invecchiamento della popolazione** hanno reso le cure palliative un elemento centrale dei sistemi sanitari contemporanei.

Cure palliative, sedazione palliativa, fine vita ed eutanasia

Il tema delle cure palliative si colloca al crocevia tra diritto sanitario e bioetica ed è frequentemente al centro del dibattito sul fine vita, in particolare in relazione alla pratica della sedazione palliativa, spesso richiamata – anche se impropriamente – in connessione con il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia.

Sebbene le cure palliative non siano più considerate prerogativa esclusiva della fase terminale della malattia, è proprio in tale fase che esse assumono un ruolo centrale, diventando il principale approccio terapeutico a tutela del paziente. Nei casi più gravi, può rendersi necessario il ricorso alla **sedazione palliativa**, procedura terapeutica consistente nella riduzione o abolizione intenzionale dello stato di coscienza del paziente, finalizzata ad alleviare sofferenze causate da sintomi refrattari – ossia non più responsivi ad alcun trattamento – di natura fisica e/o psichica, che insorgono nella fase avanzata o terminale della malattia o in seguito alla sospensione di trattamenti di sostegno vitale. La sedazione può essere modulata in relazione alle condizioni cliniche e agli obiettivi terapeutici, distinguendosi in **moderata o profonda** (a seconda del grado di riduzione della coscienza) e in **temporanea, intermittente o continua** ove protratta fino alla morte del paziente.

La sedazione palliativa, in particolare nella sua forma profonda e continua, deve intendersi distinta dall'eutanasia e dal suicidio medicalmente assistito, non solo per le modalità di attuazione (farmaci utilizzati, tempo intercorrente tra somministrazione del farmaco e decesso, etc.), ma soprattutto per l'intenzione con cui viene messa in atto la pratica: **nell'eutanasia e nel suicidio assistito l'intenzione è di porre termine alla vita, nel caso della sedazione palliativa è di dare sollievo** dalla sofferenza, controllando il sintomo refrattario. Le pratiche non sono pertanto assimilabili.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha più volte ribadito tale distinzione, evidenziando, al contempo, il ruolo delle cure palliative come risposta terapeutica appropriata alla sofferenza nelle fasi finali della vita e come possibile alternativa a richieste di anticipazione del morire. In questa prospettiva, è stato sottolineato come debba essere garantita l'offerta di percorsi palliativi adeguati prima di ogni eventuale valutazione di accesso ad altre pratiche, fermo restando il diritto del paziente di accettare o rifiutare le cure¹.

Il legame tra cure palliative e fine vita volontario emerge anche nel dibattito normativo in corso. In particolare, **nel disegno di legge attualmente all'esame del Senato in materia di fine vita, l'accesso alle cure palliative è previsto come requisito essenziale per la richiesta di accesso al suicidio medicalmente assistito.**

¹ Sul tema della sedazione profonda, si rimanda alle "[Linee guida sulla sedazione palliativa nell'adulto](#)" emanate a maggio 2023 dall'Istituto Superiore di Sanità, che costituiscono la base per la redazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) a livello locale, e al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica "[Sedazione profonda continua nell'imminenza della morte](#)" del 29 gennaio 2016.

2. Normativa comunitaria

Le cure palliative rappresentano un ambito fondamentale delle politiche sanitarie europee, ma la loro regolazione normativa presenta caratteristiche specifiche dovute alla ripartizione delle competenze tra Unione europea e Stati membri.

L'analisi del contesto comunitario evidenzia come **non esista una disciplina vincolante e uniforme a livello dell'Unione europea. Tuttavia, nel corso degli anni si è sviluppato un patrimonio significativo di raccomandazioni, standard, orientamenti politici e iniziative di sostegno** che costituiscono un quadro europeo di riferimento per la definizione e l'organizzazione delle cure palliative.

La regolazione dei sistemi sanitari non rientra tra le competenze legislative dirette dell'Unione europea, pertanto, gli Stati membri mantengono la piena responsabilità dell'organizzazione, gestione e finanziamento dei servizi sanitari, inclusi quelli relativi alle cure palliative. Il Parlamento europeo sottolinea espressamente come **l'UE possa agire solo in modo complementare rispetto ai sistemi nazionali**, attraverso iniziative di coordinamento, finanziamento e sostegno tecnico.

Nonostante questa limitazione, le istituzioni europee hanno più volte richiamato l'importanza delle cure palliative nel garantire equità, qualità dell'assistenza e tutela dei diritti dei pazienti, sollecitando gli Stati membri ad adottare strategie nazionali integrate e a migliorare la formazione degli operatori sanitari e l'accesso alle terapie del dolore. Tra i documenti e progetti più rilevanti:

- **La Comunicazione della Commissione Europea [European Care Strategy \(COM/2022/440\)](#)**: fissa gli obiettivi per garantire servizi di assistenza di alta qualità, accessibili e convenienti in tutta l'Unione. Il documento menziona la necessità di potenziare l'assistenza a lungo termine e le **unità di cure palliative domiciliari**, oltre a migliorare le condizioni di lavoro e la formazione continua degli operatori sanitari;
- **Il documento programmatico della Commissione Europea [Europe's Beating Cancer Plan \(COM/2021/44\)](#)**, all'interno del quale viene posto un forte accento sull'**integrazione precoce delle cure palliative** e sul supporto psicologico e sociale per i malati e le famiglie, stanziando fondi specifici per ridurre le disuguaglianze tra gli Stati membri. La recente Risoluzione del Parlamento Europeo [European Parliament - Resolution on World Cancer Day](#) (febbraio 2026) ne chiede il pieno finanziamento e l'applicazione omogenea;
- **Lo studio del Parlamento Europeo del 2011 [Palliative Care in the European Union](#)**, che esamina gli ostacoli legislativi e amministrativi che frenano lo sviluppo delle cure palliative nei vari Stati membri dell'UE, con particolare attenzione alle barriere normative sull'uso delle terapie del dolore e dei farmaci oppioidi
- La dichiarazione [Palliative Care 2020](#), documento programmatico presentato a Bruxelles il 15 ottobre 2014, all'esito dei progetti di ricerca finanziati dall'Unione Europea IMPACT e EUROIMPACT per migliorare l'accesso ai servizi palliativi;

- Il progetto [**JANE-2**](#) (Joint Action on Networks of Expertise on Cancer), che affronta la gestione del cancro a 360 gradi, concentrandosi anche sull'ottimizzazione della qualità della vita e della terapia del dolore per i pazienti in fase avanzata di malattia.

Accanto all'azione dell'Unione europea, un contributo rilevante proviene dal Consiglio d'Europa, che ha riconosciuto **l'accesso alle cure palliative come elemento fondamentale del diritto alla salute e della dignità della persona**. Le raccomandazioni di questo organismo hanno contribuito a diffondere nell'area europea una visione condivisa del ruolo delle cure palliative, delineandone principi, obiettivi e requisiti essenziali. Si veda, in particolare, la [**Risoluzione del Consiglio d'Europa n. 2249 \(2018\)**](#) sull'offerta di cure palliative, che riconosce le cure palliative come parte integrante del diritto alla salute e della tutela della dignità umana.

3. Normativa nazionale

I principi della Legge n. 38/2010

Con la [Legge 15 marzo 2010 n. 38](#) “*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”, l'Italia si è dotata di un quadro organico di principi e disposizioni normative per garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo e della terapia del dolore, per il malato e la sua famiglia, tra i primi adottati in Europa.

Tuttavia, la legge citata è stata approvata dopo una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore a livello nazionale.

In primo luogo, il [decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450](#), convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, primo atto normativo in materia di assistenza palliativa, prevedeva che venisse adottato un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto alla qualità della vita, prioritariamente per i pazienti affetti da tumori in fase terminale e ai loro familiari.

Il provvedimento è stato seguito dal [decreto del Ministro della salute del 28 settembre 1999](#), recante “*Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*” e dal [DPCM 20 gennaio 2000](#), avente ad oggetto “*Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*”

Il 19 aprile 2001 è quindi intervenuto l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata sulle “[Linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative](#)”.

In ambito pediatrico, la specificità dei **bisogni assistenziali del bambino** ha portato alla definizione dell'[Accordo tra il Governo e le Regioni del 27 giugno 2007](#) in materia di cure palliative pediatriche, sia del successivo [documento tecnico del 20 marzo 2008](#) che evidenzia l'approccio multidisciplinare richiesto dall'assistenza ai pazienti pediatrici.

Con la successiva approvazione della [Legge 15 marzo 2010 n. 38](#) sono stati introdotti alcuni principi e linee guida omogenee su tutto il territorio nazionale, impegnando il sistema sanitario a occuparsi di cure palliative (CP) e terapia del dolore (TDD) in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita e per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se vi sono, risultano inadeguate ai fini della stabilizzazione della malattia.

Si tratta di **una legge fortemente innovativa, che per la prima volta tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**, al fine di assicurare alla **persona malata e alla sua famiglia**: il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata, un'adeguata risposta al bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza alle specifiche esigenze individuali, un sostegno adeguato sanitario e socio-assistenziale.

L'art. 2, comma 1, lettera a), della Legge 38/2010 definisce le **cure palliative** come:

"l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici".

Con questa legge si traccia una via precisa per umanizzare la cura e si danno indicazioni organizzative volte a dare forma e sostanza al percorso assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore sia per gli adulti che per l'età pediatrica, su tutto il territorio nazionale, anche se con delle differenze nei modi di pianificarle, organizzarle e gestirle.

Tra le innovazioni introdotte dalla legge n. 38:

- creazione della **rete nazionale di cure palliative**;
- integrazione tra assistenza **ospedaliera, domiciliare e residenziale**;
- sviluppo di **strutture e servizi specializzati (inclusi gli hospice)**;
- attenzione alle **cure palliative pediatriche**;
- semplificazione delle procedure per l'accesso ai farmaci analgesici oppioidi impiegati nella terapia del dolore.

Focus n. 1

La Sezione O del Comitato tecnico sanitario (CTS) del Ministero della salute

L'articolo 9 della legge 15 marzo 2010, n. 38 ha previsto l'attivazione, presso il Ministero della salute, di specifiche funzioni di monitoraggio in materia di cure palliative e terapia del dolore, anche mediante l'istituzione di una **Commissione nazionale dedicata**.

Successivamente, il [DPR 28 marzo 2013, n. 44](#), recante il *Regolamento di riordino degli organi collegiali e degli altri organismi operanti presso il Ministero della salute*, ha ricondotto le competenze già attribuite alla Commissione nazionale sulla legge n. 38/2010 **all'interno del Comitato tecnico sanitario (CTS)**, nuovo organismo tecnico-consultivo istituito presso il Ministero.

Il CTS è articolato in diverse sezioni tematiche. Tra queste, la **Sezione O** è specificamente dedicata all'attuazione dei principi contenuti nella legge n. 38/2010. Essa svolge le attività di monitoraggio al fine di valutare l'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, il livello di attuazione delle linee guida e degli indirizzi nazionali, lo stato di realizzazione e sviluppo delle reti assistenziali previste dagli Accordi della Conferenza Stato regioni, con specifica attenzione al superamento delle **disomogeneità territoriali** e all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica ed adolescenziale.

Ai sensi del [DM 8 agosto 2013](#), la Sezione O è composta da 14 membri designati dal Ministro della Salute, di cui 10 esperti (tra cui uno psicologo) e 4 rappresentanti ministeriali. La composizione del Comitato e delle sue Sezioni, ricostituita con [DM 14 luglio 2025](#), è stata da ultimo modificata e integrata con [DM 28 novembre 2025](#).

Si evidenzia inoltre che, come riconosciuto dal [DPCM 29 novembre 2001](#), poi riconfermato dal [DPCM 12 gennaio 2017](#), tanto le cure palliative domiciliari quanto

l'assistenza residenziale in hospice o nelle strutture territoriali alle persone nella fase terminale della vita costituiscono **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, in quanto prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

L'accreditamento nelle reti di cure palliative

In attuazione dell'articolo 5 della legge 38/2010, l'accreditamento delle reti di cure palliative e di terapia del dolore si configura come il processo di definizione e applicazione di requisiti e standard organizzativi finalizzati all'integrazione delle strutture assistenziali all'interno delle reti di cure palliative, al fine di garantire un'assistenza appropriata, continua e di qualità ai pazienti e alle loro famiglie.

Il quadro normativo relativo all'accreditamento si è consolidato con gli accordi raggiunti in Conferenza Stato-regioni: l'[Accordo del 27 luglio 2020](#) sull'accreditamento della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore e con l'[Accordo 25 marzo 2021](#) sull'accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatrica.

Tali Accordi prevedono la gestione dei **percorsi assistenziali integrati**, riconducendo a unitarietà il governo del piano assistenziale individuale. Sono identificate precise responsabilità in merito al coordinamento del percorso per garantire la continuità delle cure, la sicurezza e la qualità degli interventi con un'organizzazione modulata sui bisogni del paziente, flessibile e pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e dei familiari e capace di guidarli nella complessità dei servizi.

Questi Accordi completano i provvedimenti che riguardano gli elementi e i principi di accreditamento dei servizi e delle strutture che compongono le reti, individuati con l'[Intesa del 25 luglio 2012](#), e si inquadrano nell'ambito del più ampio sistema di accreditamento delle strutture sanitarie, di cui all'[Intesa del 19 febbraio 2015](#), che contiene un preciso riferimento allo sviluppo delle reti assistenziali di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e per quello pediatrico.

La riforma dell'assistenza territoriale dal PNRR e le cure palliative

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel 2021, costituisce il principale intervento di riforma e investimento del sistema sanitario italiano degli ultimi anni. Esso si articola in sei Missioni, tra le quali la **Missione 6 – Salute**, che include la **Componente 1 (M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale)**, specificamente orientata al rafforzamento dell'assistenza territoriale.

La M6C1 prevede un insieme organico di interventi finalizzati a:

- potenziare l'offerta sanitaria territoriale mediante nuove strutture (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali);
- sviluppare l'assistenza domiciliare;
- rafforzare l'utilizzo della telemedicina;
- integrare i servizi sanitari con quelli socio-sanitari.

A tali obiettivi si accompagna una [riforma dell'assistenza territoriale](#), volta a definire un **nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria**, e individuare **standard uniformi su base nazionale** (strutturali, tecnologici, organizzativi).

Il D.M. 23 maggio 2022, n. 77

La riforma è stata attuata mediante il [Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77](#), che ha adottato il *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Il decreto individua:

- nell'**Allegato 1** (con valore descrittivo) i modelli organizzativi della nuova assistenza territoriale;
- nell'**Allegato 2** (con valore prescrittivo) gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

Tra i contenuti della riforma assume rilievo la disciplina della **Rete delle cure palliative**, inserita a pieno titolo nel nuovo assetto territoriale.

Il decreto prevede che la rete delle cure palliative sia costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice, precisando che le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e **non sono prerogativa della fase terminale della malattia**. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

L'elemento centrale del modello organizzativo individuato all'**Allegato 1** è la **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**, definita come aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali del territorio (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice). La **governance** della RLCP è organizzata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

L'**Allegato 2** prevede invece i seguenti standard vincolanti per l'organizzazione dell'assistenza da parte della Rete di cure palliative:

Standard strutturali

- **1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;**
- **1 hospice con 8–10 posti letto ogni 100.000 abitanti.**

Standard di personale

L'erogazione dell'assistenza, nel quadro delle risorse disponibili, è assicurata:

- **in strutture di degenza ospedaliera:** attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;

- **in ambito ambulatoriale:** dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative;
- **a domicilio del paziente:** attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7;
- **nelle strutture residenziali e negli Hospice** con standard di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

I piani di potenziamento delle cure palliative

Infine, l'art. 1, comma 83, della **Legge di Bilancio 2023** ([L. n. 197/2022](#)) ha integrato la legge 38/2010 stabilendo che le regioni presentino, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative con l'obiettivo di raggiungere, entro il 2028, il 90% della popolazione interessata, con monitoraggio semestrale da parte dell'**Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)**.

Focus n. 2

Il disegno di legge nazionale sul suicidio medicalmente assistito e il rafforzamento delle cure palliative

Nel tentativo di dare attuazione ai principi delineati dalla Corte costituzionale in materia di fine vita, nel corso degli ultimi anni sono state presentate numerose proposte di legge a livello statale, senza che si sia ancora giunti all'approvazione di una disciplina organica.

Nell'attuale legislatura, sono all'esame delle Commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 10^a (Affari sociali) del Senato sette disegni di legge (S.65 Parrini, S.104 Bazoli, S.124 Pirro, S.570 De Cristofaro, S.1083 Paroli, S.1408 Gelmini e S.1597 di iniziativa popolare), il cui iter è stato avviato nell'aprile 2024 e sviluppato attraverso un ampio ciclo di audizioni. Il 2 luglio 2025 è stato adottato un [testo unificato](#) come base per il prosieguo dell'esame, sul quale i lavori parlamentari risultano tuttora in corso.

Il **testo unificato** propone una disciplina limitata alla non punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di condizioni rigorose, tra cui l'obbligatoria inclusione del paziente in un percorso di cure palliative.

Proprio questo elemento stabilisce un collegamento diretto con il quadro normativo sulle cure palliative e, in particolare, con gli obiettivi di potenziamento introdotti dalla legge di bilancio 2023. Infatti, l'accesso effettivo e universale alle cure palliative viene configurato come **presupposto imprescindibile** per qualsiasi valutazione relativa al suicidio medicalmente assistito.

In coerenza con tale impostazione, l'articolo 3 del disegno di legge interviene direttamente sulla legge 38/2010 rafforzando i meccanismi di attuazione dei piani regionali già previsti, proponendo:

- **l'utilizzo integrale delle risorse vincolate** del Fondo sanitario nazionale destinate alle cure palliative, con obbligo di restituzione delle somme non impiegate;
- l'istituzione presso AGENAS di un **osservatorio nazionale** per il monitoraggio dei piani regionali, con obblighi di rendicontazione al Governo e al Parlamento;

- l'introduzione di **meccanismi sostitutivi e sanzionatori**, tra cui la nomina di commissari ad acta per le regioni inadempienti o il mancato raggiungimento degli obiettivi.

In questo senso, il disegno di legge sul suicidio medicalmente assistito non si limita a disciplinare una fattispecie penalistica, ma contribuisce a **ridefinire il ruolo delle cure palliative come livello essenziale e preliminare di tutela**, condizionando a esse qualsiasi possibile accesso alle pratiche di fine vita.

4. La disciplina delle cure palliative nella Regione del Veneto

La Regione del Veneto ha intrapreso da tempo un articolato percorso per lo sviluppo delle cure palliative e la lotta al dolore per assistere adeguatamente la complessità e molteplicità dei bisogni clinico-assistenziali dei malati ed assicurare a loro e ai loro familiari una migliore qualità di vita, in modo equo e uniforme.

Già con DGR n. 4029/2003 la Regione ha attivato la rete regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale ed ha istituito, per prima in Italia, il [Centro di riferimento regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica](#), presso l'Azienda ospedaliera di Padova.

Con la [Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7](#), la Regione ha istituito la **Rete Regionale di Cure Palliative** e ha previsto, altresì, l'istituzione:

- del **Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore**, costituito con successiva [DGR n. 2516/2009](#), in seguito rinnovato e da ultimo aggiornato nella composizione con [DGR n. 836/2024](#);
- della **Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore**, quale supporto tecnico del Coordinamento, costituita con [DGR n. 2145/2013](#) in seguito rinnovata e da ultimo aggiornata con [DGR n. 836/2024](#).

Con [DGR n. 208/2017](#) la Regione del Veneto ha ulteriormente definito il proprio modello assistenziale di Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore. La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** rappresenta il modello organizzativo scelto per garantire il diritto universale all'accesso alle cure palliative, sancito dalla legge regionale n. 7/2009 e dalla legge n. 38/2010.

La RLCP è configurata come **un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali** nell'ambito del territorio di ogni Azienda socio-sanitaria, con l'obiettivo di assicurare risposte appropriate, personalizzate e tempestive ai bisogni complessi dei pazienti con patologie evolutive e inguaribili e delle loro famiglie secondo i concetti di prossimità, continuità e presa in carico integrata. I diversi setting che trovano integrazione nella RLCP sono quelli **domiciliare, territoriale, residenziale ed ospedaliero**, ognuno con le proprie strutture afferenti.

Il **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 della Regione Veneto** ([PSSR 2019-2023](#)- approvato con Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018) attribuisce alle cure palliative un ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire continuità delle cure e presa in carico integrata dei pazienti con patologie croniche avanzate.

Il piano individua nel distretto sanitario il principale luogo di coordinamento delle attività assistenziali territoriali, all'interno del quale operano medicine di gruppo, team di assistenza primaria, servizi di cure domiciliari ed équipe di cure palliative. Viene sottolineata l'importanza del supporto psicologico ai pazienti nelle fasi terminali della malattia e ai loro familiari, anche nei mesi successivi al decesso, prevedendo la presenza di adeguate figure professionali nelle reti di cure palliative e programmi di formazione per il personale.

Per la gestione della cronicità complessa e avanzata, è prevista la costituzione di team multiprofessionali afferenti al distretto, composti da specialisti, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti, con il **coinvolgimento del medico di medicina generale** nella definizione del piano assistenziale individuale.

L'Unità di Cure Palliative assume un ruolo di coordinamento della rete locale, garantendo la continuità tra cure palliative di base e specialistiche e tra i diversi setting assistenziali, favorendo il ricorso alle cure domiciliari e agli hospice e riducendo l'ospedalizzazione.

Si riportano di seguito gli altri principali provvedimenti adottati a livello regionale in materia, distinti per ambito di intervento:

Accreditamento delle reti:

- *Approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative* ([DGR n. 1636/2022](#));
- *Approvazione dei requisiti generali di qualificazione per l'accREDITAMENTO della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche* ([DGR n. 1262/2023](#)).

Riforma dell'assistenza territoriale e cure palliative domiciliari:

- *Approvazione del documento "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77* ([DGR n. 277/2024](#));
- *Approvazione del documento "Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito delle linee di indirizzo definite dalla DGR n.277 del 21 marzo 2024* ([DDR n. 50/2025](#)).

Piani di potenziamento cure palliative (ex art. 1, c. 83, Legge di bilancio 2023)

- *Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2023* ([DGR n. 993/2023](#));
- *Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2024* ([DGR n. 68/2024](#));
- *Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2025* ([DGR n. 62/2025](#));
- *Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2026* ([DGR n. 26/2026](#)).

Per una ricognizione completa del **quadro regolatorio delle altre regioni italiane** si rimanda all'elaborazione AGENAS del 2022 ([Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative - Allegato n.1 - Ricognizione della normativa regionale](#))

In questa sede ci si limita ad evidenziare che, **oltre alla Regione del Veneto, solo le seguenti regioni sono intervenute in via legislativa**, adottando una legge regionale specificamente dedicata al tema delle cure palliative:

1. **Marche:** [L.R. n. 7/2019](#) *“Disposizioni per garantire una buona vita fino all'ultimo e l'accesso alle cure palliative nella regione Marche”*
2. **Friuli-Venezia Giulia:** [L.R. n. 10/2011](#) *“Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*

5. Formazione, fabbisogni e standard di personale nelle cure palliative

Il percorso formativo dei medici palliativisti

Per “medico palliativista” si intende il medico specificamente formato nella presa in carico di persone affette da patologie inguaribili o ad andamento cronico-degenerativo, con bisogni complessi di tipo clinico, assistenziale e relazionale. Tale figura professionale è caratterizzata da un insieme integrato di competenze cliniche, comunicative, psicologiche e organizzative, necessarie per garantire un approccio globale alla persona malata e al suo nucleo familiare².

Nel modello organizzativo delle reti locali di cure palliative, tale figura opera stabilmente all'interno di équipe multidisciplinari su base distrettuale. La presa in carico è infatti assicurata da gruppi di lavoro generalmente composti da medico di medicina generale, medico palliativista, infermiere, psicologo e assistente sociale, cui possono affiancarsi ulteriori professionisti in relazione ai bisogni del paziente. In questo contesto, il palliativista contribuisce in modo determinante alla definizione degli obiettivi di cura, alla gestione dei sintomi complessi e al coordinamento degli interventi.

Sul piano normativo, la legge 15 marzo 2010, n. 38 rappresenta il riferimento principale anche per quanto riguarda la formazione. L'articolo 8 prevede infatti l'attivazione di percorsi finalizzati a garantire un'adeguata preparazione dei professionisti sanitari nelle cure palliative e nella terapia del dolore.

In attuazione di tali disposizioni, l'[Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013](#) ha istituito la **disciplina “Cure palliative”** ai fini dell'accesso del personale medico dirigente alle strutture della rete. Parallelamente, il [decreto ministeriale 28 marzo 2013](#) ha formalmente inquadrato la disciplina, collocandola nell'area della medicina diagnostica e dei servizi e individuando le principali specialità equipollenti, tra cui anestesia e rianimazione, ematologia, geriatria, malattie infettive, medicina interna, neurologia, oncologia, pediatria e radioterapia.

Per lungo tempo, in assenza di una specifica scuola di specializzazione, l'accesso alla professione è avvenuto proprio attraverso tali percorsi specialistici, integrati da ulteriori esperienze formative. In questo contesto hanno avuto un ruolo centrale i **Master universitari in cure palliative**, istituiti con i [decreti ministeriali 4 aprile 2012](#), che hanno contribuito a strutturare un'offerta formativa dedicata per medici già specializzati e altri professionisti coinvolti nelle reti.

Nel corso della fase transitoria che ha anticipato l'istituzione della Scuola di specializzazione, è stato necessario ricorrere a specifiche **“deroghe” legislative per riconoscere le competenze professionali** maturate sul campo e garantire la continuità dei servizi. A tal fine, la Legge di Stabilità 2014 ([L. n. 147/2013](#), art. 1, comma 425) ha disposto che fossero idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate i medici, anche in assenza di specializzazione, che alla data di entrata in vigore della stessa legge possedessero

² Un primo riferimento sistematico alle competenze del palliativista è rappresentato dal [“Core curriculum del medico palliativista”](#), elaborato dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) nel 2012.

almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla Regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della Salute³. A seguito dell’emanazione del [DM 4 giugno 2015](#), con il quale sono stati individuati detti criteri, la Regione Veneto ha regolamentato le procedure per il rilascio delle certificazioni con DGR n. 541/2016. Ulteriori deroghe sono state successivamente previste dalla Legge di Bilancio 2019 ([L. n. 145/2018](#), art. 1, comma 522), poi disciplinate con [DM 30 giugno 2021](#) e, a livello regionale, con [DGR n. 1425/2021](#).

Solo in una fase più recente il legislatore è intervenuto per colmare il vuoto relativo alla formazione specialistica dedicata. Con l’articolo 5-ter del [decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#) (c.d. Decreto Rilancio) è stata infatti istituita, a partire dall’anno accademico 2021/2022, la **Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative**, aperta ai laureati in medicina e chirurgia. La medesima disposizione ha introdotto inoltre il corso di cure palliative pediatriche nell’ambito delle scuole di specializzazione in pediatria.

La formazione dei volontari

Il sistema formativo si estende, inoltre, anche al di fuori delle professioni sanitarie in senso stretto. L’Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 9 luglio 2020 ha definito criteri uniformi per la **formazione del volontariato impegnato nelle cure palliative e nella terapia del dolore**, riconoscendo il ruolo fondamentale svolto dalle organizzazioni di volontariato nell’affiancare le équipe assistenziali e nel garantire supporto relazionale, prossimità e accompagnamento ai pazienti e alle loro famiglie. Tale Intesa è stata recepita dalla Regione Veneto con DGR n. 146/2021.

Standard di personale e fabbisogno di medici palliativisti

Accanto al tema dei percorsi formativi, assume crescente rilievo la questione della **disponibilità effettiva di professionisti** in grado di garantire l’erogazione delle cure palliative secondo standard adeguati su tutto il territorio nazionale.

Come già illustrato, la legge 29 dicembre 2022, n. 197 ha stabilito per le Regioni e le Province autonome l’obiettivo della copertura del 90% del fabbisogno di Cure Palliative, da raggiungere entro il 2028.

La quantificazione del fabbisogno è stata oggetto di uno specifico approfondimento tecnico da parte della **Sezione O del Comitato tecnico sanitario** del Ministero della Salute (si veda il Focus n. 1, *supra*). In risposta a un quesito formulato da alcune Regioni e veicolato da AGENAS, la Sezione ha stimato, per quanto riguarda le cure palliative specialistiche nell’adulto, un fabbisogno pari a **335 persone ogni 100.000 abitanti adulti/anno**. Ne deriva un obiettivo di presa in carico – coerente con la soglia del 90% – pari a circa **301 persone ogni 100.000 abitanti adulti/anno**.

³ Con il successivo [Accordo del 10 luglio 2014](#), la Conferenza Stato-Regioni ha individuato in modo puntuale le figure professionali coinvolte nelle cure palliative e nella terapia del dolore, contribuendo a definire la composizione delle équipe multidisciplinari e a chiarire i ruoli dei diversi operatori.

	Fabbisogno annuale stimato	Obiettivo copertura 2028 (90%)
CP Adulto	335/100.000 abitanti adulti	301/100.000 abitanti adulti
CP Pediatriche	18/100.000 abitanti totali	16/100.000 abitanti totali

Come già visto sopra, il DM 77/2022 individua quali standard strutturali per le Reti di cure palliative almeno una Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) e 8/10 posti letto hospice ogni 100.000 abitanti. Tali valori, tuttavia, non si accompagnano, nell'attuale quadro normativo, a una compiuta definizione degli **standard di personale**.

In tale contesto, la **Società Italiana di Cure Palliative (SICP)** ha elaborato nel 2024 una proposta di standard di personale per le équipe specialistiche delle Reti locali di cure palliative dell'adulto, basata sulla letteratura internazionale e sulle esperienze italiane disponibili e valida per tutte le Regioni⁴.

La proposta è relativa alle figure professionali del medico specialista e dell'infermiere facenti parte dell'équipe specialistica di CP dell'adulto nei diversi setting di cura.

Il calcolo effettuato dalla SICP tiene conto dei seguenti parametri:

<i>Stima del bisogno di CP</i>	335 persone/100.000 adulti/anno
<i>Numero ottimale di pazienti assistiti "in linea" (come attività complessiva) a domicilio da ogni infermiere strutturalmente o funzionalmente dedicato delle équipe specialistiche</i>	fra 7 e 8 pazienti
<i>Rapporto ottimale fra medico specialista e infermiere</i>	fra 1:2 e 1:3
<i>Sopravvivenza media dei pazienti assistiti a domicilio (utile per il calcolo del numero di teoriche "sostituzioni" dei pazienti ogni anno)</i>	circa 60 giorni
<i>Stima della percentuale di tempo-lavoro dedicata a compiti diversi da quelli di assistenza diretta ai pazienti</i>	30% del tempo-lavoro totale

Sulla base di tali elementi, per le RLCP dell'adulto, il documento individua il seguente fabbisogno di personale nei diversi setting ogni 100.000 abitanti adulti:

- **Ambito domiciliare:** 10,4 infermieri e 3,5 medici palliativisti in linea (con 7 pazienti in linea/infermiere e un rapporto fra medici e infermieri 1:3);
- **Hospice:** 6 infermieri e 1,6 medici palliativisti (rapportato allo standard di almeno 8 PL ogni 100.000 abitanti ex DM 77/2022);

⁴ Peruselli C. et. al., [*Standard di personale per le équipe specialistiche di cure palliative che operano nelle Reti locali di cure palliative per gli adulti. Raccomandazioni del Gruppo di Lavoro multidisciplinare della Società Italiana di Cure Palliative \(SICP\)*](#), in *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 2024, 26/1, pp-59-67.

- **Setting ospedaliero:** fabbisogno incrementabile alla luce delle modalità organizzative e dei volumi di attività eventualmente richiesti.

Per quanto attiene alla Regione Veneto, secondo l'ultimo Piano di potenziamento delle cure palliative⁵, gli standard nazionali e gli obiettivi di copertura si traducono, in un contesto che conta circa 4,9 milioni di abitanti, nella necessità di:

- **49 equipe assistenziali multiprofessionali dedicate (UCP-DOM)** per assicurare la continuità assistenziale a pazienti in cure palliative domiciliari specialistiche;
- un numero di posti letto hospice compreso **tra 390 e 488**.

In termini di presa in carico, l'obiettivo al 2028 fissato dalla legge n. 197/2022 implica il raggiungimento di:

- circa **12.400 pazienti adulti assistiti ogni anno**, a fronte di un bisogno stimato di cure palliative specialistiche di quasi 13.900 persone all'anno;
- **786 pazienti pediatrici**, a fronte di un bisogno stimato di cure palliative pediatriche specialistiche di circa 880 minori all'anno.

Va sottolineato che il bisogno potenziale di cure palliative complessivo, che include anche le cure palliative di base, è significativamente più elevato. Detto fabbisogno è stimato a livello regionale in circa **40.600 adulti** e tra 34 e 54 minori/100.000 abitanti per quanto riguarda la popolazione pediatrica⁶.

A questo si affianca il tema, particolarmente rilevante, della **disponibilità di medici specialisti**. Nonostante l'istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, il numero di nuovi ingressi rimane limitato. Secondo dati SICP, i contratti di formazione specialistica risultano ancora in larga parte non coperti: nel 2023 sono stati assegnati 37 posti su 170 disponibili, mentre nel 2025 la copertura è salita a 64 su 165 (15 sud e isole, 20 nordest, 18 nordovest e 11 al centro), ma con circa il 60% dei contratti ancora vacanti⁷.

Anche i dati sui medici specialisti attivi confermano la limitata diffusione della disciplina: nel 2024 risultavano attivi in Italia **594 medici specialisti in Medicina e cure palliative**, pari a circa **1 professionista ogni 100.000 abitanti** e allo **0,3% del totale degli specialisti attivi**, valori significativamente inferiori rispetto ai fabbisogni stimati⁸.

⁵ Allegato A, [DGR n. 26/2026](#), Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2026, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197.

⁶ Cfr. Allegato A, [DGR n. 26/2026](#), sezioni 3.1.1 e 3.1.2., pp. 8-9.

⁷ Cfr: <https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2025/10/sicp-formazione-universitaria-litalia-corre-ma-non-basta/>

⁸ Cfr: <https://www.istat.it/notizia/medici-specialisti/>

6. Monitoraggio nazionale e regionale sulle cure palliative: alcuni dati chiave

La legge quadro 15 marzo 2010, n. 38 affida al Ministero della Salute il compito di monitorare lo stato di attuazione delle cure palliative e della terapia del dolore. Tale attività, come già accennato, è svolta con il supporto della **Sezione O del Comitato tecnico sanitario** e in collaborazione con **Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)**, sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni e dalle Province autonome.

La normativa prevede, altresì, la trasmissione annuale al Parlamento di una relazione sullo stato di attuazione della legge. Tuttavia, l'ultima relazione disponibile risulta essere stata presentata nel gennaio 2019, con riferimento alle annualità 2015–2017⁹.

Un ulteriore sistema di monitoraggio è stato introdotto dal **decreto ministeriale n. 77/2022**, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, inclusa la rete delle cure palliative. Il decreto prevede un **monitoraggio del grado di attuazione degli standard**, affidato al Ministero della Salute per il tramite di Agenas. Quest'ultima è incaricata di elaborare una **relazione semestrale** sullo stato di implementazione degli standard previsti in riferimento all'assistenza territoriale, comprendente i dati relativi alle cure palliative offerte a domicilio.

Agenas è altresì responsabile del monitoraggio dell'attuazione dei **Piani annuali di potenziamento delle cure palliative**, predisposti dalle Regioni per il raggiungimento dell'obiettivo di copertura del 90% del fabbisogno entro il 2028, introdotto dalla legge 29 dicembre 2022, n. 197.

Il sistema di monitoraggio integra pertanto diverse fonti informative e tipologie di indicatori. Oltre agli indicatori derivanti dagli standard del D.M. 77/2022, vengono infatti utilizzati:

- indicatori relativi ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- dati provenienti dal **Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare (SIAD)**;
- informazioni contenute nei Piani regionali di potenziamento;
- ulteriori indicatori sviluppati a livello regionale.

A livello regionale, dati e analisi sono resi disponibili anche da **Azienda Zero** e dal **Servizio Epidemiologico Regionale (SER)**, che contribuiscono alla produzione della Relazione Socio-Sanitaria Regionale annuale.

Nel complesso, le informazioni disponibili risultano eterogenee per fonte, metodologia e ambito di rilevazione e non sempre pienamente confrontabili tra loro. Al fine di restituire un quadro conoscitivo quanto più completo possibile, si riportano di seguito i principali dati organizzati per fonte informativa.

⁹ Relazione sullo stato di attuazione della legge recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, riferita agli anni 2015-2017 ([CLXVI, n. 1](#))

Dati Agenas

Fonte: Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – II semestre 2025

Dai dati esposti emerge che tutte le regioni e le province autonome hanno provveduto a realizzare il Piano di potenziamento delle cure palliative relativo all'anno 2025, così come previsto dalla legge n. 197/2022.

In relazione alle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) Agenas ha predisposto una tabella che mette in evidenza il grado di copertura del servizio UCD suddiviso per tipologia di erogatori, che si riporta integralmente.

Nello specifico, la prima colonna riporta la percentuale di distretti, rispetto al totale dei distretti regionali/provinciali, in cui è operativo almeno un punto di erogazione di cure palliative (pubblico o privato, accreditato o non accreditato).

Copertura del servizio unità di cure palliative domiciliari suddiviso per tipologia di erogatori					
Regione / Provincia autonoma	Copertura servizio UCP-DOM	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari pubbliche	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati accreditati	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati non accreditati	TOT Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari
Abruzzo	40%	9	0	0	9
Basilicata	100%	4	0	2	6
Calabria	36%	1	5	0	6
Campania	59%	44	0	0	44
Emilia-Romagna	100%	44	0	0	44
Friuli-Venezia Giulia	78%	15	0	0	15
Lazio	87%	30	109	0	139
Liguria	68%	14	0	0	14
Lombardia	98%	137	773	1	911
Marche	92%	12	0	4	16
Molise	33%	1	0	0	1
PA di Bolzano	100%	6	0	0	6
PA di Trento	100%	3	0	0	3
Piemonte	97%	32	0	0	32
Puglia	82%	19	0	60	79
Sardegna	54%	13	0	0	13
Sicilia	100%	0	147	0	147
Toscana	93%	26	0	0	26
Umbria	100%	12	0	0	12
Valle d'Aosta	100%	2	0	0	2
Veneto	100%	42	0	6	48
Italia	82%	466	1034	73	1.573

Figura 1 - Copertura del servizio unità di cure palliative domiciliari suddiviso per tipologia di erogatori – Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – II semestre 2025– Agenas

Dall'analisi dei dati emerge in particolare il pieno rispetto, da parte della Regione Veneto, delle disposizioni del DM 77/2022 circa il numero di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM). La Regione soddisfa infatti lo standard strutturale previsto di 1 UCP-DOM ogni 100.000 abitanti, a fronte di una popolazione che, al 1° gennaio 2026, ammonta a 4.857.460 residenti.

La tabella seguente riporta, in percentuale sul totale dei distretti regionali/provinciali, la quota di distretti nei quali è attivo, all'interno delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM), almeno un punto di erogazione dei servizi indicati nelle diverse colonne.

Servizi attivi nelle unità di cure palliative domiciliari (in % rispetto al totale dei distretti)								
Regioni/PA	Centrale operativa di coordinamento	Servizio di consulenza ospedale-territorio di presa in carico iniziale	Servizio ambulatoriale	Equipe di cure domiciliari	Equipe di pronta disponibilità	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative: attività di consulenza strutturata di cure palliative nelle U.O.	Percorsi di cure simultanee per i pazienti oncologici	Percorsi di cure simultanee per i pazienti non oncologici
Abruzzo	25	40	40	25	20	40	40	40
Basilicata	100	100	33	100	33	33	33	100
Calabria	7	29	7	36	21	14	29	14
Campania	36	40	21	57	4	36	56	56
Emilia-Romagna	79	100	100	100	76	97	100	100
Friuli-Venezia G.	0	50	22	78	0	78	78	78
Lazio	78	87	41	87	87	72	87	56
Liguria	53	68	42	68	53	68	68	47
Lombardia	43	95	76	98	98	71	92	81
Marche	69	92	61	92	46	61	92	85
Molise	33	33	33	33	33	0	33	33
PA di Bolzano	100	100	100	100	25	100	100	100
PA di Trento	100	100	0	100	100	100	100	100
Piemonte	82	94	76	97	61	85	85	85
Puglia	49	42	16	82	51	36	69	44
Sardegna	8	42	38	54	25	42	50	33
Sicilia	82	49	13	100	80	31	100	76
Toscana	68	93	86	89	61	93	89	89
Umbria	25	83	92	92	42	100	42	33
Valle d'Aosta	100	100	100	100	100	100	100	100
Veneto	85	100	50	100	58	100	92	50
Italia	58	73	50	80	51	65	73	67

Figura 2- Servizi attivi nelle unità di cure palliative domiciliari (in % rispetto al totale dei distretti)– [Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – Il semestre 2025](#)– Agenas

Dall'analisi dei dati emerge che presso tutti i distretti della Regione del Veneto è attivo almeno un punto di erogazione dei seguenti servizi:

- Servizio di consulenza ospedale-territorio di presa in carico iniziale;
- Equipe di cure domiciliari;

- Percorsi di cura dedicati alle cure palliative: attività di consulenza strutturata di cure palliative nelle U.O.

Il 92% dei distretti del Veneto dispone di almeno un punto di erogazione di percorsi di cure simultanee per i pazienti oncologici, mentre detta percentuale scende al 50% per i pazienti non oncologici.

L'85% dei distretti dispone di almeno una Centrale operativa di coordinamento, il 58% di una équipe di pronta disponibilità ed il 50% di almeno un Servizio ambulatoriale per le cure palliative.

Fonte: [Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le regioni/p.a. e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024](#)

Nel documento Agenas ha investigato lo stato dell'avanzamento verso gli obiettivi previsti dalla normativa in relazione ai Piani di Potenziamento delle cure palliative.

Il giudizio complessivo di Agenas in riferimento al Veneto riporta quanto segue:

“Nel piano operativo la Regione dettaglia i riferimenti normativi, il progressivo raggiungimento degli obiettivi/identificazione dei bisogni e i finanziamenti da fondi PNRR e da altre fonti, gli strumenti di monitoraggio. Gran parte della sezione Analisi dell'esistente e criticità viene soddisfatta. Da implementare la sezione riguardante interventi ed azioni di miglioramento in particolare la diffusione dell'informazione ai cittadini, in merito all'analisi dei costi la Regione dovrà produrre documentazione dettagliata. Valutazione generale: Il Piano appare completo ed esaustivo in tutte le componenti richieste.”

A seguire si riporta la tabella completa con l'esito della valutazione prodotta da Agenas.

Esito dell'analisi dei Piani di potenziamento delle Cure Palliative 2024		
Sezione	Dettagli	Veneto
Riferimenti normativi	Nazionali	Sì
	Regionali	Sì
Obiettivi/identificazione bisogni	Raggiungimento degli standard DM 77 entro giugno 2026	Sì
	Raggiungimento dell'obiettivo della legge di Bilancio n. 197/2022 entro il 2028 (90% della popolazione interessata)	Sì
Analisi del bisogno e criticità	Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati/stimati (adulti e pediatrici)	Sì
	Istituzione della rete regionale	Sì
	Nomina del coordinatore regionale e dell'organismo di coordinamento	Sì
	Istituzione e accreditamento delle RLCP	Sì
	Formazione multidisciplinare dei professionisti	In programma
	Sistema informativo comune	Non a regime
	Presenza della rete palliativa pediatrica	Sì
	Presenza di un percorso integrato di cura uniforme a livello regionale	Sì

	Offerta presente attualmente per pazienti adulti e pediatrici	Sì
	Fattori di forza e di debolezza	Sì
Interventi ed azioni di miglioramento	Descrizione del modello regionale di cure palliative programmato	Sì
	UCP DOM: 1 ogni 100.000 abitanti	Obiettivo programmato per il 2024
	Posti letto hospice: 8-10 ogni 100.000 abitanti	Rimanda a successivo Piano
	Attività domiciliare h24 per 7 giorni su 7	Obiettivo da raggiungere nel 24-28
	Coinvolgimento associazioni di volontariato e sociali	Sì
	Equipe dedicata all'ospedale	Obiettivo da raggiungere nel 24-28
	Coinvolgimento del terzo settore	Sì
	Diffusione dell'informazione ai MMG e PLS	Sì
	Creazione di una rete organizzativa su base geografica	Sì
	Integrazione tra Cure Primarie e Cure Palliative	Obiettivo da raggiungere nel 24-28
	Programmi di formazione per il personale	Sì
	Coinvolgimento delle ASL	Sì
	Diffusione dell'informazione ai cittadini	Non citata
	Cronoprogramma	Sì
Costi	Fabbisogno di ulteriore personale e relativo costo	Programmato per il periodo 24-28
	Costi della formazione	Non specificato
	Costi dell'informatizzazione	Non specificato
	Previsione dei costi per l'attuazione del potenziamento	Non specificato
Finanziamenti	Fondi PNRR	Sì
	Fondi da altre fonti	Sì
Monitoraggio	Responsabile regionale designato	Sì
	Indicatori esistenti e previsti	Sì
	Flussi informativi e livelli di informatizzazione esistente e prevista	Sì

Figura 3 - Esito dell'analisi dei Piani di potenziamento delle Cure Palliative 2024 - [Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le regioni/p.a. e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024](#) - Agenas

A seguire si riporta il dettaglio rilevato da Agenas in riferimento ai dati di attività degli Hospice della Regione.

Rilevazione sui volumi di attività 2023 degli Hospice				
Azienda	Struttura	n. utenti	n. giornate	n. ricoveri
AULSS n.1 Dolomiti	Hos. O. Belluno	147	2.542	141
	Hos. O. Feltre	128	2.212	141
AULSS n.2 Marca trevigiana	Casa dei gelsi Treviso	291	6.235	298

	Hos. O. Vittorio Veneto	211	3.415	218
AULSS n.3 Serenissima	Polidinicico san Marco Mestre	279	6.904	259
	Centro Nazaret Osmc Zelarino	131	2.094	125
	Fatebenefratelli Venezia	85	2.041	79
AULSS n.4 Veneto orientale	Hos. IPAB ai caduti San Donà	98	1.665	94
AULSS n.5 Polesana	Casa albergo anziani Lendinara	164	3.226	164
	Hos. O. Adria	82	1.691	82
AULSS n.6 Euganea	Hospice pediatrico Padova	180	1.125	332
	Civitas vitae Padova	287	4.664	278
	Hos. Ex O. Montagnana	119	2.384	113
	IPAB Bonora Camposampiero	131	1.961	129
	IPAB CRA Cittadella	91	1.760	89
	IOV Hos. Castelfranco	128	1.915	126
AULSS n.7 Pedemontana	Suore Gerosa Bassano	123	2.174	117
	Guido Negri Thiene	123	2.857	114
	Hos. O. Asiago	28	670	27
AULSS n.8 Berica	IPAB Scalabrin Arzignano	161	1.986	158
	Hos. O. Vicenza	229	3.582	224
AULSS n.9 Scaligera	Pederzoli Castelnuovo del Garda	242	3.320	232
	IPAB Cardo Cologna veneta	106	1.944	100
	Hos. O. Marzana	201	3.586	194

Figura 4 – Attività degli hospice - [Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le regioni/p.a. e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024](#) - Agenas

Dati Regione Veneto

Fonte: Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2026 - Allegato A, [DGR n. 26/2026](#)

Sebbene lo standard di UCP-DOM risulti raggiunto a livello complessivo, l'analisi evidenzia una **disomogenea presenza delle équipes domiciliari** tra le diverse aziende sanitarie e uno sviluppo ancora in corso della rete degli hospice rispetto agli standard fissati da DM 77 (tra 390 e 488) e programmati con [DGR n. 695/2025](#) (424).

AULSS	Popolazione ULSS	Standard DM 77 (1/100.000)	UPC-DOM attive		
			Totali	Pubbliche	Private
Azienda ULSS 1 Dolomiti	198.518	2,0	3	2	1
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	877.890	8,8	9	7	2
Azienda ULSS 3 Serenissima	613.991	6,1	6	4	2
Azienda ULSS 4 Veneto Orientale	225.966	2,3	1	1	0
Azienda ULSS 5 Polesana	231.491	2,3	3	3	0
Azienda ULSS 6 Euganea	928.272	9,3	9	9	0
Azienda ULSS 7 Pedemontana	361.257	3,6	2	2	0
Azienda ULSS 8 Berica	491.604	4,9	7	7	0
Azienda ULSS 9 Scaligera	927.775	9,3	8	7	1
Totale		48,6	48		

Figura 5 - UPC-DOM attive rispetto a standard DM 77. Elaborazione Consiglio regionale del Veneto su dati Regione Veneto Piano di potenziamento cure palliative 2026

Azienda Sanitaria	Programmazione vigente	PL attivi 31/12/2025
Azienda ULSS 1 Dolomiti	19	15
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	64	28
Azienda ULSS 3 Serenissima	61	41
Azienda ULSS 4 Veneto Orientale	19	9
Azienda ULSS 5 Polesana	19	15
Azienda ULSS 6 Euganea	63	36
Azienda ULSS 7 Pedemontana	29	22
Azienda ULSS 8 Berica	39	19
Azienda ULSS 9 Scaligera	93	41
AOU-PD Hospice pediatrico	12	4
AOU-VR	-	-
IOV	6	6
Totale	424	236

Figura 6 - PL Hospice attivati rispetto a PL Hospice programmati. Elaborazione Consiglio regionale del Veneto su dati Regione Veneto Piano di potenziamento cure palliative 2026

Dati Azienda Zero

Fonte: [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) – Anno 2025 (dati 2024)

Hospice

Nel 2024 in Veneto risultavano attivi n. **23 Hospice per adulti** e n. **1 Hospice pediatrico** per un totale di n. 226 posti letto, la cui distribuzione per Azienda e struttura è dettagliata nella tabella a seguire. Ai fini della tracciabilità delle fonti, i dati concernenti la dotazione di posti letto in hospice risultano forniti tramite modello ministeriale STS24.

Hospice: posti letto, n. ricoveri e giorni medi di degenza				
Azienda	Sede	N. posti letto	N. ricoveri	Giorni medi di degenza
AULSS 1	O. Belluno	8	120	22,3
	O. Feltre	7	166	13,3
AULSS 2	O. Vittorio Veneto	10	200	17,0
	Casa dei Gelsi - Treviso	18	322	18,3
AULSS 3	Centro Nazaret - Zelarino	8	144	14,5
	O. Cl. Fatebenefratelli - Venezia	8	81	30,1
	C. C. Policlinico San Marco - Mestre	25	288	24,8
AULSS 4	IPAB Mon Caduti - San Donà	9	116	16,3
AULSS 5	IPAB Casa Albergo Per Anziani - Lendinara	10	189	16,7
	O. Adria	5	91	18,2
AULSS 6	IPAB Bonora - Camposampiero	6	141	14,3
	IPAB CRA - Cittadella	6	90	25,2
	Fondazione OIC Paolo VI Civitas Vitae - Padova	16	320	15,8
	Ex Ospedale di Montagnana	8	136	19,6
AULSS 7	Congregazione Suore Gerosa - Bassano	10	109	25,6
	O. Asiago	3	28	26,1
	Fondazione OIC Guido Negri - Thiene	9	122	20,5
AULSS 8	IPAB S. Scalabrin - Arzignano	7	154	14,4
	O. Vicenza	12	258	13,5
AULSS 9	O. Borgo Roma - Cologna Veneta	7	103	20,8
	O. Marzana	14	186	20,6
	C. P. Pederzoli - Castelnuovo del Garda	10	292	9,5
IOV	IRCSS - Castelfranco V.to	6	146	14,7
AOPD	AOU Padova - Hospice Pediatrico	4	320	3,9
Totale Veneto		226	4.122	16,6

Figura 7 – Hospice: posti letto, n. ricoveri e giorni medi di degenza - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

Le cure palliative erogate negli Hospice sono state relative ad un totale di n. **4.122 ricoveri**, di cui n. 3.802 ricoveri di adulti e n. 320 ricoveri pediatrici.

Ricoveri in Hospice - Veneto 2024

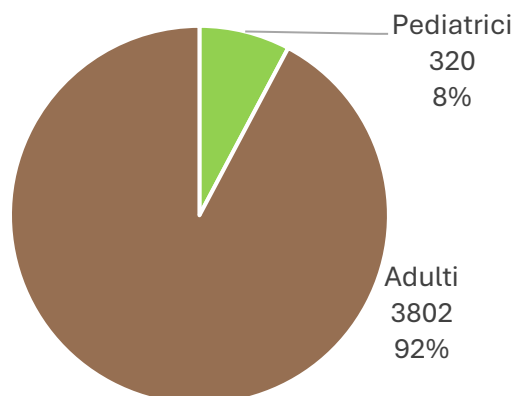


Figura 8 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

I **ricoveri in Hospice** hanno registrato una **degenza media di 16,6 giorni**, con una media di 187 pazienti presenti giornalmente corrispondenti ad un tasso di occupazione dell'83%.

Negli hospice per adulti, i ricoverati registrano un'età media di 76 anni e la patologia di maggiore incidenza è quella oncologica, pari al 91% dei ricoveri. In considerazione della tipologia di trattamento, la dimissione è spesso conseguente al **decesso del paziente**, registrato **nel 92% dei ricoveri** attivati.

I ricoverati in Hospice pediatrico sono pazienti di età fino ai 29 anni (per estensione del limite d'età in situazioni di cronicità) con una media di 11 anni, di cui il 53% è affetto da malattie del sistema nervoso e il 21% presenta malformazioni congenite o altre patologie insorte prima, durante o subito dopo la nascita, mentre i tumori incidono nel 4% dei casi. I bisogni assistenziali maggiormente affrontati sono la gestione dell'insufficienza respiratoria, delle stomie artificiali (aperture create chirurgicamente sull'addome per sopperire a disfunzioni di intestino vie urinarie) e la somministrazione di cure palliative. La durata media dei ricoveri è di 3,9 giorni ed il 2% dei ricoveri si conclude purtroppo con il decesso.

In riferimento alle **relazioni tra gli Hospice e l'assistenza domiciliare** si osserva una buona integrazione tra le due componenti della rete. Infatti:

- il 38% dei pazienti che vengono ricoverati in Hospice provengono da un programma attivo di cure domiciliari;
- il 5% dei pazienti dimessi dagli Hospice proseguono le cure con un programma di assistenza domiciliare. Se tuttavia si scorre il dato relativo ai pazienti deceduti, emerge che il 32% dei pazienti dimessi in vita prosegue le cure con un programma di assistenza domiciliare.

Le figure seguenti offrono una lettura più approfondita del livello di integrazione tra Hospice e assistenza domiciliare, analizzando - per ciascuna AULSS di residenza - le strutture di provenienza dei pazienti ricoverati negli Hospice.

Provenienza dei pazienti ricoverati in Hospice Veneto 2024

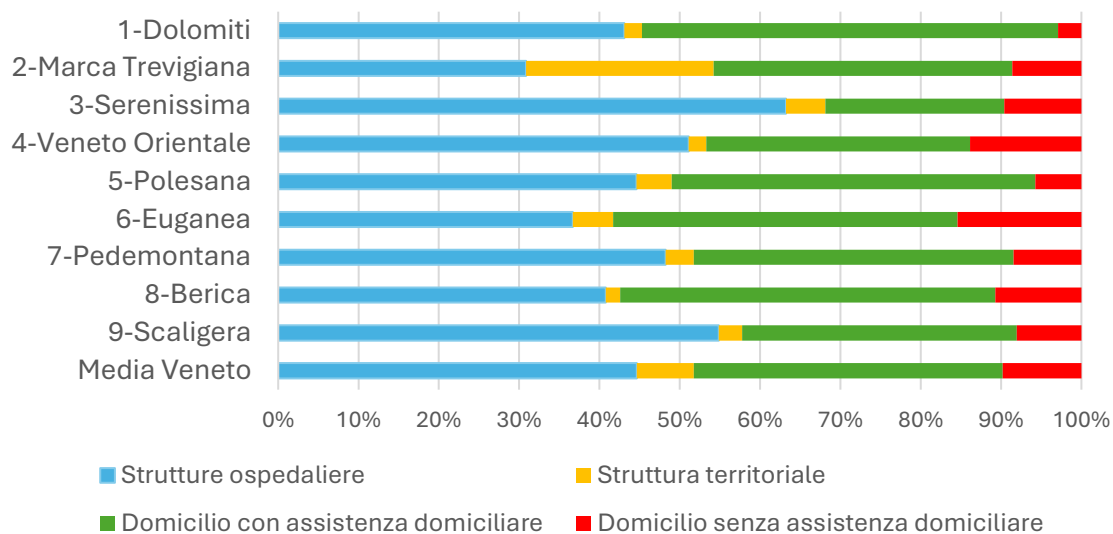


Figura 9 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

ULSS di residenza	Strutture di provenienza dei pazienti ricoverati in Hospice			
	Strutture ospedaliere	Struttura territoriale	Domicilio con assistenza domiciliare	Domicilio senza assistenza domiciliare
1-Dolomiti	43,1 %	2,2 %	51,8 %	2,9 %
2-Marca Trevigiana	30,8 %	23,4 %	37,2 %	8,6 %
3-Serenissima	63,2 %	4,9 %	22,3 %	9,6 %
4-Veneto Orientale	51,1 %	2,2 %	32,8 %	13,9 %
5-Polesana	44,6 %	4,4 %	45,3 %	5,7 %
6-Euganea	36,7 %	5,1 %	42,9 %	15,4 %
7-Pedemontana	48,2 %	3,5 %	39,8 %	8,5 %
8-Berica	40,8 %	1,8 %	46,7 %	10,7 %
9-Scaligera	54,9 %	2,9 %	34,2 %	8,0 %
media Veneto	44,7 %	7,1 %	38,5 %	9,8 %

Figura 10 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

Dall'analisi delle figure emerge che il numero dei pazienti che approda all'Hospice senza essere transitato per strutture ospedaliere/territoriali oppure cure domiciliari assistite, rappresenta una minoranza quantificabile in circa il 9,8% dei pazienti, con tuttavia differenze rilevanti tra i diversi territori delle AULSS del Veneto.

Le figure sotto riportate analizzano invece la destinazione alla dimissione dei pazienti ricoverati in Hospice, senza considerare l'ipotesi di decesso che riguarda in media il'85,2% dei pazienti ricoverati.

Destinazione del paziente alla dimissione dall'Hospice
Veneto 2024

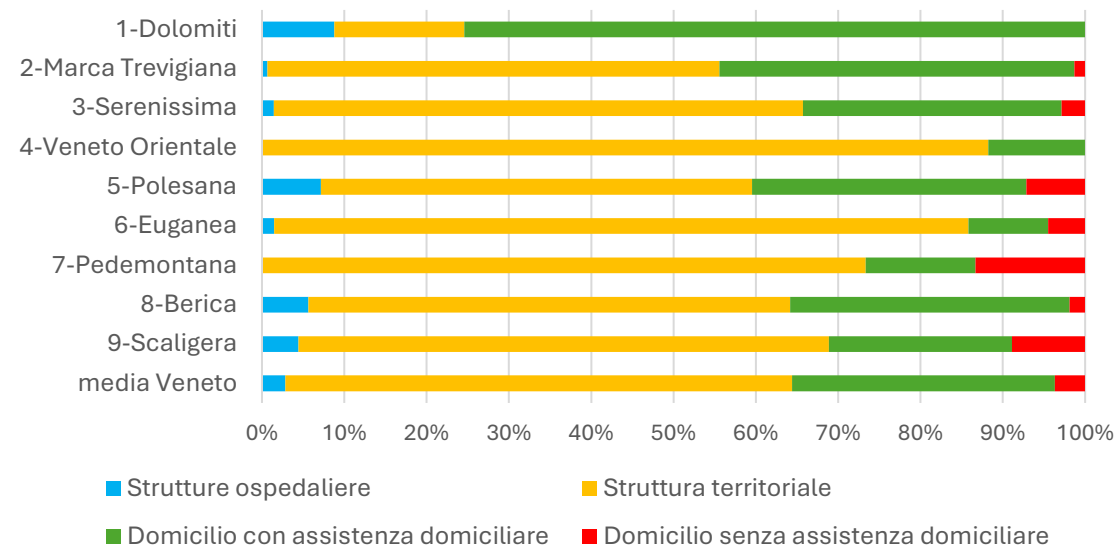


Figura 11 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

ULSS di residenza	Strutture di destinazione dei pazienti dimessi dall’Hospice			
	Strutture ospedaliere	Struttura territoriale	Domicilio con assistenza domiciliare	Domicilio senza assistenza domiciliare
1-Dolomiti	8,8 %	15,8 %	75,4 %	0,0 %
2-Marca Trevigiana	0,7 %	54,9 %	43,1 %	1,3 %
3-Serenissima	1,4 %	64,3 %	31,4 %	2,9 %
4-Veneto Orientale	0,0 %	88,2 %	11,8 %	0,0 %
5-Polesana	7,1 %	52,4 %	33,3 %	7,1 %
6-Euganea	1,5 %	84,3 %	9,7 %	4,5 %
7-Pedemontana	0,0 %	73,3 %	13,3 %	13,3 %
8-Berica	5,7 %	58,5 %	34,0 %	1,9 %
9-Scaligera	4,4 %	64,4 %	22,2 %	8,9 %
media Veneto	2,8 %	61,6 %	31,9 %	3,7 %

Figura 12- Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

Dall’analisi dei dati emerge come la maggior parte dei pazienti dimessi dagli Hospice sia diretto verso le strutture territoriali e in seconda battuta verso il domicilio con servizio di assistenza, talvolta con percentuali molto performanti (es. AULSS 1

Dolomiti e AULSS 2 Marca Trevigiana). Emergono tuttavia ancora alcune AULSS nelle quali si rilevano alte percentuali di dimissioni a domicilio senza il supporto di assistenza domiciliare.

Cure domiciliari

Nel corso dell'anno 2024 le **cure palliative domiciliari** hanno interessato n. **12.877 pazienti** (di cui 10.538 con diagnosi oncologica) ai quali sono stati erogati un totale di n. **392.069 accessi** a domicilio. Il 17% degli accessi è stato erogato da specialisti Medici Palliativisti.

Dalla Relazione Socio Sanitaria emerge l'indicatore che monitora l'attività svolta misurando la percentuale di **deceduti per causa di tumore che hanno ricevuto assistenza** da parte della Rete di cure palliative (considerando gli assistiti sia in cura domiciliare che in Hospice) rispetto al numero totale di deceduti per causa di tumore. I dati relativi all'anno 2024 rilevano che in Veneto **il 53%** dei deceduti per causa di tumore **ha beneficiato di assistenza da parte della Rete di cure palliative**, corrispondente a n. 6.917 assistiti, di cui 3.904 deceduti a casa durante una presa in carico di cure palliative domiciliari e n. 3.013 deceduti in Hospice.

Tale percentuale del 53% risulta superiore alla soglia minima del 35% individuata dall'ultimo aggiornamento degli indicatori NGS (indicatore D30Z)¹⁰.

Analizzando i dati per singola Azienda ULSS si rileva che tutte le Aziende superano la percentuale minima prevista, con valori che variano dal 48,7% dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana al 58,8% dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti, come evidenziato nella tabella e grafico a seguire.

¹⁰ Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con [DM 12 marzo 2019](#) e operativo dal 1° gennaio 2020, è lo strumento nazionale di monitoraggio dei LEA che, tramite indicatori basati sui dati NSIS, valuta equità, efficacia e appropriatezza dell'assistenza; le specifiche tecniche e i valori di riferimento degli indicatori sono stati da ultimo definiti dalla [circolare applicativa del 12 gennaio 2026](#), che aggiorna la precedente del 27 ottobre 2020.

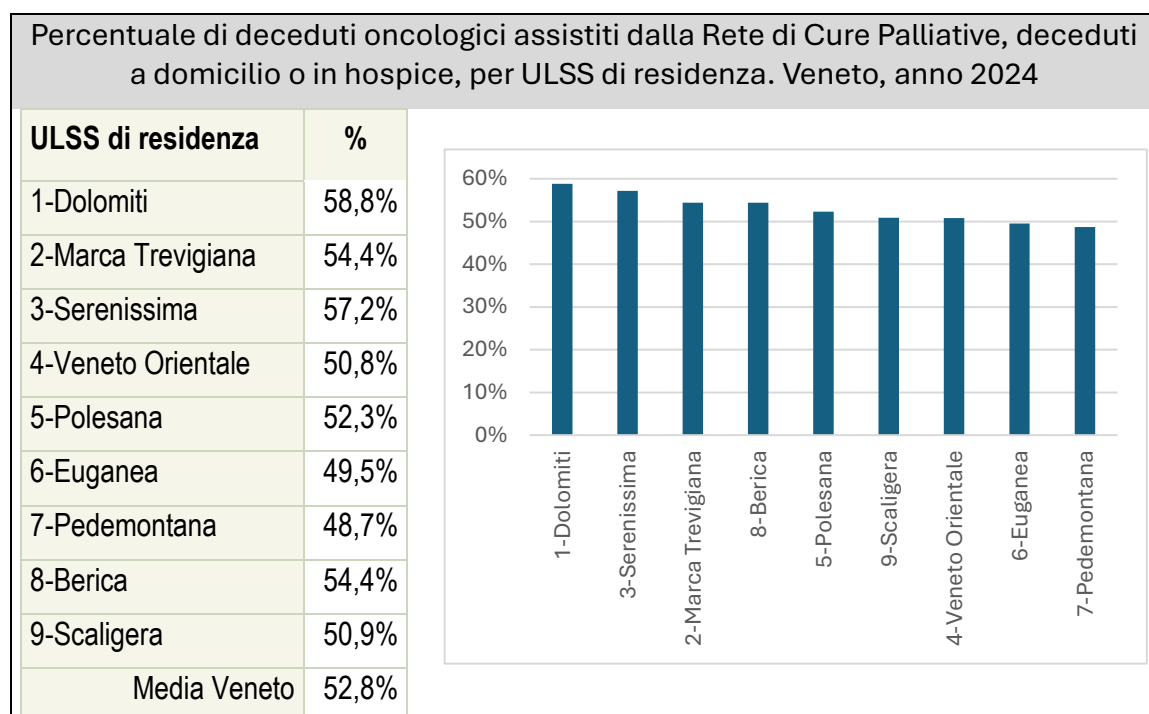


Figura 13 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

Un ulteriore indicatore (*codice NGS: D32Z*) valuta la tempestività nell'accesso al ricovero in hospice, analizzando la percentuale di ricoveri brevi (fatti salvi i casi in cui ci sia continuità domiciliare). In particolare, viene calcolato il numero di ricoveri in hospice di malati oncologici (provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito) con ricovero in hospice inferiore o uguale a 7 giorni sul numero totale di ricovero in hospice di malati oncologici. Il valore soglia è fissato in <25%.

La percentuale dei ricoveri troppo brevi viene ritenuta meritevole di monitoraggio in quanto detti ricoveri possono essere indicativi di una difficoltà nell'intercettare per tempo i bisogni del paziente, con conseguente invio tardivo alle cure palliative, che non dovrebbero riguardare solo gli ultimi giorni di vita.

Per quanto riguarda in Veneto, dalla Relazione socio sanitaria emerge che nell'anno 2024 il valore risulta essere pari al 19,6%, con un range tra le singole Aziende che varia dal 11,5% dell'ULSS 2 Marca Trevigiana al 27% dell'ULSS 9 Scaligera, l'unica che non rispetta la soglia del 25%.

Percentuale ricoveri brevi in Hospice di pazienti oncologici Veneto 2024	
AULSS di residenza	Anno 2024
1-Dolomiti	17,0 %
2-Marca Trevigiana	11,5 %
3-Serenissima	24,1 %
4-Veneto Orientale	19,8 %
5-Polesana	18,0 %
6-Euganea	17,6 %
7-Pedemontana	18,3 %

8-Berica	23,9 %
9-Scaligera	27,0 %
media Veneto	19,6 %

Figura 1 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

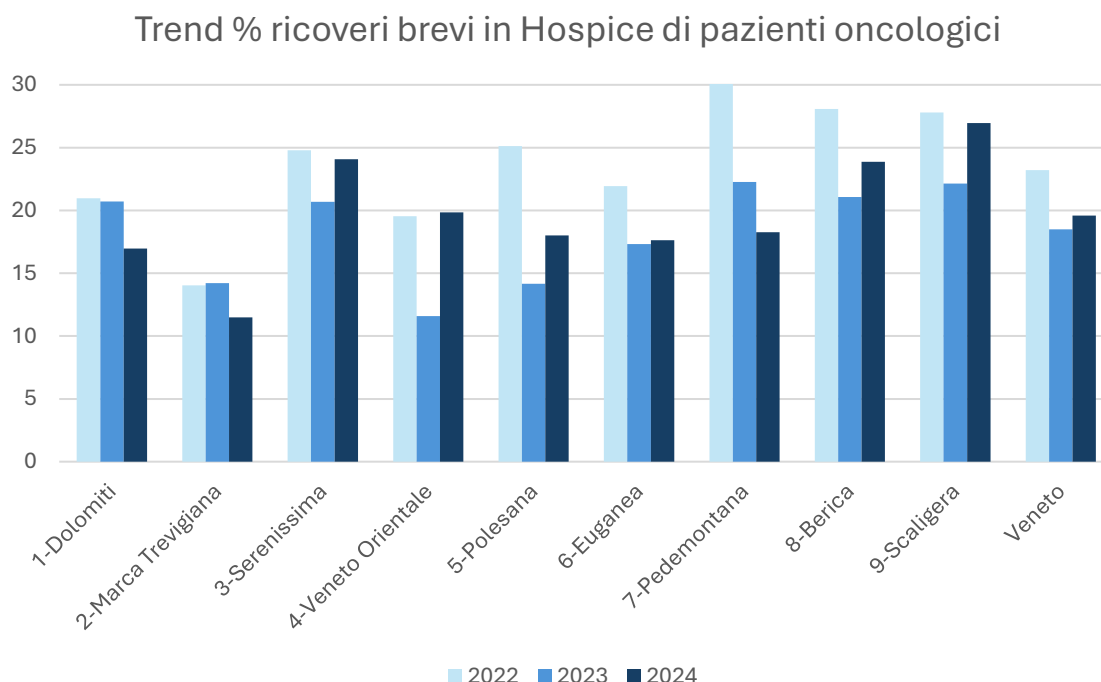


Figura 2 - Elaborazione del Consiglio regionale del Veneto su dati [Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto](#) - Anno 2025

Dai dati sopra riportati si rileva una apprezzabile differenza di percentuali di ricoveri brevi in Hospice tra i pazienti residenti nelle differenti AULSS, nonché si rileva che la percentuale dei ricoveri brevi in Hospice di pazienti oncologici non presenta un trend uniforme in tutta la regione, con andamento in calo solo per alcune territori, ma altalenante a livello complessivo regionale.

Dati Servizio Epidemiologico Regionale

Fonte: [Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto](#) – Anni 2020-2024

A partire dal 2023, in attuazione del DM 7 agosto 2023, è stato previsto un nuovo criterio di individuazione dell'attività, introducendo nel tracciato del flusso delle Cure Domiciliari un campo che individua la tipologia di presa in carico Unità di Cure Palliative Domiciliari (PIC UCPDOM). Attualmente, ai fini del monitoraggio dei LEA, vengono considerate prestazioni di cure palliative esclusivamente le attività registrate nella tipologia di presa in carico Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPDOM). L'introduzione di tale criterio ha tuttavia determinato alcune disomogeneità nella rilevazione dei dati, in quanto non tutte le Aziende ULSS si sono adeguate tempestivamente al nuovo sistema di classificazione; ne è derivata una sottostima del fenomeno, con un calo fittizio degli accessi pari al 7,6%.

Dalla figura seguente si evidenzia come il numero complessivo degli accessi presenti un andamento crescente (+5,6%), nonostante la riduzione registrata negli accessi alle cure palliative. Tale dinamica appare riconducibile a un effetto metodologico, legato all'introduzione dei nuovi criteri di individuazione e classificazione dell'attività di cure palliative.

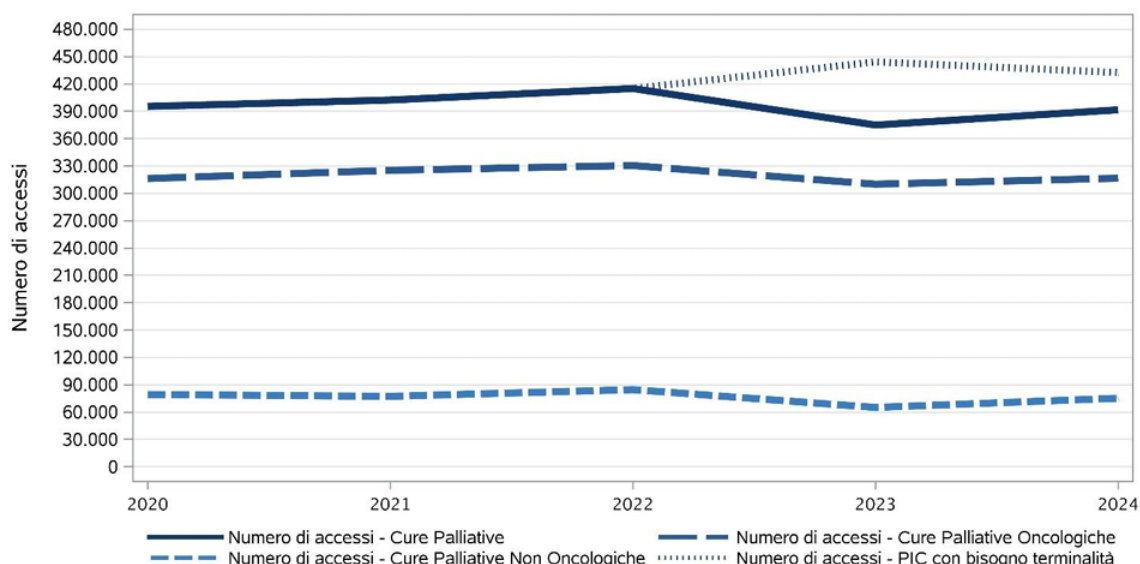


Figura 3 - Numero di accessi domiciliari di Cure Palliative - Veneto anni 2020-2024 [Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto](#)

Si riportano a seguire ulteriori analisi, tutte condizionate dal già citato nuovo criterio di identificazione delle attività di Cure Palliative.

Nel 2024 in Veneto sono stati erogati **391.424 accessi domiciliari di cure palliative, 316.384 dei quali a malati oncologici**. Rispetto al 2020 si registra una diminuzione dell'attività (-0,9%), diminuzione che risulta più marcata prendendo come riferimento il dato del 2022 (-5,6%), soprattutto per quanto riguarda i pazienti non oncologici (-11,2%) rispetto a quelli oncologici (-4,2%).

Quanto alle diverse **figure professionali**, nel 2024 l'operatore che risulta aver effettuato più accessi domiciliari nell'ambito delle cure palliative è **l'infermiere** (63%, 247.015 accessi), seguito dai **medici palliativisti** (17%, 65.508 accessi) e dai **medici di medicina generale** (10%, 37.546 accessi). Negli ultimi 5 anni, a causa del nuovo criterio di individuazione dell'attività di Cure Palliative, il numero di accessi registra una diminuzione in tutte le figure professionali tranne che nei medici palliativisti (+17%); negli infermieri il calo risulta meno elevato (-4,4%) rispetto ai medici di medicina generale (-28,2%).

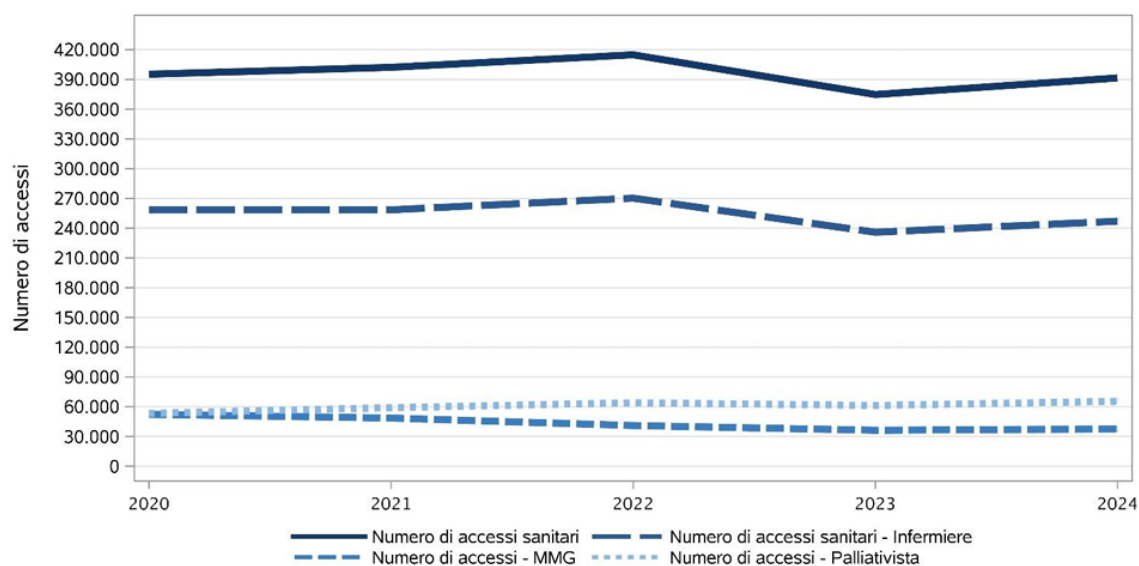


Figura 4 - Numero di accessi UCPDOM per figura professionale - Veneto anni 2020-2024 [Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto](#)

Focalizzando l'attenzione sul **numero di assistiti** si rileva che nel 2024 le persone residenti in Veneto prese in carico con una PIC UCPDOM sono state 12.629, di cui 10.536 con diagnosi oncologica e 2.093 con diagnosi non oncologica.

Anche per il numero di assistiti il criterio di individuazione delle Cure Palliative sulla sola tipologia di presa in carico UCPDOM ha comportato nel biennio 2023-2024 un calo del numero di assistiti (13,2% nel 2024 rispetto al 2022) più marcato negli assistiti non oncologici (riduzione del 28,0%) rispetto a quelli oncologici (riduzione del 9,5%).

Nel 2024 si registra un'inversione di tendenza rispetto al 2023 (+10,3%) sia negli oncologici (+10,0%) che nei non oncologici (+12,0%), come evidenziato nella figura a seguire.

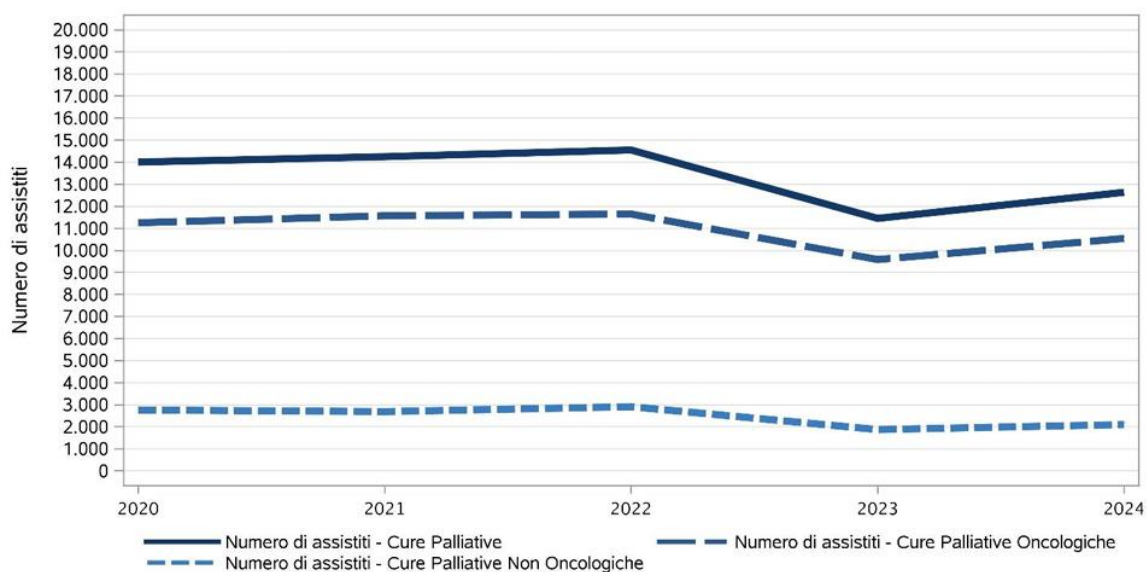


Figura 5 - Numero di assistiti in cure palliative - Veneto anni 2020-2024 [Le Cure Domiciliari nella Regione del Veneto](#)

7. Spunti bibliografici

Sitografia di minima

- [Ministero della Salute – Cure palliative e terapia del dolore](#)
- [Age.Na.S. – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Rete cure palliative e terapia del dolore](#)
- [Regione del Veneto – Cure Palliative e terapia del dolore](#)
- [Federazione Cure Palliative](#)
- [SICP – Società Italiana di Cure Palliative](#)
- [RICP – Rivista Italiana di Cure Palliative](#)
- [European Association for Palliative Care](#)

Monografie

(Nota: le monografie contrassegnate dall'asterisco sono consultabili presso la biblioteca del Consiglio Regionale del Veneto dopo qualche giorno dalla richiesta)

2025

- *Handbook di medicina e cure palliative nell'adulto / Adriana Turriziani, Giovanni Zaninetta - Bologna: Società Editrice Esculapio, ©2025
- *Manuale di medicina e cure palliative / a cura di Augusto Caraceni... [et al.]; con la collaborazione di Franca Benini... [et al.]- Guido Visconti (Milano): Poletto, ©2025 (stampa 2024)

2024

- *Bioetica di fine vita: sul fine vita e cure palliative / Enrico Solmi - Savona: Romani, 2024
- *Psicologia in cure palliative: manuale pratico / a cura di Silvana Selmi, Roberta Vecchi; prefazione di David Lazzari; presentazione di Elena Bravi - Milano: Edra, 2024

2023

- Il mantello del diritto nelle cure palliative dal “palliativo” non dirimente al “pallium” che cura / Maria Assunta Piccinni [contenuto in: [Liber amicorum per Paolo Zatti. Volume 1.](#) / Giovanni Iudica ... [et al.]. - Napoli : Jovene, 2023]

2022

- *Introduzione alle cure palliative: approcci, attori, esperienze / Marilena Ferretti, Annamaria Perino; prefazione di Gino Gobber. - Roma: Tab, 2022
- *No eutanasia, sì cure palliative / (a cura di) Paola Binetti [con i contributi di A. Morresi... et al.] - Roma: Avio edizioni scientifiche, ©2022
- *Report dei principali risultati quantitativi missione valutativa n. 1/XII sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore in Friuli Venezia Giulia / Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, Consiglio regionale, Segreteria generale, Servizio

giuridico-legislativo; a cura di Michele Flaibani - [Trieste: Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia, 2022]

*Rete delle cure palliative in Puglia: strumenti innovativi per la rete locale di cure palliative / a cura di Giovanni Vacca... [et al.] - Messina: EDAS, stampa 2022

2021

*Cure palliative nel contesto globale: un'esplorazione dei quadri di riferimento per gli standard e dei fattori salienti per la sua crescita / Samuel M. Mwangi - Moldavia: Scienca Scripts, c2021

*La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia / Paolo Mirabella - Assisi: Cittadella, 2021

2020

*Accompagnare alle frontiere della vita: lavoro di cura, cure palliative, Death Education / Ugo Albano, Nicola Martinelli - Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 2020

2019

*Conoscere, comprendere e curare: uno sguardo psicosociale sulle cure palliative / a cura di Nicola Giacomini e Giovanni Poles - Padova: Libreriauniversitaria.it, 2019

*Le cure palliative: la gestione del fine vita e del lutto: con testo integrale della Legge 22 dicembre 2017, n.219 sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, DAT / Simonetta Vernocchi - Padova: Primiceri, 2019

Articoli

2026

Pua e hospice : la rete delle cure palliative e la dignità della persona / Angela Vitale - Prospettive sociali e sanitarie, Vol./Nr. 1-2, 2026, p. 31-34

2025

Le cure palliative dei bambini come dovere bioetico e biogiuridico / Laura Palazzani - Archivio giuridico Filippo Serafini, Vol./Nr. 3, 2025, p. 517-531

2024

[Sostenibilità economica delle cure palliative : argomenti e istruzioni per l'uso](#) / Gino Gobber, Vincenzo Rebba - Rivista italiana di cure palliative, Vol./Nr. 26, p. 131-133

2023

Le cure palliative: significato culturale ed etico / Carlo Casalone - La Civiltà cattolica, Vol./Nr. 4158, 2023, p. 457-471

2022

[Cure Palliative - Bullettino delle scienze mediche: organo della società e scuola medica chirurgica di Bologna](#), Vol./Nr. Fascicolo unico, 2022 -

Cure palliative: Agenas dimentica i malati non autosufficienti / Armando Sacchi - Prospettive, Vol./Nr. 220, 2022, p. 6-7

[La relazione eutanasia - cure palliative: un binomio \(inattuato\) per la tutela del malato](#) / di Matilde Bellingeri e Paolo Bellingeri - Giurisprudenza Penale Web, 2022, 1-Bis -

2021

[Accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore: considerazioni e bilanci sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 a 10 anni dalla sua entrata in vigore](#) / Francesca Paruzzo - BioLaw Journal = Rivista di BioDiritto, Vol./Nr. 2, 2021, p. 191-207

[Le cure palliative nel quadro costituzionale](#) / Elisabetta Lamarque - Rivista AIC, Vol./Nr. 1 del 2021, p. 46-64 -

2019

[Una sentenza "inevitabilmente infelice": la "riforma" dell'art. 580 C.P. da parte della Corte Costituzionale](#) / Stefano Canestrari - Rivista italiana di diritto e procedura penale, Vol./Nr. 4, 2019, p. 2159-2179 [Estratto] -

Risorse digitali

2024

Il diritto alle Cure Palliative in Italia tra mito e realtà [Slide] / Tania Piccione - LIUC, Business School, 7 marzo 2024 - <https://www.liucbs.it/wp-content/uploads/osservatorio/15811/Presentazione-Osservatorio-Cure-Palliative-Tania-Piccione.pdf>

2023

DDD16: Esigenza di una formazione specifica per l'acquisizione di competenze relazionali in contesti di vulnerabilità, nelle decisioni terapeutiche condivise e nelle cure palliative (EFACR) / documento prodotto da un gruppo ristretto di partecipanti al Congresso internazionale DDD-16 "Learning from suffering and dying" [Padova, 7-9 settembre 2023] Franca Benini... [et al.] - https://endlife.psy.unipd.it/?page_id=3864

2022

Cure Palliative: il loro ruolo nel territorio [Slide] / Ezio Trivellato - Negrar, 30 novembre 2022 - http://web2.sacrocuore.it/oncologia/Negrar_30_novembre_2022/Trivellato.pdf