

L. 22-12-2017 n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 16 gennaio 2018, n. 12.

L. 22 dicembre 2017, n. 219 ⁽¹⁾.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 16 gennaio 2018, n. 12.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1. *Consenso informato*

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli *articoli 2, 13 e 32 della Costituzione* e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'auto-determinazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di

ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. E' fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2. *Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita*

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla *legge 15 marzo 2010, n. 38*.
 2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.
 3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
-

Art. 3. *Minori e incapaci*

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.
2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.
3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.
4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.
5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano

appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4. Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono

essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet.

Art. 5. Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

Art. 6. Norma transitoria

1. Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Art. 7. Clausola di invarianza finanziaria

1. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 8. Relazione alle Camere

1. Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

DELIBERAZIONE 3 aprile 2018, n. 352

Umanizzazione delle cure e autodeterminazione del cittadino: primi indirizzi per l'attuazione della legge 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", il quale prevede che la tutela della salute fisica e psichica debba avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana;

Vista la legge del 22 dicembre 2017 n. 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento che introduce e riconosce un sistema di tutela e garanzia nel quale i diritti civili connessi alle relazioni di cura, espressi già nella Costituzione e poi ripresi dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, sono esplicitati anche per quanto concerne le fasi finali dell'assistenza rivolta alle persone malate, con particolare rilevanza per il consenso informato, per i percorsi assistenziali relativi alla cronicità e al paziente complesso, per le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e, soprattutto, per la pianificazione condivisa delle cure;

Vista la L.R. n. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" ed in particolare:

- l'articolo 3, comma 1, che indica, quale primo punto tra i principi costitutivi del servizio sanitario regionale, quello della "centralità e partecipazione del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale"

- l'articolo 76 bis che disciplina il "Fascicolo Sanitario Elettronico" (FSE);

Preso atto dell'attività svolta in materia dalla Commissione Regionale di Bioetica, prevista dal Capo III della suddetta legge regionale;

Tenuto conto che la citata legge n. 219/2017 prevede, all'articolo 4 rispettivamente ai commi 7 e 8:

- le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o altre modalità

informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale, possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili;

- entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT anche attraverso i rispettivi siti internet;

Considerati i seguenti importanti contributi tecnico scientifici apportati alle tematiche oggi disciplinate dalla legge n. 219/2017:

- Commissione Regionale di Bioetica, "Carta di Pontignano", 16 novembre 2002 e successivi contributi redatti dall'apposito gruppo di lavoro "Etica delle cure alla fine della vita";

- FNOMCEO "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCEO a Terni il 13 giugno 2009;

- SIAARTI, "Grandi insufficienze d'organo End Stage: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura" approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI in data 22 aprile 2013, nel quale sono codificate le più importanti evidenze scientifiche relative alla clinica e ai percorsi assistenziali ad oggi disponibili in letteratura per questa materia;

- parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 97/2014 "Pianificazione anticipata e condivisa delle cure: le insufficienze d'organo end stage", nel quale è definito il ruolo della medicina generale per l'identificazione e la presa in carico dei pazienti da avviare ad una pianificazione delle scelte di cura verso un modello di simultaneous care;

- documento del tavolo di lavoro AIOM - SICP "Cure palliative precoci e simultanee" (2015);

- documento elaborato dal Comitato Scientifico del Cortile dei Gentili in collaborazione con SIAARTI e SICP, "Linee propositive per un diritto della relazione di cura e delle decisioni di fine vita" 2016;

- documento dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana "La qualità dell'assistenza nelle cure del fine vita" (maggio 2017), dal quale emerge un quadro assistenziale del fine vita ancora centrato sull'ospedale e, conseguentemente, su cure ad alto livello di intensività e invasività;

Preso altresì atto delle seguenti deliberazioni regionali considerate di interesse per l'argomento in esame:

- n. 199/2014 "Attuazione della legge 38/2010 - Struttura regionale e strutture aziendali di coordinamento della rete delle cure palliative. Centro regionale per le

cure palliative in età pediatrica”, nel quale è definito il modello regionale della rete per le cure palliative;

- n. 906/2017, “Approvazione dello schema di accordo regionale con Medicina Generale per l’attuazione del nuovo modello di sanità d’iniziativa di cui alla DGR 650/2016” nella quale è disposto un innovativo modello assistenziale per la cronicità, basato sulla medicina d’iniziativa per una presa in carico impostata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente e nella quale sono individuati i criteri e i percorsi per l’assistenza ai pazienti individuati come complessi;

- n. 191 del 26 febbraio 2018 “Interventi per il governo dell’appropriatezza farmaceutica della Regione Toscana” e, in particolare i paragrafi del relativo Allegato tecnico riguardanti “L’assistenza farmaceutica per la cronicità”, “Le nuove cronicità”, “Il paziente oncologico/ematologico”, “Le cure palliative e del fine vita”;

Preso atto del documento tecnico “Indirizzi per l’attuazione della legge 22 dicembre 2017 n. 219 in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, predisposto dal gruppo di lavoro a tal fine costituito, su mandato del Direttore della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, dal Coordinatore dell’Organismo Toscano per il Governo Clinico;

Ritenuto di dover garantire, nelle strutture del servizio sanitario regionale, il rispetto dei principi contenuti nella legge n. 219/2017 e in particolare:

- una corretta pratica della comunicazione tra medico e paziente nonché dell’informazione e del consenso anche verso i minori e le persone incapaci;
- il diritto al rifiuto delle cure;
- la terapia del dolore;
- il rispetto della dignità delle persone giunte nella fase finale della vita anche mediante il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure;
- il diritto alla pianificazione anticipata delle cure e alle disposizioni anticipate di trattamento;

Considerato dunque opportuno, in tale prospettiva, di definire, sin da subito, alcuni principi generali indispensabili per l’armonizzazione dei percorsi assistenziali ed organizzativi esistenti alle disposizioni dettate dalla legge n. 219/2017 ed in particolare agli articoli 1 e 5, per la pianificazione condivisa delle cure e la presa in carico delle persone giunte nelle fasi finali della loro malattia;

Valutato che:

- la definizione dei percorsi assistenziali per la pianificazione condivisa delle cure e per l’assistenza al fine vita deve essere inquadrata nella prospettiva delineata dalla medicina d’iniziativa per la presa in carico della cronicità;

- le istanze etiche di valorizzazione delle volontà

esprese dai pazienti, contestualmente alle cure o in modalità di disposizione anticipata, devono essere collocate all’interno di percorsi di cura e di assistenza alla persona, correttamente e tempestivamente pianificati e condivisi nel rispetto dei principi di appropriatezza, di equità e di sostenibilità delle cure e valorizzando i presupposti ineludibili dell’informazione e della comunicazione (“Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” articolo 1, comma 8 della legge n. 219/2017);

- il principale punto di riferimento del cittadino in tutto il complesso percorso assistenziale della cronicità deve essere individuato nel medico di medicina generale;

Atteso che il compito del servizio pubblico non possa limitarsi, unicamente, ad una mera registrazione di quelle volontà che i cittadini esprimono rispetto alla loro biografia futura, ma debba anche fornire gli strumenti complessivamente necessari al rispetto del diritto civile previsto dalla normativa riguardo alla possibilità di esprimere, in salute e in ogni fase della malattia, purché adeguatamente informati, le proprie volontà rispetto al percorso di cura, avendo parimenti garantito il diritto a che, al momento opportuno, tali volontà siano rese fruibili e sia garantita un’assistenza adeguata anche nelle fasi finali della vita;

Ritenuto dunque necessario, in attuazione dell’articolo 4 comma 7 della legge n. 219/2017, fornire all’intero servizio sanitario regionale indicazioni utili alla registrazione delle DAT nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);

Valutato opportuno, al fine di consentire l’armonizzazione delle procedure operative di registrazione, conservazione e fruizione delle DAT, promuovere una preventiva intesa con il Notariato e l’ANCI Toscana;

Considerate, relativamente all’applicazione delle disposizioni della legge n. 219/2017, le specificità dell’età evolutiva, tali da richiedere interventi procedurali ed organizzativi dedicati.

A voti unanimi

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa:

1. Di demandare alla Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute il ruolo di coordinamento nell’attuazione delle disposizioni di cui alla legge n. 219/2017, affidandole nello specifico, i seguenti compiti:

a) fornire, entro 30 giorni, indirizzi operativi di dettaglio alle Aziende Sanitarie, attivando anche un

apposito confronto con l'Autorità Garante per la Privacy, per la raccolta e la registrazione, nelle varie modalità, digitale e/o analogica, consentite dalla legge, delle volontà dei cittadini in ordine alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), compresa l'indicazione del fiduciario;

b) definire adeguati percorsi organizzativi, informativi e formativi funzionali a garantire il coinvolgimento di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale e dei medici di medicina generale interessati dalle procedure attuative delle disposizioni inerenti le DAT;

c) organizzare, con i settori regionali competenti, adeguate campagne informative volte a spiegare al cittadino gli obiettivi della normativa in materia di consenso informato e di DAT le sue finalità, e le modalità di attivazione/fruizione dei percorsi strutturati dalla Regione;

d) promuovere un'intesa con il Notariato e l'ANCI Toscana tale da consentire l'armonizzazione delle procedure operative di registrazione, conservazione e fruizione delle DAT;

e) richiedere alle Aziende Sanitarie della Toscana l'individuazione e comunicazione, entro 15 giorni dalla data della presente deliberazione, di un proprio Responsabile di progetto quale interlocutore nei rapporti con la Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute sia al fine di definire le prime azioni di adeguamento alla normativa, sia di pianificare la successiva attività di definizione dell'intero percorso avviato.

2. Di incaricare inoltre la Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute di fornire ulteriori indirizzi affinché, attraverso specifici gruppi di lavoro, costituiti nell'ambito dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, siano garantiti:

a) le condizioni operative per l'attuazione, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, della medicina di iniziativa, in particolare quale strumento di assistenza della cronicità e per la presa in carico delle persone giunte nella fase terminale della vita secondo il modello della palliazione precoce;

b) la predisposizione di linee guida per la pianificazione condivisa delle cure, comprese quelle nell'età pediatrica, e dei relativi percorsi assistenziali;

c) la predisposizione dei mezzi e degli strumenti per l'attuazione della palliazione precoce e dell'ospedalizzazione domiciliare;

d) la predisposizione degli strumenti di intervento sulle condizioni sociali degli assistiti onde permettere l'assistenza domiciliare evitando ricoveri inappropriati;

e) la progettazione di attività formative in materia a favore degli operatori coinvolti compresi i medici in formazione specialistica e di medicina generale, e per la formazione pre-laurea con le Università toscane.

3. Di individuare quali soggetti da coinvolgere, a

supporto dei compiti assegnati alla Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, l'Organismo Toscano per il Governo Clinico e la Commissione Regionale di Bioetica, ricercando al contempo l'apporto e la partecipazione attiva e costante delle rappresentanze dei cittadini e del volontariato.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della legge regionale n. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale n. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

- Dirigenza-Decreti

Direzione Ambiente ed Energia
Settore Valutazione Impatto Ambientale -
Valutazione Ambientale Strategica - Opere
Pubbliche di Interesse Strategico Regionale

DECRETO 30 marzo 2018, n. 4485
certificato il 30-03-2018

D.Lgs. 152/2006, art. 19; L.R. 10/2010, art. 48.
Procedimento di verifica di assoggettabilità relativo al "progetto di un centro di raccolta e trattamento veicoli fuori uso, impianto di trattamento e recupero materia da rifiuti non pericolosi (compresi i RAEE) e deposito preliminare di rifiuti pericolosi costituiti da batterie ed accumulatori esauriti", situato nel Comune di Carrara (MS), in Via Passo Volpe n. 25, località Avenza, proposto da Versilia Rottami S.r.l. Provvedimento conclusivo.

IL DIRIGENTE

Vista la Direttiva VIA 2011/92/UE, come modificata dalla 2014/52/UE;

Vista la parte seconda del D.Lgs. 152/2006;

Vista la L.R. 10/2010;

Visto il D.M. 30.3.2015;

Vista la D.G.R. n. 283 del 16.3.2015 ed in particolare l'allegato A, relativo all'effettuazione dei controlli in materia di verifica di assoggettabilità e di valutazione di impatto ambientale;