

REGIONE MARCHE

Assemblea legislativa

Proposta della IV Commissione permanente

SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

(Seduta del 14 marzo 2019)

Relatore di maggioranza: FABRIZIO VOLPINI

Relatore di minoranza: ELENA LEONARDI

sulla proposta di legge n. 184

a iniziativa dei Consiglieri Biancani, Volpini, Giacinti, Talè, Traversini, Micucci,
Urbinati, Giancarli, Busilacchi, Minardi, Mastrovincenzo, Rapa, Marconi

presentata in data 16 febbraio 2018

**PER UNA BUONA VITA FINO ALL'ULTIMO: DISPOSIZIONI PER GARANTIRE
L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE NELLA REGIONE MARCHE**

Nuova titolazione:

**DISPOSIZIONI PER GARANTIRE UNA BUONA VITA FINO ALL'ULTIMO
E L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE NELLA REGIONE MARCHE**

Testo proposto**Art. 1**
(Finalità)

1. La Regione promuove il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, così come definite dall'articolo 2 della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), anche se iniziate precocemente nel corso della malattia, al fine di assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita.

2. La Regione, per le finalità di cui al comma 1:

- a) promuove e incentiva la realizzazione della rete di cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e in quelle ospedaliere, al fine di garantire omogeneità ed equità al sistema;
- b) promuove l'integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali per una migliore gestione dei servizi volta a garantire continuità assistenziale attraverso uniformi percorsi di presa in carico complessiva dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative;
- c) semplifica la distribuzione e disponibilità dei medicinali utilizzati nel trattamento del dolore al fine di agevolare l'accesso dei pazienti alle cure palliative;
- d) promuove la diffusione di precisi protocolli assistenziali e diagnostico-terapeutici mediante l'impiego di metodi e strumenti, utilizzati in cure palliative, basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e mediche specialistiche, che uniformino la pratica clinica degli operatori sanitari;
- e) promuove la formazione e il continuo aggiornamento del personale medico e sanitario del Servizio sanitario regionale, su protocolli assistenziali e diagnostico-terapeutici, con particolare riguardo alle figure professionali coinvolte nelle cure palliative domiciliari e nelle strutture residenziali dell'area sanitaria e socio sanitaria di cui all'Allegato C del regolamento regionale 1° febbraio 2018, n. 1 (Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati");
- f) stimola e sostiene le associazioni di volontariato e le fondazioni attive nel settore dell'aiuto a pazienti in fase avanzata facilitandone il collegamento con le strutture adibite alle cure palliative;

Testo modificato dalla Commissione**Art. 1**
(Finalità)

1. La Regione, in armonia con i principi sanciti agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione:

- a) riconosce e tutela la vita umana fino all'ultimo, quale diritto inviolabile ed indisponibile di ogni persona e garantisce anche nel fine vita la dignità dell'essere umano quale valore culturale, che fonda tutti gli altri valori nonché diritto e dovere giuridico;
- b) nell'ambito della tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, promuove la partecipazione del paziente alla scelta delle cure mediche per sé più appropriate, riconoscendo all'alleanza terapeutica tra medico, paziente e famiglia il suo maggior valore proprio nel fine vita;
- c) assicura che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, nei termini previsti dalla legislazione nazionale vigente;
- d) vigila che in alcuna circostanza non sia provocata intenzionalmente la fine della vita, anche se richiesta dal paziente, così come non siano somministrati trattamenti inutili e sproporzionati rispetto alle condizioni cliniche del paziente e agli obiettivi di cura, dai quali non derivi un miglioramento della malattia o della qualità della vita.

2. In particolare la Regione, nel rispetto della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), promuove e sostiene una buona vita fino all'ultimo e tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative, anche se specialistiche precoci, ritenendolo obiettivo prioritario nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale.

- g) prevede strumenti di informazione istituzionale sull'accesso alle cure palliative e sul corretto utilizzo dei farmaci in esse impiegati;
- h) monitora, attraverso il Coordinamento regionale di cui all'articolo 8, sullo stato di attuazione delle finalità previste da questo articolo.

Art. 2
(Principi)

1. La Regione, nello spirito dei principi sanciti agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione e per le finalità previste all'articolo 1:

- a) riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile della persona;
- b) riconosce e garantisce la dignità di ogni persona in via prioritaria rispetto all'interesse della società e alle applicazioni della tecnologia e della scienza;
- c) riconosce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce la partecipazione del paziente alla scelta delle cure mediche per sé più appropriate, riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica tra il medico, paziente e famiglia che acquista il suo maggior valore proprio nella fase del fine vita;
- d) riconosce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, nei termini di cui agli articoli 1 e 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento);
- e) vieta ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, e delle norme di carattere deontologico, di provocare intenzionalmente la fine della vita, anche se richiesto dal paziente, e di somministrare trattamenti futili e sproporzionati rispetto alle condizioni cliniche del paziente e agli obiettivi di cura, dai quali non derivi un miglioramento della malattia o della qualità della vita.

Art. 3
(Soggetti destinatari)

1. Accedono alla rete di cure palliative i pazienti, adulti e minori, e loro familiari, con patologie cronico-degenerative in fase avanzata, dove ogni terapia finalizzata alla guarigione della patologia non è possibile né appropriata, e per i quali è stato redatto un piano assistenziale individuale di cui all'articolo 5. In particolare:

Art. 2
(Destinatari)

1. L'accesso alle cure palliative riguarda:

- a) i soggetti, adulti e minori, affetti da patologie cronico-degenerative in stato avanzato rispetto alle quali ogni terapia finalizzata alla guarigione non è possibile né appropriata, i quali necessitano di assistenza di tipo palliativo per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali, per il mantenimento della migliore qualità di vita possibile e per un percorso di vita rispettoso della persona;
- b) i soggetti, adulti e minori, affetti da patologie cronico-degenerative che intendono avvalersi, già in fase di diagnosi, dell'applicazione delle cure palliative specialistiche precoci.

Art. 3
(Compiti della Regione)

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 la Giunta regionale, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria e della definizione di specifiche linee di indirizzo nella materia disciplinata da questa legge, prevede interventi finalizzati a:

- a) sostenere il consolidamento delle reti regionali per le cure palliative indicate agli articoli 6 e 6 bis (di seguito denominate reti) anche

- a) soggetti affetti da patologie cronico-degenerative in stato avanzato, che necessitano di assistenza di tipo palliativo per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali, per il mantenimento della migliore qualità di vita possibile e per un percorso di vita rispettoso della persona;
- b) soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, che intendano avvalersi già in fase di diagnosi, di assistenza di tipo palliativo.

- attraverso una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali;
- b) promuovere e sostenere l'adozione e l'applicazione di uniformi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per la presa in carico del paziente e dei familiari nelle reti, anche mediante la definizione di specifici protocolli formalizzati e condivisi di cura e di assistenza che includono altresì quella psicologica e psicotropa;**
- c) assicurare l'applicazione del metodo della pianificazione condivisa delle cure, basato sul consenso informato previsto dalla normativa nazionale vigente, quale metodo imprescindibile usato nelle reti;**
- d) promuovere e sostenere la realizzazione di specifici percorsi di formazione a favore del personale sanitario e socio-assistenziale nonché di tutti gli altri soggetti che operano nelle reti, da inserire, nei limiti delle risorse a disposizione, negli atti di programmazione in materia di formazione professionale;**
- e) semplificare la distribuzione e la disponibilità dei medicinali utilizzati nel trattamento del dolore al fine di agevolare l'accesso dei pazienti alle cure palliative;**
- f) promuovere e sostenere la formazione continua del personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nel settore delle cure palliative, attraverso il conseguimento di crediti formativi secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente, nell'ambito del sistema di formazione ECM regionale;**
- g) promuovere interventi di sensibilizzazione ed informazione rivolti alla cittadinanza sulle tematiche del fine vita, sulle cure palliative e sulle modalità di accesso ai servizi delle reti;**
- h) assicurare l'assistenza spirituale e religiosa durante tutto il percorso di cure, con le modalità che il paziente stesso richiede.**

2. La Giunta regionale individua le specifiche modalità di monitoraggio delle attività delle reti da parte del Coordinamento di cui all'articolo 8 anche attraverso l'impiego di strumenti di valutazione della qualità percepita delle cure e dei servizi erogati e le modalità di raccolta delle informazioni indicate all'articolo 10 bis.

3. La Giunta regionale inoltre, per quanto previsto all'articolo 7, istituisce, presso il servizio competente in materia di sanità, un apposito elenco delle organizzazioni di volontariato che offrono assistenza sociale e sanitaria a domicilio dei pazienti in stato di inguaribilità o fine vita, individuandone anche i criteri e le modalità di iscrizione.

Art. 4

(Tutela specifica per il malato in stato di inguaribilità e fine vita)

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 di questa legge, il malato in stato di inguaribilità o a fine vita ha diritto di accedere alle cure palliative, in particolare:

- a) a percorsi agevolati, diagnostici e curativi, attraverso una presa in carico complessiva del paziente nella rete locale di cure palliative nei diversi regimi ambulatoriale, domiciliare o in hospice anche in relazione alla complessità assistenziale, mantenendo raccordi con l'ente ospedaliero al fine di garantirne la continuità dell'assistenza;
- b) ad essere assistito, anche in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza, e se in condizioni terminali, ad essere sedato, in sintonia con la sua volontà e in coerenza, con gli standard clinici, culturali ed etici, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, anche avendo riguardo alle previsioni di cui all'articolo 4 della legge 219/2017;
- c) ad una adeguata assistenza psicologica e psicotropica;
- d) all'assistenza spirituale e religiosa, con le modalità che il malato stesso richiede.

Art. 5

(Pianificazione condivisa delle cure)

1. La relazione di cura e di fiducia tra medico e paziente, fondata sull'autonomia decisionale della persona che si esprime nel consenso informato al pari dell'autonomia professionale del medico, realizza l'alleanza terapeutica, finalizzata al bene integrale della persona.

2. Ogni persona può rifiutare, rinunciare o interrompere i trattamenti diagnostico-terapeutici, nelle modalità previste dalla legge 219/2017.

3. L'alleanza terapeutica, all'interno della relazione di cura e fiducia fra il paziente e il medico, di cui al comma 1, è documentata da una pianificazione condivisa delle cure, elaborata sulla base del Piano assistenziale individualizzato (PAI) nel rispetto della Pianificazione anticipata delle cure (PAC) rispondente alle scelte del paziente.

4. La pianificazione condivisa delle cure è parte integrante della cartella clinica. Per le finalità di cui alla lettera c) del comma 1 all'articolo 2, nella cartella clinica è annotata la progressiva registrazione dell'evoluzione della consapevolezza, dei desideri e volontà del malato e del suo consenso alle terapie e alle procedure assistenziali più rilevanti che sono via via proposte dall'équipe curante.

Art. 4

(Tutela specifica per il malato in stato di inguaribilità e fine vita)

Soppresso

Art. 5

(Pianificazione condivisa delle cure)

Soppresso

5. Qualsiasi medico, anche in condizioni di urgenza e di emergenza, si asterrà dal mettere in pratica quelle procedure diagnostico-terapeutiche non condivise dal programma di trattamenti futuri di cui al comma 3, senza incorrere in sanzioni civili e penali.

6. La pianificazione condivisa delle cure dovrà essere condivisa con il medico di medicina generale, al fine di garantire il rispetto delle volontà del paziente e l'indipendenza professionale.

Art. 6

(Reti regionali per le cure palliative)

1. La rete locale per le cure palliative, organizzata per Area Vasta, è formata dai servizi domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri e residenziali dell'area sanitaria e socio sanitaria di cui all'Allegato C del regolamento regionale 1/2018. I servizi residenziali dedicati alle cure palliative sono denominati hospice.

2. Le cure palliative sono erogate secondo i desideri del malato o di chi ne esercita la rappresentanza legale, prevalentemente a domicilio dove ne è favorita la permanenza, o in strutture residenziali dedicate alle cure palliative, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

3. Nella funzione di cure palliative operano medici con specifica formazione ed esperienza almeno triennale in cure palliative, come previsto dalla normativa vigente, psicologi, infermieri, assistenti sociali e operatori sociosanitari, tutti con formazione specifica, dedicati alle cure dei malati in stato di inguaribilità o a fine vita.

4. In presenza di condizioni particolarmente complesse riferite ai malati o ai loro familiari, la funzione di cure palliative può avvalersi del contributo di medici specialisti e di riabilitatori per specifici aspetti di cura e assistenza.

5. La funzione di coordinamento della rete locale viene affidata all'Unità di cure palliative-hospice (UCPH), formata da figure professionali dedicate con specifica competenza ed esperienza ai sensi del comma 2 dell'articolo 5 della legge 38/2010.

Art. 6

(Rete regionale per le cure palliative)

1. La rete regionale per le cure palliative è costituita dalla rete integrata dei servizi inerenti l'attività di cure palliative siano essi: domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri e residenziali dell'area sanitaria e socio-sanitaria ed è organizzata su base di area vasta.

2. Nei servizi della rete opera personale sanitario e socio-assistenziale dedicato in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

3. Nell'ambito della rete, tenendo conto dei bisogni e della volontà del paziente o di chi ne esercita la rappresentanza legale nonché dei suoi familiari, è privilegiata l'erogazione delle cure a livello di assistenza domiciliare (UCPD) o attraverso le strutture residenziali "Hospice" (UCPH) o le strutture residenziali non dedicate dell'area socio-sanitaria, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

4. La funzione di coordinamento della rete è affidata all'UCPH presente sul territorio dell'area vasta di riferimento.

5. Il percorso assistenziale all'interno della rete, dopo specifica segnalazione del medico di medicina generale o di un medico ospedaliero o della Unità Valutativa Integrata (di seguito denominata UVI) del territorio, così come del paziente stesso o dei suoi familiari od anche dei servizi sociali, ha inizio con la valutazione congiunta da parte dell'UCPD e dell'UVI interessati, i quali redigono il Piano assistenziale individuale (di seguito denominato PAI), nel rispetto della pianificazione anticipata delle cure (PAC) parte integrante della cartella clinica del paziente.

6. Il PAI garantisce la continuità assistenziale durante il percorso di cura del paziente, secondo il metodo della pianificazione condivisa delle cure, aggiornata in base all'evoluzione della consapevolezza, dei desideri e della volontà del paziente stesso, del suo consenso alle terapie e alle procedure assistenziali più rilevanti, concepito quale strumento prioritario in

cui si realizza l'alleanza terapeutica all'interno della relazione di cura e fiducia fra il paziente e il medico.

7. Il rispetto delle procedure diagnostico-terapeutiche condivise nel PAI è assicurato anche in condizioni di urgenza ed emergenza.

Art. 6 bis
(Rete regionale per le cure palliative pediatriche)

1. La rete regionale per le cure palliative pediatriche è costituita dalla rete integrata dei servizi inerenti l'attività di cure palliative pediatriche siano essi: domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri e residenziali dell'area sanitaria e socio-sanitaria organizzati al fine di garantire l'assistenza ai pazienti in età evolutiva, tenendo conto della complessità di gestione e della disomogeneità delle patologie pediatriche cronico-degenerative ed evolutive.

2. Presso il Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona" opera il Centro Regionale per le Cure Palliative Pediatriche (di seguito denominato C.R.C.P.P.), il quale è costituito da una aggregazione funzionale di esperti con specifica formazione che lavorano in sinergia con gli altri professionisti del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" e gestiscono le patologie pediatriche cronico-degenerative e invalidanti, avvalendosi di tutte le competenze multidisciplinari necessarie al sostegno del minore e della sua famiglia.

Art. 7
(Organizzazioni di volontariato)

1. Per l'erogazione dei servizi previsti da questa legge, l'UCPD si avvale della collaborazione delle organizzazioni di volontariato iscritte nell'elenco previsto dal comma 3 dell'articolo 3 e ne coordina l'attività.

2. L'UCPD si avvale delle medesime organizzazioni di volontariato anche per la pianificazione delle attività orientate alla promozione e al mantenimento "dell'agio" in un'ottica di cambiamento, sviluppo e trasformazione, finalizzata al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Art. 7
(Organizzazioni di volontariato)

1. L'Unità di cure palliative-hospice (UCPH) si avvale della collaborazione delle organizzazioni di volontariato che offrono assistenza sociale e sanitaria domiciliare ai pazienti in stato di inguaribilità o fine vita, e ne coordina l'attività.

2. Il volontario, nell'attuazione dei socio-assistenziali, laddove indicato sanitari, si integra in equipe con gli altri operatori coinvolti al fine di meglio rispondere al bisogno relazione, solidarietà ed inclusione del malato stesso e dei suoi familiari.

3. L'Unità di cure palliative-hospice (UCPH) si avvale delle organizzazioni di volontariato anche per la pianificazione delle attività orientate alla promozione "dell'agio" in un'ottica di cambiamento, sviluppo e trasformazione, finalizzate al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

4. La Regione, con atto di Giunta regionale che ne prevede i requisiti di accreditamento, istituisce un elenco delle organizzazioni di volontariato operanti nel settore specifico dell'aiuto ai pazienti terminali ed alle loro famiglie.

Art. 8

(Coordinamento regionale per le cure palliative)

1. È istituito presso la Giunta regionale un Coordinamento regionale per le cure palliative, di seguito denominato Coordinamento.

2. Il Coordinamento è composto:

- a) dal direttore dell'Agenzia regionale sanitaria (ARS) delle Marche o suo delegato;
- b) dai direttori sanitari dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), dell'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico per anziani (INRCA), delle Aziende ospedaliere "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi" e "Ospedali Riuniti Marche Nord", o loro delegati;
- c) dai direttori degli hospice presenti nella Regione;
- d) dal responsabile regionale delle principali società scientifiche operanti sul territorio nell'ambito delle cure palliative;
- e) da un rappresentante dell'Ordine dei medici per ciascuna provincia;
- f) da un medico dipendente nominato dall'ASUR per ciascuna Area vasta, dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA); dalle Aziende ospedaliere "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi" e "Ospedali Riuniti Marche Nord" scelti preferibilmente con formazione bioetica e nell'ambito della UO Medicina legale;
- g) da referenti esperti nominati dall'ASUR, dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA), dalle Aziende ospedaliere "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi" e dall'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

3. Il Coordinamento regionale per le cure palliative ha le seguenti funzioni:

- a) monitora sul sistema informativo regionale delle cure palliative;
- b) monitora sullo stato di attuazione della rete di cure palliative;
- c) promuove programmi obbligatori di formazione in cure palliative in collaborazione con gli hospice regionali;
- d) definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza nell'ambito della rete.

4. Ai lavori del Coordinamento possono partecipare esperti individuati con decreto del dirigente della struttura della Giunta regionale competente in

Art. 8

(Coordinamento regionale per le cure palliative)

1. È istituito presso la Giunta regionale il Coordinamento regionale per le cure palliative (di seguito denominato Coordinamento) con il compito di avanzare proposte alla Giunta regionale su:

- a) stato di attuazione delle reti e suo consolidamento;
- b) indirizzi per lo sviluppo uniforme di percorsi di presa in carico e di assistenza del paziente nell'ambito delle reti;
- c) programmi formativi specifici rivolti al personale sanitario e socio-sanitario che opera nel settore delle cure palliative, nonché percorsi formativi specifici destinati ai volontari delle organizzazioni inserite nell'elenco previsto dal comma 3 dell'articolo 3 e a coloro che svolgono attività di caregiving familiare o di assistenza personale quotidiana.

2. Il Coordinamento è composto:

- a) dal direttore dell'Agenzia regionale sanitaria delle Marche (di seguito denominata ARS) o suo delegato;
- b) dai direttori sanitari dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi", dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dell'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico per anziani (INRCA), o loro delegati;
- c) dai direttori degli UCPH presenti nella regione;
- d) dal responsabile regionale delle principali società scientifiche operanti sul territorio nell'ambito delle cure palliative;
- e) da un rappresentante dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri per ciascuna provincia;
- f) da un medico dipendente nominato dall'ASUR per ciascuna Area vasta, dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi", dall'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dall'INRCA, scelti preferibilmente con formazione bioetica e nell'ambito della struttura sanitaria di Medicina legale;

materia di piani e programmi socio sanitari, su indicazione del dirigente responsabile del Coordinamento.

5. I componenti del coordinamento durano in carica tre anni e possono essere rinnovati.

6. Il gruppo relaziona annualmente sull'attività svolta in Regione in materia di cure palliative.

Art. 9
(Formazione)

1. Il personale sanitario e socio-assistenziale afferente alla rete locale di cure palliative è costituito da figure professionali dedicate con specifica competenza ed esperienza ai sensi del comma 2 dell'articolo 5 della legge 38/2010.

2. Il coordinamento regionale per le cure palliative propone, anche in collaborazione con il mondo accademico, progetti formativi specifici per le cure palliative e per la terapia del dolore indirizzati a tutto il personale sanitario e socio-sanitario operante nella rete di cure palliative, nonché corsi dedicati ai Care Giver e attività di informazione e comunicazione destinati alla cittadinanza, finalizzati alla sensibilizzazione sulle tematiche di fine vita. I corsi possono essere organizzati nella sede degli hospice regionali o anche nei reparti ospedalieri.

3. In sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina, di cui all'articolo 16 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni, l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nel settore

g) da referenti esperti nominati dall'ASUR, dall'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", dall'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dall'INRCA.

3. Alle riunioni del Coordinamento possono partecipare esperti nella materia disciplinata da questa legge.

4. Il Coordinamento è costituito con deliberazione della Giunta regionale sulla base delle designazioni di almeno la metà dei suoi componenti. La deliberazione costitutiva ne definisce anche le modalità di funzionamento.

5. Il Coordinamento resta in carica per tutta la durata della legislatura. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalla struttura regionale competente in materia di sanità.

6. La partecipazione ai lavori del Coordinamento non comporta la corresponsione di indennità o gettoni di presenza, ma soltanto il rimborso delle spese documentate e sostenute.

7. Il Coordinamento relaziona, con le modalità stabilite all'articolo 10 bis, all'Assemblea legislativa ed alla Giunta regionale sull'attività svolta e sul monitoraggio effettuato in merito allo stato di attuazione delle reti, al suo consolidamento e agli effetti delle azioni poste in essere.

Art. 9
(Formazione)

Soppresso

delle cure palliative, è previsto dal coordinamento regionale per le cure palliative e si realizza attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multi professionali, ivi inclusi periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle reti.

Art. 10

(Centro di bioetica regionale per la prassi assistenziale)

1. Presso l'Agenzia sanitaria regionale (ARS) è istituito un Centro di bioetica che svolge attività di consulenza, studio e approfondimento su problematiche bioetiche, biogiuridiche e sulla prassi assistenziale eticamente rilevante.

2. Il Centro di bioetica è costituito da professionisti con preferibile formazione in bioetica. In particolare:

- a) da otto medici dipendenti in diverse aree cliniche nominati dall'ASUR per ciascuna Area vasta, dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA); dalle Aziende ospedaliere "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" e "Ospedali Riuniti Marche Nord", scelti preferibilmente tra medici legali, palliativisti, oncologi e neurologi;
- b) da tre medici chirurghi e odontoiatri iscritti ad uno degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri del territorio;
- c) da un medico legale con documentata formazione in bioetica;
- d) da un esperto in materie giuridiche;
- e) da un bioeticista;
- f) da un consulente esperto nominato in base alla tematica trattata.

3. I componenti del Centro di bioetica sono nominati dal direttore dell'Agenzia regionale sanitaria (ARS) delle Marche entro sessanta giorni dall'applicazione della legge, durano in carica tre anni e possono essere rinnovati.

Art. 10

(Centro di bioetica regionale per la prassi assistenziale)

1. Presso la struttura competente in materia di sanità è istituito il Centro di bioetica regionale per la prassi assistenziale (di seguito denominato Centro), che svolge attività di consulenza, studio e approfondimento su problematiche bioetiche, biogiuridiche e sulla prassi assistenziale eticamente rilevante.

2. Il Centro è composto da:

- a) quattro medici scelti tra palliativisti, oncologi, neurologi e medici di medicina generale;
- b) due medici, con specifica formazione in bioetica, designati congiuntamente dagli Ordini provinciali dei medici chirurghi ed odontoiatri delle Marche;
- c) un medico legale con specifica formazione in bioetica;
- d) due esperti in materie giuridiche, con specifica formazione in bioetica;
- e) due bioeticisti.

3. Ai lavori del Centro possono partecipare esperti per l'esame di particolari tematiche.

4. I componenti indicati al comma 2 sono nominati dalla Giunta regionale anche in assenza delle designazioni di cui alla lettera b) del medesimo comma, le quali possono essere successivamente integrate. Con deliberazione di nomina è costituito anche il Centro e ne sono definite le modalità di funzionamento dello stesso.

5. I componenti di cui alle lettere d) ed e) del comma 2 sono nominati dalla Giunta regionale ai sensi della legge regionale 5 agosto 1996, n. 34 (Norme per le nomine e designazioni di spettanza della Regione). La deliberazione di cui al comma 4 è adottata previo parere della Commissione assembleare competente in materia di sanità.

6. Il Centro resta in carica per tutta la durata della legislatura. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalla struttura competente in materia di sanità.

7. La partecipazione ai lavori del Centro non comporta la corresponsione di indennità o gettoni di presenza, ma soltanto il rimborso delle spese documentate sostenute.

Art. 10 bis
(Clausola valutativa)

1. A partire dal secondo anno successivo all'entrata in vigore di questa legge, il Coordinamento regionale per le cure palliative indicato all'articolo 8 trasmette all'Assemblea legislativa e alla Giunta regionale con cadenza annuale una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della legge contenente almeno le seguenti informazioni:

- a) gli interventi posti in essere per sostenere il consolidamento delle reti regionali per le cure palliative con particolare riferimento all'andamento dell'offerta di dette cure a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali ed in quelle ospedaliere;**
- b) le risultanze della valutazione degli utenti in ordine alla qualità percepita delle cure erogate;**
- c) i programmi ed i percorsi di formazione effettuati ai sensi della lettera d) del comma 1 dell'articolo 3, la loro distribuzione territoriale ed il numero dei partecipanti;**
- d) il numero dei pazienti presi in carico dalle reti regionali per le cure palliative distinti per patologia e per area vasta;**
- e) i servizi domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri e residenziali di cure palliative erogati, con particolare riferimento alle giornate di cure palliative erogate a domicilio, distinti per area vasta;**
- f) il trend dei pazienti destinatari di questa legge deceduto nelle strutture sanitarie ospedaliere per acuti, negli hospice e nel domicilio, distinto per patologia ed area vasta;**
- g) l'andamento degli accessi al pronto soccorso dei destinatari di questa legge nel mese antecedente il decesso;**
- h) l'andamento dei ricoveri ospedalieri programmati e non programmati dei soggetti destinatari di questa legge in relazione alle diverse patologie;**
- i) l'andamento dei tempi di presa in carico del paziente da parte delle reti regionali delle cure palliative;**
- l) il numero delle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco regionale di cui al comma 3 dell'articolo 3;**

Art. 11
(Disposizioni finanziarie)

1. All'attuazione di questa legge si provvede, a decorrere dall'anno 2018, mediante impiego di quota parte delle risorse assegnate annualmente a titolo di ripartizione del fondo sanitario agli enti del servizio sanitario regionale.

2. Le spese indicate al comma 1 sono iscritte nella Missione 13" Tutela della salute", Programma 01 "Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA".

3. La Giunta regionale è autorizzata, ai fini della gestione, a effettuare le necessarie variazioni al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio finanziario gestionale.

m) i punti di forza e le eventuali criticità riscontrate nell'attuazione della legge con particolare riferimento alle azioni di integrazione ospedale-territorio.

2. Acquisita la relazione indicata al comma 1 l'Assemblea legislativa valuta l'attuazione di questa legge e i risultati progressivamente ottenuti provvedendo a curare la divulgazione dei dati e delle informazioni raccolti.

Art. 11
(Disposizioni finanziarie)

1. All'attuazione di questa legge si provvede, a decorrere dall'anno ~~2018~~ **2019**, mediante impiego di quota parte delle risorse assegnate annualmente a titolo di ripartizione del fondo sanitario agli enti del servizio sanitario regionale.

2. Identico

3. Identico