

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

presentata dai consiglieri Sibau, Zibera¹

il 26 maggio 2015

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari>>

¹ Firma aggiunta in data 27/05/2015

Presidente, Colleghi,

la presente legge si propone di offrire ai pazienti affetti da patologie neurodegenerative, quali il morbo di Alzheimer e quello di Parkinson, misure e/o azioni atte a favorire l'assistenza a lungo termine sia in strutture protette sia al proprio domicilio, fornendo al contempo un sostegno economico e socio-assistenziale ai loro familiari.

Con questa legge si potrebbe attuare un vero cambio di passo: da un approccio incentrato sulla malattia passiamo a un modello assistenziale costruito intorno alla persona, in linea con la più generale riforma del sistema socio-assistenziale regionale. Un modello che poggia su una maggiore integrazione tra interventi sanitari e sociali. Perché è indispensabile creare una rete completa di servizi diffusa sul territorio con la quale fornire l'assistenza più appropriata nei vari stadi della patologia, sia al paziente che ai propri familiari.

La necessità di un urgente intervento normativo in materia nasce dal progressivo invecchiamento della popolazione mondiale e, conseguentemente, dalla forte espansione ed incidenza delle patologie suddette.

Il sistema tradizionale di "cure informali" da parte della famiglia, amici e comunità in genere, necessiterà quindi di maggiore supporto.

Dal Rapporto Mondiale Alzheimer 2013 emergono i seguenti dati:

- In tutto il mondo, il 13% degli over 60 richiede assistenza a lungo termine. Tra il 2010 e il 2050, il numero totale di anziani con esigenze di tipo assistenziale è destinato a triplicare, passando da 101 a 277 milioni di persone;
- L'assistenza a lungo termine è destinata in prevalenza a persone affette da demenza, e l'80% degli anziani nelle case di riposo convive con la demenza. Attualmente, il costo globale dell'assistenza per la demenza supera i 600 miliardi di dollari, ovvero circa l'1% del PIL mondiale.

La presa d'atto di quanto sopra esposto mette in luce la necessità di predisporre un piano regionale per la cura delle persone affette dalle due patologie e l'avvio urgente di dibattiti sull'assistenza a lungo termine.

Tra le tante azioni da porre in essere, è importante in primis:

- creare sistemi atti a monitorare la qualità dell'assistenza alle persone affette da Alzheimer e Parkinson in tutti i contesti – sia in strutture protette, sia al proprio domicilio;
- promuovere l'autonomia e la scelta in tutte le fasi di sviluppo del morbo, dando priorità alle voci delle persone che ne sono affette e ai loro familiari;

- integrare e coordinare i sistemi di assistenza sanitaria per rispondere alle esigenze di ogni cittadino;
- promuovere la formazione adeguata di *caregiver* che lavorano in prima linea, assicurando loro anche un riconoscimento finanziario;
- monitorare l'assistenza fornita nelle case di riposo in termini di qualità della vita e soddisfazione degli ospiti, in aggiunta alle ispezioni di routine, perché le case di riposo continueranno a essere un elemento fondamentale dell'assistenza a lungo termine.

E' importante provvedere urgentemente, come già è avvenuto in altre regioni, all'istituzione di Nuclei Alzheimer e Parkinson, quali aree di cura ed assistenza, distribuite territorialmente sul suolo regionale, al fine di garantire la massima accessibilità a tutti i pazienti interessati, che presentano disturbi del comportamento, all'interno di strutture RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), IDR (Istituti di Riabilitazione), e nei CDI (Centri Diurni Integrati) che hanno l'obiettivo di garantire agli Ospiti le necessarie condizioni di protezione, sicurezza, cura ed allo stesso tempo ritmi di vita e stimoli "riabilitativi" adeguati alle loro ridotte capacità cognitive e funzionali, dall'esordio alla fase terminale.

I nuclei suddetti hanno come scopo precipuo quello di ospitare e fornire le cure necessarie alle persone affette da Alzheimer e Parkinson, con disturbi psico-comportamentali tali da non renderli gestibili al loro domicilio.

La degenza nei Nuclei Alzheimer RSA può essere temporanea oppure permanente.

La retta di degenza è a carico del Servizio Sanitario Regionale per la quota sanitaria e a carico dell'utente, o degli obbligati per legge, per la quota socio-assistenziale, oppure in parte a carico del Comune di residenza qualora sussistano i requisiti di reddito.

Passando ad esaminare nel dettaglio il provvedimento di legge, all'**articolo 1** troviamo le finalità che evidenziano la necessità di garantire l'assistenza e la cura dei malati affetti da Alzheimer e Parkinson attraverso una rete di servizi sociali e sanitari integrati. Allo stesso tempo l'obiettivo della presente legge è quello di sostenere sia il paziente che la sua famiglia, in modo continuativo, durante tutte le fasi di evoluzione della patologia.

All'**articolo 2** viene disciplinata l'emanazione da parte della Giunta regionale di un Piano regionale a favore dei soggetti affetti da Alzheimer e Parkinson, secondo le linee guida proposte dalla Direzione centrale salute. Il suddetto Piano ha durata triennale e contiene: le linee guida per l'accesso dei pazienti alle diverse forme di assistenza; il censimento annuale dei servizi presenti sul territorio; la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse; la sperimentazione di forme assistenziali territoriali in grado di assicurare la continuità dell'assistenza dalla diagnosi fino alle fasi di maggiore gravità di malattia, garantendo un adeguato supporto ai pazienti e alle famiglie, con particolare attenzione all'ambito dell'assistenza domiciliare; l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati.

Con l'**articolo 3** viene istituita la Commissione regionale Alzheimer e Parkinson al fine di uniformare i percorsi diagnostici e riabilitativo - assistenziali e definire i requisiti strutturali e organizzativi dei luoghi di cura e per l'assistenza domiciliare.

L'**articolo 4** disciplina l'intera Rete dei Servizi sociali e sanitari integrati, prevedendo la figura del care-manager, importante per orientare e coordinare gli interventi del piano assistenziale individuale riferito al singolo paziente, nel rispetto delle disposizioni dettate dal Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer e Parkinson. Lo stesso care-manager provvederà a designare il responsabile della presa in carico del paziente – Caregiver di cui all'**articolo 5**.

Gli **articoli da 6 a 11** definiscono rispettivamente le tipologie e le funzioni dei servizi di Rete di cui all'articolo 4:

- a) centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative;
- b) centri diagnostici specialistici per le malattie neurodegenerative;
- c) centri diurni;
- d) centri sollievo;
- e) reparti di degenza per le patologie Alzheimer e Parkinson;
- f) nuclei Alzheimer e Parkinson.

L'**articolo 12** disciplina la formazione adeguata e la valorizzazione della figura dei responsabili della presa in carico (caregiver) e il monitoraggio sul sistema di assistenza sanitario e socio-assistenziale predisposto per i soggetti affetti da malattia di Alzheimer e Parkinson in Regione.

All'**articolo 13**, infine, troviamo le norme finanziarie.

Considerata l'importanza e l'urgenza rivestita dal provvedimento in esame, si confida in una rapida approvazione da parte dell'Aula.

SIBAU

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

Art. 1
(Finalità)

1. La Regione, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e dell'articolo 5, primo comma, punto 16, dello Statuto, conformemente agli obiettivi espressi dall'Unione europea nel settore delle malattie neurodegenerative, assicura l'assistenza e la cura dei malati affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson attraverso una rete di servizi sociali e sanitari integrati, sostenendo altresì il paziente in modo continuativo e la sua famiglia.

2. Alla realizzazione degli obiettivi di cui al comma 1, concorrono, nell'esercizio delle competenze loro attribuite dalla normativa vigente, i seguenti soggetti:

- a) la Regione;
- b) i Comuni singoli o associati;
- c) le Aziende per l'assistenza sanitaria;
- d) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- e) le Università;
- f) le strutture sanitarie private accreditate;
- g) i soggetti privati operanti senza fini di lucro in ambito socio-assistenziale, ivi comprese le organizzazioni e le cooperative che non ripartiscono utili, nonché i soggetti che gestiscono centri ed istituti specializzati, rispondenti al bisogno di residenzialità, centri socio-riabilitativi ed educativi diurni e soluzioni abitative protette;
- h) le organizzazioni di volontariato iscritte nel registro di cui all'articolo 5 della legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 (Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale e norme sull'associazionismo).

3. Per il medesimo fine collaborano direttamente, ovvero tramite le associazioni rappresentative, le famiglie delle persone affette da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson e i singoli cittadini che si attivano, in tale campo, volontariamente e senza fini di lucro.

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

Art. 2

(Piano regionale in favore di soggetti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson)

1. La Giunta regionale, previo parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e della competente commissione consiliare, provvede all'adozione di un Piano regionale in favore di soggetti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson.

2. Il Piano regionale di cui al comma 1 ha durata triennale e contiene in particolare:

- a) le linee guida per l'accesso dei pazienti alle diverse forme di assistenza;
- b) il censimento annuale dei servizi presenti sul territorio;
- c) la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse;
- d) la sperimentazione di forme assistenziali territoriali in grado di assicurare la continuità dell'assistenza dalla diagnosi fino alle fasi di maggiore gravità di malattia, garantendo un adeguato supporto ai pazienti e alle famiglie, con particolare attenzione all'ambito dell'assistenza domiciliare;
- e) l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati.

Art. 3

(Commissione regionale Alzheimer e Parkinson)

1. È istituita, presso la Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, la Commissione regionale Alzheimer e Parkinson, con il compito di uniformare i percorsi diagnostici e riabilitativo - assistenziali e definire i requisiti strutturali e organizzativi dei luoghi di cura e per l'assistenza domiciliare dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson, in attuazione del Piano regionale di cui all'articolo 2.

2. La Commissione, costituita con deliberazione della Giunta regionale, è composta da:

- a) il direttore centrale della Direzione competente in materia di tutela della salute e politiche sociali o suo delegato;
- b) un rappresentante delle associazioni delle famiglie di pazienti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson presenti a livello regionale;

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

- c) un rappresentante dei direttori dei distretti sociosanitari;
 - d) un rappresentante dei dirigenti medici aziendali competenti per i servizi territoriali riabilitativi dedicati all'Alzheimer e al Parkinson;
 - e) un dirigente delle Aziende per l'assistenza sanitaria con documentate competenze tecnico- scientifiche in materia di patologie neurodegenerative.
3. Possono partecipare ai lavori della Commissione esperti e operatori sanitari individuati dal direttore centrale della Direzione competente in materia di tutela della salute e politiche sociali.
4. I componenti la Commissione durano in carica tre anni e possono essere riconfermati. Essi esercitano le loro funzioni senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale e del bilancio degli enti del Servizio sanitario regionale.
5. La Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali assicura il supporto tecnico e amministrativo necessario ai lavori della Commissione.

Art. 4

(Rete dei servizi sociali e sanitari integrati)

1. La rete di servizi sociali e sanitari integrati di cui all'articolo 1, comma 1, costituita in base alle linee programmatiche definite dal Piano regionale di cui all'articolo 3 si articola in:
- a) centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative;
 - b) centri diagnostici specialistici per le malattie neurodegenerative;
 - c) centri diurni;
 - d) centri sollievo;
 - e) reparti di degenza per le patologie Alzheimer e Parkinson;
 - f) nuclei Alzheimer e Parkinson;
 - g) assistenza domiciliare sociale e sanitaria.
2. In ogni Azienda per l'assistenza sanitaria è istituito un punto unico d'accesso alla rete dei servizi di cui al comma 1, che assicura la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, garantendone la continuità delle cure.

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

3. All'interno di ogni distretto sanitario di ciascuna AAS opera un care manager che, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i centri esperti in patologie neurodegenerative di cui alla lettera a) del comma 1, orienta e coordina gli interventi del piano assistenziale individuale per tutto il percorso terapeutico del paziente, nel rispetto delle previsioni contenute nel Piano regionale di cui all'articolo 3.

4. Contemporaneamente all'elaborazione del piano assistenziale individuale, il care manager provvede a designare il responsabile della presa in carico del paziente.

Art. 5

(Responsabile della presa in carico - Caregiver)

1. La Commissione regionale di cui all'articolo 3, definisce linee guida per l'esercizio delle funzioni e delle modalità di lavoro del responsabile della presa in carico di cui al comma 4 dell'articolo 4, al fine di:

a) assicurare alla persona la rappresentanza informata rispetto al complesso delle opportunità terapeutiche, assistenziali e di sostegno al reinserimento di cui può usufruire e tra le quali può scegliere;

b) organizzare alla persona la fruizione dei trattamenti ulteriori necessari, medici, riabilitativi, diagnostici, assistenziali e/o sociali e degli interventi necessari presso le strutture e gli operatori accreditati, coordinando le équipe predisposte eventualmente allo scopo;

c) curare, in caso di bisogno, il reinserimento della persona nelle attività normali compatibili con il suo stato di salute e con la sua autonomia, con l'ausilio, se necessario, dei servizi sociali;

d) predisporre, per ciascuna persona presa in carico, una scheda riepilogativa contenente il progetto di continuità assistenziale e le attività prestate durante l'intero percorso terapeutico.

Art. 6

(Centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative)

1. centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative sono istituiti all'interno di ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria, al fine di garantire la presa in carico globale dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson.

2. I centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative realizzano progetti assistenziali individualizzati (PAI) per i pazienti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson e per le loro famiglie, attraverso équipe multi-professionali composte da

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

personale con specifica competenza nel campo delle malattie neurodegenerative, tra cui devono essere presenti:

- a) un medico specialista in geriatria, neurologia e/o psichiatria;
- b) uno psicologo;
- c) un terapista della riabilitazione motoria;
- d) un terapista occupazionale;
- e) un logopedista;
- f) un assistente sociale;
- g) un infermiere professionale.

3. Le équipe multi-professionali di cui al comma 3 valutano e monitorano l'andamento della malattia anche nei pazienti assistiti a domicilio, accompagnandoli nelle varie fasi assistenziali, attraverso percorsi preferenziali e in funzione dell'evoluzione della malattia.

4. I centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative operano in collegamento con il medico di medicina generale di riferimento del paziente.

5. I centri territoriali esperti in patologie neurodegenerative provvedono:

- a) al supporto informativo, formativo e psicologico dei familiari, concernente gli aspetti assistenziali, sanitari e giuridici relativi alla malattia;
- b) alla verifica dell'appropriatezza delle cure e dell'assistenza sociosanitaria fornite dagli operatori o dai familiari.

Art. 7

(Centri diagnostici specialistici per le malattie neurodegenerative)

1. I centri diagnostici specialistici per le malattie neurodegenerative sono istituiti presso le aziende ospedaliere regionali e offrono prestazioni diagnostiche di secondo livello, finalizzate all'individuazione precoce del deterioramento cognitivo, alla diagnosi differenziale ed al trattamento farmacologico.

2. I centri diagnostici specialistici assicurano il monitoraggio dei trattamenti proposti ed il relativo adeguamento in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali.

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

Art. 8

(Centri diurni)

1. I centri diurni forniscono assistenza sociosanitaria semiresidenziale ai pazienti affetti da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson e da altre patologie neurodegenerative, al fine di sollevare la famiglia dall'impegno assistenziale per alcune ore al giorno, ridurre il ricorso al ricovero permanente e consentire la permanenza della persona nel proprio domicilio.

2. Per le finalità di cui al comma 1, i centri diurni favoriscono il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue dei pazienti, forniscono servizi di accoglienza, spazi per il riposo, assistenza alla persona e attività di socializzazione, assistenza infermieristica e servizi di supporto alla famiglia.

Art. 9

(Centri sollievo)

1. I centri sollievo accolgono in forma residenziale, per periodi temporanei, persone affette da morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson o da altre patologie normalmente assistite a domicilio, per sollevare la famiglia dall'attività di assistenza e cura, garantendo, al contempo, la continuità dell'assistenza e del trattamento riabilitativo.

2. I centri sollievo possono essere istituiti anche all'interno delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), in base alle esigenze logistiche ed organizzative del territorio di riferimento.

Art. 10

(Reparti di degenza)

1. Presso le due aziende ospedaliere regionali, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera d), possono essere costituiti, in conformità alle indicazioni del Piano regionale di cui all'articolo 3, reparti di degenza Alzheimer e Parkinson, destinati al ricovero e alla riabilitazione di pazienti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi diretti a stimolarne le risorse funzionali, a garantirne la migliore qualità di vita e a facilitarne il reinserimento in famiglia o in altri servizi assistenziali, ritardando il loro ingresso in situazioni di ricovero permanente.

2. I reparti di degenza Alzheimer e Parkinson extra-ospedalieri possono essere anche istituiti presso strutture di riabilitazione accreditate per l'assistenza alle patologie suddette.

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

Art. 11

(Nuclei Alzheimer e Parkinson)

1. I Nuclei Alzheimer e Parkinson sono aree di cura ed assistenza, distribuite territorialmente all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), degli Istituti di riabilitazione (IDR) e dei Centri diurni integrati (CDI), al fine di garantire la massima accessibilità a tutti i pazienti affetti da Alzheimer e Parkinson.

2. I Nuclei di cui al comma 1 hanno la funzione di garantire, ai pazienti, protezione, sicurezza e cura. Allo stesso tempo favoriscono percorsi terapeutici e assistenziali adeguati alle loro ridotte capacità cognitive e funzionali dall'esordio alla fase terminale.

3. Vengono ammessi ai Nuclei Alzheimer e Parkinson costituiti all'interno delle RSA, persone con degenerazione neuronale moderata e/o severa e con disturbi psico-comportamentali non gestibili a domicilio. La degenza in tali strutture può essere temporanea oppure permanente.

4. La retta di degenza è a carico del Servizio Sanitario Regionale per la quota sanitaria e a carico dell'utente, o degli obbligati per legge, per la quota socio-assistenziale, oppure in parte a carico del Comune di residenza qualora sussistano i requisiti di reddito.

Art. 12

(Formazione, coordinamento e monitoraggio)

1. La Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali assicura il coordinamento degli interventi in ambito socio-assistenziale da parte dei Comuni e delle Aziende per l'assistenza sanitaria regionali, promuovendo la formazione dei responsabili della presa in carico di cui all'articolo 5.

2. La Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, attraverso i report forniti dalla Commissione di cui all'articolo 3, monitora il sistema di assistenza sanitario e socio-assistenziale predisposto ai sensi della presente legge, disponendo regolari ispezioni, da parte delle Aziende per l'assistenza sanitaria, presso le case di riposo, deputate ad essere un riferimento per l'assistenza a lungo termine. L'accesso ai dati è disciplinato sulla base di protocolli operativi concordati, estensibili anche alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale.

Art. 13

(Norme finanziarie)

1. Per le finalità di cui alla presente legge è autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2015, a carico dell'unità di bilancio _____ e del capitolo ____ di nuova

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

istituzione nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, con la denominazione "Programma di interventi per la promozione dell'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson".

2. All'onere di 1 milione di euro per l'anno 2015 derivante dal disposto di cui al comma 1, si provvede mediante storno di pari importo dall'unità di bilancio 7.1.1.1131 e dal capitolo 4364 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015.

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

NOTE**Avvertenza**

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note all'articolo 1

- Il testo dell'**articolo 32 della Costituzione** è il seguente:

<<Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.>>.

- Il testo dell'**articolo 5, comma 1, punto 16, dello Statuto di Autonomia** è il seguente:

<<Art. 5

Con l'osservanza dei limiti generali indicati nell'articolo 4 ed in armonia con i principi fondamentali

stabiliti dalle leggi dello Stato nelle singole materie, la Regione ha potestà legislativa nelle seguenti materie:

....OMISSIS....

16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;

...OMISSIS...>>.

- Il testo dell'**articolo 5** della legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 "**Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale.**" è il seguente:

PROPOSTA DI LEGGE N. 96

<<Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari.>>

<<Art. 5

(Registro generale del volontariato organizzato)

1. È istituito il Registro generale del volontariato organizzato, tenuto presso la struttura competente in materia di volontariato.
2. Il Registro è articolato nei seguenti settori:
 - a) sociale e sanitario;
 - b) culturale;
 - c) educativo;
 - d) ambientale;
 - e) diritti civili dei cittadini;
 - f) solidarietà internazionale;
 - g) educazione motoria e promozione delle attività sportive e ricreative;
 - h) attività innovative.
3. È ammessa l'iscrizione di una organizzazione di volontariato in più settori. I settori possono essere modificati o integrati dalla Giunta regionale, sentito il Comitato regionale del volontariato, in relazione all'evolversi delle attività di volontariato e della legislazione regionale.
4. Possono iscriversi al Registro le organizzazioni di volontariato aventi i requisiti previsti dall'articolo 3 della legge 266/1991 con sede legale o operativa in regione e dotate di autonomia amministrativa e contabile.
5. Le organizzazioni di volontariato presentano la domanda di iscrizione al Registro alla struttura regionale competente in materia di volontariato.
6. L'iscrizione ha validità di tre anni ed è soggetta a conferma, per la medesima durata, su domanda dell'organizzazione di volontariato, previa verifica della permanenza dei requisiti previsti per l'iscrizione al Registro.
7. In caso di mancata presentazione nei termini della domanda di conferma di cui al comma 6, o in caso di perdita dei requisiti è disposta la cancellazione dal Registro.>>.