

CURE SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI IN PIEMONTE: IL REGOLAMENTO PER L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 10/2010 *

Il Consiglio regionale del Piemonte ha una grande opportunità: operare per la sollecita attuazione, finalmente, della legge 10/2010, di cui manca ancora il regolamento, che prevede, tra gli altri interventi, la corresponsione di una somma mensile a favore dei malati non autosufficienti i cui familiari decidono volontariamente di accudire il congiunto a casa. Tale somma (che si ritiene equa nel 60% di una quota sanitaria per degenza in Rsa, quindi circa 800-900 euro mensili) è destinata per coprire le spese vive affrontate dai familiari per fornire le cure necessarie al malato. La Giunta della Regione Piemonte ha dato segnali inequivocabili di operare contro le esigenze dei malati non autosufficienti (ricorsi all'Autorità giudiziaria contro gli interessi degli utenti e per negare la loro situazione di malattia, lunghissime liste di attesa, provvedimenti di selezione all'ingresso nel Servizio sanitario nazionale approvati solo per i malati non autosufficienti...). Il Consiglio regionale ha approvato invece provvedimenti diretti ad un radicale cambio di rotta da parte della Giunta. Ora il Consiglio dovrebbe assumere le occorrenti urgentissime iniziative in modo da ottenere dalla Giunta la presentazione del testo del regolamento entro un termine prefissato, precisando che, nel caso di mancato adempimento, provvederà a modificare la legge 10/2010 per rendere le relative norme esigibili. L'articolo che segue riporta la bozza di regolamento della legge 10/2010 proposto dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale. Il Presidente del Consiglio della Regione Piemonte lo ammetta al più presto alla discussione dell'aula per una pronta approvazione.

Premessa

L'obiettivo prioritario del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, le cui associazioni sono attive sin dal 1970, è da sempre quello di sostenere prioritariamente il diritto delle persone malate croniche/con disabilità e non autosufficienti a vivere al proprio domicilio, quando ve ne sono le condizioni (1). Si tratta, peraltro, della soluzione che più spesso viene richiesta ai Servizi dalle famiglie per la cura dei propri congiunti malati non autosufficienti, come dimostrano anche i dati sulle liste d'attesa in Piemonte per prestazioni socio-sani-

* La stesura del regolamento per l'attuazione della legge regionale n. 10/2010 è stata predisposta dall'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, associazione che aderisce al Csa.

(1) Tra le iniziative più significative ricordiamo l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio presso l'Ospedale Molinette di Torino, che funziona dal 1985 ed è rivolto a tutti i pazienti curabili al domicilio dopo un ricovero ospedaliero; la promozione del volontariato intrafamiliare, di cui la prima delibera è stata approvata il 16 gennaio 2001 dal Cisap, Consorzio dei servizi alla persona fra i Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

tarie rivolte alle persone non autosufficienti. Su trentamila infermi in illegittime liste di attesa, due terzi hanno avanzato richiesta per le prestazioni domiciliari, comprensive di una somma per la copertura delle spese vive affrontate (direttamente dai familiari o tramite terze persone assunte) per la cura del malato.

I nuovi Lea sono contro le cure domiciliari

Purtroppo il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, meglio noto come decreto sui nuovi Lea (2) non ha previsto alcun contributo forfettario a carico del Servizio sanitario, per le prestazioni socio-sanitarie assicurate da familiari e/o persone di loro fiducia (assistenti familiari, accuditori, badanti...) 24 ore su 24 al domicilio. Tali pre-

(2) È il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie", pubblicato sul supplemento della "Gazzetta ufficiale" n. 65 del 18 marzo 2017.

stazioni sono indifferibili e fondamentali per la cura e la sopravvivenza del malato non autosufficiente e si aggiungono a quelle assicurate dal medico di medicina generale e dalle altre figure professionali quali l'infermiere, il fisioterapista, l'operatore socio-sanitario, secondo le necessità (3).

La scelta di non tener conto di queste esigenze e quindi, di fatto, di negare le cure domiciliari ai pazienti non autosufficienti è avvenuta a fronte delle molteplici nostre iniziative attivate con petizioni popolari a carattere nazionale e anche provvedimenti di sostegno ottenuti dalle istituzioni (4), ai quali però non è stato dato

(3) Nel documento dell'Ordine provinciale dei Medici di Torino, approvato il 21 marzo 2016, si precisa che «*per l'attivazione delle cure socio-sanitarie domiciliari è indispensabile che, volontariamente e direttamente da parenti del malato o conoscenti o attraverso l'assunzione di terze persone a pagamento, sia garantita la presenza di persone che assicurino al malato non autosufficiente il sostegno 24 ore su 24, ma anche che, sulla base delle indicazioni del personale medico e infermieristico, provvedano alla preparazione e somministrazione dei farmaci, al controllo ed eventuale regolazione delle infusioni (flebo) predisposte dagli infermieri, all'esecuzione delle piccole e ripetute medicazioni indicate dai medici e dagli infermieri, alla movimentazione per evitare l'anchilosi e l'insorgere delle piaghe da decubito, alla rilevazione e registrazione dei dati richiesti dal personale sanitario (febbre, pressione, dolori persistenti, difficoltà della respirazione, ecc.), all'igiene ambientale e a quella personale dell'infermo, alla vigilanza delle condizioni di salute del paziente, all'individuazione delle eventuali emergenze sanitarie e messa in atto dei relativi interventi indifferibili; all'eventuale redazione del diario sanitario, nonché alla raccolta di rifiuti sanitari e il loro avvio ai relativi centri di smaltimento; le sopracitate prestazioni, indispensabili per l'attuazione delle cure sociosanitarie domiciliari, sono di natura sanitaria e socio-sanitaria, devono essere assicurate in modo indifferibile con continue verifiche e costituiscono un elemento essenziale per la tutela della salute e la cura della/e patologia/e delle persone non autosufficienti*».

(4) Di fatto il Governo e le Commissioni parlamentari hanno ignorato 20mila firme di cittadini italiani che avevano sottoscritto la Petizione popolare nazionale per il riconoscimento delle prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea (quelli definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2001). A sostegno della richiesta del riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari con copertura a carico della Sanità del 50% del costo di tutte le prestazioni di «*assistenza tutelare*», comprese quelle prestate volontariamente dai parenti, erano state intraprese le seguenti azioni: il 19 settembre 2016, su iniziativa del Presidente del Consiglio regionale del Piemonte, la Conferenza nazionale dei Presidenti dei Consigli regionali aveva approvato un Ordine del giorno che invitava il Parlamento a intervenire con urgenza perché nel testo dei nuovi Lea fossero «*riconosciute anche le prestazioni fornite in modo informale e volontariamente dai familiari che prevedono altresì un contributo forfettario per tali prestazioni rese 24 ore su 24*»; il 19 settembre 2016 la Città di Torino aveva approvato l'Ordine del giorno n. 3 «*Attività domiciliari di assistenza tutelare alla persona all'interno dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e copertura della Regione Piemonte*» e la mozione n. 70 «*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante la nuova definizione dei Lea – Riconoscimento del diritto all'assistenza tutelare alla*

corso da parte del Parlamento, del Governo e della Giunta regionale del Piemonte.

Il sopra citato decreto sui nuovi Lea ha invece fatto proprie le tesi sostenute dalla sentenza n. 5538/2015 del Consiglio di Stato, che aveva negato l'evidenza dei fatti e cioè, in primo luogo, che ogni volta che ci si approccia alla questione degli anziani malati cronici/personone con disabilità non autosufficienti siamo sempre in presenza di infermi che si trovano in quella situazione a causa di patologie/gravi carenze di salute e, quindi, soggetti la cui cura è di competenza del Servizio sanitario nazionale. A tutte queste persone deve essere riconosciuto il vigente diritto di ricevere cure sanitarie e socio-sanitarie: queste ultime si esplicitano per esempio, per le prestazioni residenziali, nella corresponsione del 50% della retta di degenza pres-

persona nell'ambito delle cure domiciliari»; il 6 settembre 2016 il Consiglio regionale del Piemonte aveva approvato le mozioni n. 852 «*Assistenza tutelare alla persona nell'ambito delle cure domiciliari nella nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria*» e n. 867 «*Attività domiciliari di assistenza tutelare alla persona all'interno dei nuovi Livelli essenziali di assistenza*». Questi documenti sono stati completamente ignorati dal Governo e dal Parlamento nel decreto dei nuovi Lea e se verranno previste forme di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per i pazienti non autosufficienti (per esempio quelle dell'«*assegno di cura*» sul modello della Città di Torino) sarà solo per il riferimento ad altre norme, a partire dalla legge 833/1978, o sfruttando spazi del testo dei nuovi Lea. Nemmeno è stata considerata la specifica proposta di mozione depositata alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati il 23 settembre 2016 dell'On. Marisa Nicchi – Sel (che però non è intervenuta durante l'audizione del rappresentante del Csa/Fondazione promozione sociale onlus il 28 novembre 2016). Nel documento si chiedeva che venissero incluse nei nuovi Lea le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare, anche non professionali. A fronte di una sordità così caparbia alle istanze dei cittadini, poggiate su argomenti di elementare buonsenso (che una persona malata abbia necessità di cure sanitarie e che se è non autosufficiente, le sue necessità di cura riguardino l'intera gamma delle sue esigenze), è però doveroso che «*Prospettive assistenziali*» segnali il clamoroso silenzio delle associazioni di (asserita) tutela dei malati e delle persone con disabilità. Oltre a quelle del Csa, della Fondazione promozione sociale e delle Organizzazioni che ne hanno sottoscritto appelli a sostegno della priorità delle prestazioni domiciliari, nessuna voce si è levata in sede di discussione del documento (esaminato dalla metà del 2016, quando lo schema dei nuovi Lea era stato presentato alla Conferenza delle Regioni) e in occasione della sua approvazione, per segnalare con allarme l'estensione del settore socio-sanitario (quindi della sanità pubblica a pagamento, ben oltre il ticket) a tutte persone adulte non autosufficienti e non solo agli anziani e ai soggetti con disabilità grave; e per denunciare l'effetto più dannoso per le vite dei malati e dei loro familiari dei nuovi Lea, di cui il Governo e il Parlamento devono essere ritenuti pienamente responsabili: l'azzeramento del sostegno economico ai familiari che garantiscono volontariamente cure socio-sanitarie domiciliari di lungo periodo, il cui costo è di gran lunga inferiore per il settore pubblico rispetto alle degenze presso ospedali, case di cura e Rsa.

so una Rsa – Residenza sanitaria assistenziale o nella copertura dal 40% al 70% della permanenza presso una comunità alloggio per le persone con disabilità grave e limitatissima o nulla autonomia. Il buon senso e la pratica comune suggeriscono che le medesime prestazioni che servono in Rsa per curare il malato e per soddisfare le sue esigenze vitali, sono necessarie se il malato è a casa. Non per il Consiglio di Stato: la sentenza 5538/2015 si fonda sull'errata affermazione che le prestazioni socio-sanitarie di cui necessita la persona non autosufficiente (somministrare farmaci, compiere piccole medicazioni, garantire l'igiene personale, provvedere all'imbroccamento, identiche a casa come in struttura) sono da considerare "professionali" e, quindi, con oneri a carico della Sanità, solo quando sono assicurate da un operatore socio-sanitario in ospedale o in una Rsa; non rientrano più nei Lea e non sono più a carico della Sanità, invece, se le stesse prestazioni vengono garantite a casa dai familiari (o da una persona di loro fiducia, anche se in possesso di titolo di operatore socio-sanitario o altra qualifica professionale). Contano, e vengono pagati dalla sanità, solo gli operatori inviati a casa dall'Asl, che coprono nella quasi totalità dei casi poche ore la settimana, a fronte di pazienti che necessitano di prestazioni 24 ore su 24, ed il costo orario varia da 20 a 25 euro.

Cure domiciliari: una proposta concreta

Il Csa, continuando a ritenere prioritario il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, ha deciso di rilanciare il tema a partire dal Piemonte ed in particolare dalla necessità di ottenere l'approvazione del regolamento attuativo, tuttora mancante, della legge regionale n. 10 del 2010 "Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti". Tale approvazione, dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale onlus più volte sollecitata alla Giunta della Regione Piemonte, potrebbe essere assunta in prima persona, e come provvedimento urgente, dal Consiglio regionale stesso, l'organo che approvò nel 2010 la legge e che con gli ordini del giorno approvati in data 19 maggio 2011 n. 227 proposto dalla minoranza e n. 385 proposto dalla maggioranza aveva sol-

lecitato la Giunta a dare concreta e piena attuazione alla legge.

Il testo, che proponiamo di seguito, si fonda sul principio che, prioritariamente, anche in ambito sanitario, si devono mettere in atto le azioni necessarie per favorire le cure domiciliari, che sono presentate come alternativa al ricovero. La bozza è stata preparata con riferimento alla legge della Regione Piemonte, che non ha eguali in Italia, ma è auspicabile che sia adottata, così come il testo della legge stessa, da tutte le Regioni e dalle Province autonome di Bolzano e Trento.

La proposta ha ovviamente l'occhio rivolto a tutto il Paese, perché il problema riguarda almeno due milioni di persone malate croniche e/o con disabilità non autosufficienti e relative famiglie in tutta Italia. Se pensiamo che molte persone non autosufficienti sono inserite in contesti familiari e che al loro accudimento partecipano i parenti (con investimento di tempo e di sacrifici, e con risorse economiche anche notevoli) l'impatto della questione è decisamente significativo e le istituzioni dovrebbero prenderlo in attenta considerazione. Inoltre, qualsiasi iniziativa è altresì, automaticamente, una azione di autotutela per coloro che oggi sono sani e attivi, ma che domani (non solo in un futuro lontano, ma anche da un momento all'altro) possono ritrovarsi in condizione di totale non autosufficienza e dipendenza dal prossimo per le loro esigenze vitali.

Come più volte è stato segnalato in questa rivista, i costi economici sostenuti in proprio dalle famiglie dei malati non autosufficienti o persone con disabilità con limitata o nulla autonomia sono tra le maggiori cause di impoverimento, a volte di vero e proprio scivolamento in condizioni di miseria a causa del mancato riconoscimento del diritto fondamentale alla tutela della salute. E ciò conferma, quindi, che garantire l'accesso alle cure sanitarie è anche un forte deterrente alla povertà (5).

Inoltre, come è noto, non vi sono leggi che obbligano i familiari a farsi carico di un loro congiunto malato non autosufficiente o persona

(5) Si vedano al riguardo le relazioni annuali del Censis con particolare attenzione a quelle del 2016 e 2017, nelle quali si conferma che garantire l'accesso alle cure sanitarie, oltre ad essere una indispensabile tutela della salute, è anche un forte deterrente alla povertà.

con disabilità con limitata o nulla autonomia soprattutto se adulto (6), per cui è attraverso la garanzia di una presa in carico che garantisca anche le emergenze e la possibilità di reggere nel tempo il gravoso impegno, molto oneroso sia sul piano psicologico che economico, che si può incentivare la pratica delle cure domiciliari come reale alternativa al ricovero (ospedaliero, in casa di cura o presso comunità alloggio per persone disabili) e limitare il ricorso alle strutture residenziali, che rimane in ogni caso un diritto esigibile ed una prestazione attivabile immediatamente per i pazienti citati, nelle situazioni prive di rete familiare disponibile ed idonea.

Pertanto, una volta accertata la non autosufficienza dei pazienti secondo i criteri indicati al punto 2 del regolamento, l'Asl di residenza dovrebbe assicurare le prestazioni sanitarie previste dai Lea, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, ma si prevede altresì che sia la stessa Asl ad assicurare anche una somma che si ritiene equa stimare nel 60% dell'importo che l'Asl dovrebbe sostenere per lo stesso malato non autosufficiente in caso di ricovero in una Rsa (articolo 5).

Come indicato nell'articolo 1 della proposta, i soggetti oggetto del provvedimento sono persone non autosufficienti a causa della presenza di pluripatologie croniche o di disabilità intellettive/autismo con gravi carenze della salute e dell'autonomia. Presentano rilevanti bisogni di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che sono indifferibili e richiedono un accudimento 24 ore su 24. Siamo cioè in presenza di persone molto malate e con rilevanti carenze della loro salute, per cui è ovvio prevedere che sia il Servizio sanitario nazionale a garantire il diritto esigibile alle prestazioni domiciliari, compreso un rimborso forfettario per i maggiori costi a cui deve far fronte l'interessato per garantirsi la copertura nelle 24 ore.

Privilegiare le cure domiciliari, quando sono rispettate le condizioni previste all'articolo 3, è anche una questione di appropriatezza delle cure e di utilizzo corretto delle risorse sanitarie perché, in caso di impraticabilità delle cure domiciliari, il malato non autosufficiente o la persona con disabilità con limitata o nulla auto-

nomia, ha diritto al ricovero in una struttura residenziale socio-sanitaria convenzionata, di gran lunga più onerosa per il Servizio sanitario nazionale (7).

TESTO DELLA BOZZA DI REGOLAMENTO ATTUATIVO DELLA LEGGE 10/2010 DELLA REGIONE PIEMONTE "SERVIZI DOMICILIARI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI"

Articolo 1. In attuazione della legge della Regione Piemonte n. 10/2010, allo scopo di promuovere il massimo benessere possibile delle persone non autosufficienti, la Regione Piemonte, in alternativa all'accoglienza in una struttura residenziale socio-sanitaria, garantisce il diritto prioritario alle prestazioni domiciliari a coloro che, a causa della perdita della loro autonomia, sono nell'impossibilità di compiere gli atti essenziali della vita senza l'aiuto permanente di altre persone.

Le prestazioni domiciliari possono essere richieste dall'interessato, se ne è in grado, oppure da chi lo rappresenta, nonché dal medico di medicina generale.

In particolare hanno diritto alle prestazioni domiciliari le persone con:

- a) patologie croniche invalidanti e non autosufficienza;
- b) malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile;
- c) disabilità intellettiva e/o autismo con limitatissima o nulla autonomia a integrazione dell'obbligo scolastico-formativo o nel caso di persone che, concluso l'obbligo scolastico, non sono in grado di proseguire gli studi a causa della gravità delle loro condizioni di salute e non frequentano un centro diurno a tempo pieno (8 ore di ciascun giorno feriale).

Articolo 2. La condizione di non autosufficienza è accertata, come previsto dall'articolo 2 della citata legge regionale n. 10/2010, da apposite Unità di valutazione.

Con apposito provvedimento la Giunta regio-

(6) L'articolo 23 Costituzione recita: «Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

(7) In base ai dati forniti dall'Ordine dei Medici di Torino nel documento del 21 marzo 2016 citato, i costi sono così ripartiti: «Degenza in casa di cura, 154 euro/giorno (con percorso di riabilitazione fino a 272,70 euro/giorno); degenza in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa), da 71,56 a 104,44 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del Servizio sanitario nazionale); prestazione socio-sanitaria domiciliare, dai 26 ai 52,80 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del Servizio sanitario nazionale)».

nale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore di questo provvedimento, approva con propria deliberazione, da sottoporre preventivamente all'esame della Commissione sanità e assistenza del Consiglio regionale, e in coerenza con la normativa nazionale:

- a) i criteri di accesso e gli indicatori di valutazione uniformi valevoli su tutto il territorio regionale, comprendenti gli aspetti sociali e sanitari;
- b) i massimali di spesa destinabili a ciascuna persona in relazione alla valutazione di gravità;
- c) i tempi massimi per la valutazione dei casi sottoposti e per l'eventuale revisione del livello di non autosufficienza.

Articolo 3. Le prestazioni domiciliari sono assicurate dalle Asl nei casi in cui siano contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:

- a) non vi siano controindicazioni cliniche o di altra natura riguardanti gli aventi diritto;
- b) la persona interessata, se in grado di esprimersi o il soggetto che di fatto lo rappresenta, sia consenziente e possano essere fornite a domicilio le necessarie prestazioni socio-sanitarie, comprese quelle mediche, infermieristiche e riabilitative;
- c) almeno un congiunto o un soggetto terzo siano disponibili ad assicurare le occorrenti prestazioni domiciliari e non vi siano controindicazioni circa la loro idoneità.

Ai fini del presente provvedimento la persona che provvede ad assicurare le occorrenti prestazioni domiciliari viene denominato "accuditore domiciliare".

Possono svolgere l'attività di accuditore domiciliare i familiari, nonché gli affidatari ed i volontari di cui alla lettera d) del 1° comma dell'articolo 5 della legge regionale n. 10/2010.

Articolo 4. L'Asl di residenza della persona non autosufficiente garantisce gli interventi di emergenza di sua competenza sia nei casi in cui l'accuditore domiciliare non sia più in grado, anche temporaneamente, di fornire gli interventi necessari alla persona non autosufficiente e non possa essere immediatamente sostituito da altro soggetto individuato dal tutore o dall'amministratore di sostegno o da colui che di fatto lo rappresenta, sia qualora insorgano esigenze indifferibili della persona non autosufficiente che ne impongano l'immediato trasferimento presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria.

Articolo 5. Accertata la condizione di persona non autosufficiente ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n. 10/2010, il Presidente della relativa Commissione comunica immediatamente all'interessato, o a colui che di fatto lo rappresenta, che nei casi in cui siano soddisfatte le condizioni previste dagli articoli precedenti, l'Asl provvederà, a partire dal primo giorno del mese successivo alla data della decisione della succitata Commissione, ad erogare all'accuditore domiciliare la somma mensile corrispondente al 60% dell'importo versato dall'Asl quale quota sanitaria per le persone ricoverate nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, aventi analoghe condizioni di gravità della loro salute.

L'erogazione delle sopra citate somme mensili non instaura alcun rapporto di lavoro o altra natura fra l'Asl, l'ente erogatore delle prestazioni socio-assistenziali e l'accuditore domiciliare.

Nei casi in cui la competente Commissione valutativa abbia accertato che le esigenze delle persone con disabilità intellettiva e/o con autismo sono inidonee, anche in relazione alle condizioni dell'accuditore domiciliare, alla frequenza a tempo pieno del centro diurno, la quota mensile di cui sopra a carico dell'Asl verrà calcolato in misura totale o parziale quale base della mancata o della ridotta frequenza di detto centro.

Articolo 6. Gli Enti gestori delle attività socio-assistenziali integrano le somme versate dalle Asl agli accuditori domiciliari sulla base dell'importo dei redditi e beni della persona non autosufficiente, calcolati come stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013, assicurando all'utente il minimo indispensabile per vivere individuato dall'Istat in base al luogo di residenza.

Articolo 7. L'avvio delle prestazioni domiciliari e le generalità dell'accuditore domiciliare sono comunicati entro tre giorni dall'Asl al medico di medicina generale della persona non autosufficiente affinché sostenga dette prestazioni nell'ambito delle sue funzioni.

Articolo 8. Per l'attuazione degli articoli 5, comma 1, lettera b), 6, 7, 8, comma 1, la Giunta regionale provvede entro e non oltre 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento ad emanare apposita deliberazione da sottoporre preventivamente all'esame della Commissione sanità e assistenza del Consiglio regionale.