

POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

REDATTORE: Cesare Belmonte

1. PREMESSA

Nell'ultimo scorcio della passata legislatura si è concluso il processo di sistematizzazione delle fonti regionali regolative del sistema socio-sanitario attraverso l'adozione dei regolamenti attuativi ancora mancanti. Questa premessa appare necessaria per comprendere il contesto nel quale si collocano le leggi regionali approvate nella prima fase dell'attuale legislatura.

Fra queste leggi, solo alcune hanno sostanzialmente innovato l'assetto ordinamentale, mentre le altre rispondono per lo più ad esigenze di tipo manutentivo, configurandosi come atti funzionali a limitate correzioni e integrazioni della disciplina vigente.

2. LE POLITICHE SANITARIE

In ambito sanitario, un ruolo di assoluta rilevanza è quello ascrivibile alla legge regionale 30 dicembre 2010, n. 70, che ha ampiamente innovato la legge regionale 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) provvedendo ad una integrale riorganizzazione del trasporto sanitario nell'ambito del sistema regionale dell'emergenza urgenza.

La legge, che peraltro era stata preceduta da una analoga iniziativa legislativa della Giunta decaduta nella scorsa legislatura, si è resa necessaria per rimuovere una serie di profili di criticità del sistema del trasporto sanitario regionale che la Corte di Giustizia europea aveva avuto modo di rappresentare (sentenza del 29 novembre 2007, causa C-119/06) in occasione del giudizio avente per oggetto l'ultimo accordo quadro sull'attività di trasporto sanitario concluso fra la Regione, le aziende sanitarie, la Confederazione nazionale delle Misericordie, l'Associazione nazionale pubbliche assistenze (comitato toscano) e la Croce Rossa (CRI).

Com'è noto, la sentenza, pur rigettando il ricorso della Commissione europea per ragioni di ordine procedurale, rilevava che il predetto accordo non chiarisse la natura, onerosa o gratuita, dell'attività prestata dal volontariato e non fosse stato preceduto da procedure di evidenza pubblica.

A fronte di simili rilievi, la legge in parola ha il chiaro scopo di salvaguardare il ruolo, storicamente consolidato, del volontariato nel sistema del trasporto sanitario; e il tutto avviene inquadrando ex lege le associazioni del volontariato quali componenti necessarie dell'organizzazione pubblica dell'emergenza-urgenza.

L'autonomia statutaria e privatistica delle associazioni viene rispettata garantendo alle stesse la piena libertà vuoi nell'accesso (libertà di iscrizione all'elenco regionale, previa conformazione ai requisiti specifici richiesti dal regolamento attuativo), vuoi nella eventuale fuoriuscita dal sistema.

Tuttavia, l'adesione al sistema e la conseguente integrazione funzionale comporta per le associazioni l'assoggettamento ad un regime riservato nel quale sfumano gli aspetti negoziali a beneficio dei profili regolativi insiti nell'adesione al sistema stesso. In ultima analisi, ne deriva una disciplina che definisce puntualmente i ruoli di ciascun attore, i livelli di programmazione e gli strumenti operativi, identificando nel "piano attuativo ed operativo locale" lo strumento adatto per organizzare i servizi a livello territoriale/aziendale, per assumere i protocolli tecnici di gestione del servizio e per ripartire il budget aziendale fra le associazioni, così da risolvere la questione dei compensi spettanti alle associazioni medesime.

Da questa specifica configurazione del volontariato come munus per effetto di legge discende poi, quale naturale corollario, che il ricorso alla procedura di evidenza pubblica per l'affidamento del servizio di trasporto sanitario è previsto solo in via suppletiva, nell'impossibilità di svolgimento del servizio tramite l'azienda USL, il volontariato e la Croce Rossa.

Giova inoltre sottolineare che la legge ha beneficiato di una feconda fase di confronto con gli uffici comunitari e non è stata oggetto di impugnativa sotto il profilo della legittimità.

Un altro rilevante caso di ampia e sostanziale riscrittura della legge regionale 40/2005 è quello della legge regionale 3 maggio 2011, n. 16, che in sede di modifica della legge regionale 40/2005 innova radicalmente l'assetto organizzativo, anche sotto il profilo dei compensi, di due rilevanti organismi tecnico-consultivi di livello regionale, quali il Consiglio sanitario regionale e la Commissione regionale di bioetica, rivedendo i meccanismi di rappresentatività delle categorie professionali e degli ulteriori soggetti presenti all'interno dei due consessi.

Al contempo, il legislatore regionale ammette in via derogatoria la disapplicazione di vari istituti della legge regionale 5/2008 (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione) rispetto ad una pluralità di organismi tecnici disciplinati dalla legge regionale 40/2005.

In particolare, è il preambolo della legge a prendere atto della difficoltà ad acquisire, per le designazioni provenienti da soggetti esterni all'ordinamento

regionale, l'indicazione di due nominativi di entrambi i generi per ciascuna candidatura, secondo un principio enunciato in termini generali dalla legge sulle nomine.

Un'ulteriore novella della legge regionale 40/2005 è introdotta dalla legge regionale 30 dicembre 2010, n. 67, che attribuisce alla Giunta regionale funzioni di indirizzo ai fini della realizzazione del sistema di valutazione del personale del servizio sanitario regionale nonché ai fini dell'adeguamento dei nuclei di valutazione esistenti ai principi della normativa statale.

Sotto altro aspetto, con la legge regionale 11 maggio 2011, n. 19 (Disposizioni per la promozione della sicurezza stradale in Toscana) è perseguito un disegno di coordinamento delle politiche regionali in vista di un rafforzamento del livello della sicurezza stradale, intesa come *superamento* o *mitigazione* dei fattori di rischio per la salute e l'incolumità che emergono dal monitoraggio dei sinistri operata dal sistema integrato regionale per la sicurezza stradale.

In sostanza, la legge impartisce indirizzi condizionanti i processi programmatori, demandando al piano regionale di sviluppo la definizione delle strategie, che sono poi destinate ad articolarsi in una pluralità di fonti programmatiche settoriali identificate in via prioritaria nel piano regionale della mobilità e della logistica, nel piano sanitario regionale, nel piano di indirizzo generale integrato di cui alla legge regionale 32/2002, nei programmi di informazione e comunicazione della Giunta e del Consiglio, nel piano di indirizzo per la tutela dei consumatori e degli utenti.

In questo contesto, è prefigurata la costituzione di un "Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale", che si connota come un organismo consultivo di cui la Regione si avvale ai fini della definizione delle proprie politiche sul tema in oggetto. Questo organismo, di per sé ampiamente rappresentativo di una pluralità di soggetti istituzionali e privati interessati, è strutturato in termini conformi al principio di leale collaborazione, essendo contemplata la partecipazione, previa stipula di specifiche intese, di membri rappresentativi del livello ministeriale o comunque statale.

La legge regionale 29 novembre 2011, n. 65, (Modifiche alla legge regionale 25 febbraio 2000, n. 16 "Riordino in materia di igiene pubblica, veterinaria, igiene degli alimenti, medicina legale farmaceutica") pur toccando per profili circoscritti la legge regionale 16/2000, incide fattivamente sul governo delle sedi farmaceutiche nella parte in cui, in presenza di sede vacante, e nelle more delle procedure concorsuali intese all'attribuzione definitiva della sede medesima, colma una lacuna ordinamentale prevedendo, ai soli fini dell'assegnazione provvisoria, la formazione di una graduatoria unica regionale redatta sulla base delle graduatorie esistenti presso singole sedi, ovviamente diverse da quella vacante.

Le restanti misure introdotte dalla legge predetta esprimono politiche che

incrementano i poteri di vigilanza e controllo sull'igiene degli alimenti e dei mangimi spettanti alle aziende unità sanitarie locali, attribuendo carattere di autoritarità alle generalità delle prescrizioni e degli ordini impartiti dalle AUSL nell'esercizio dei poteri stessi. Al contempo, è rimessa all'autonomia dell'azienda sanitaria la definizione delle modalità d'esercizio dei controlli sulla vendita dei medicinali veterinari, superando l'esperienza delle apposite commissioni aziendali, ritenute una duplicazione delle commissioni preposte all'ordinaria vigilanza farmaceutica.

2.1 LE LEGGI TRASVERSALI

Le disposizioni del Capo III della legge regionale 21 marzo 2011, n. 10 (Legge di manutenzione dell'ordinamento regionale 2011) intervengono su di una pluralità di leggi regionali afferenti la materia della tutela della salute a scopo manutentivo, per l'adeguamento dell'ordinamento regionale a fonti esterne o a titolo di correttivi tecnici necessari per rispondere ad esigenze di semplificazione, chiarezza e coerenza delle fonti normative.

In via esemplificativa, si richiama quella novella della legge regionale 31 maggio 2004, n. 28 (Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing) che in attuazione della normativa statale ha introdotto per le imprese che esercitano l'attività di estetista l'obbligo di designare al proprio interno un responsabile tecnico

Appaiono altresì di particolare rilievo due delle novelle apportate rispettivamente alla legge regionale 9 marzo 2006, n. 8 (Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio) e alla legge regionale 19 febbraio 2007, n. 9 (Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti).

In entrambi i casi si è attribuita agli interessati la effettiva disponibilità di termini che, pur formalmente decorrenti dall'entrata in vigore delle predette leggi, si configuravano come non immediatamente operanti in quanto le leggi stesse condizionavano la propria applicabilità ad eventi successivi, quali il regolamento attuativo della legge regionale 8/2006 e la sottoscrizione del protocollo d'intesa fra gli ordini professionali e la Regione, pregiudiziale all'iscrizione negli elenchi dei medici esercenti medicine complementari.

Puntuali correttivi tecnici sono stati inoltre introdotti nella legge regionale 31 maggio 2004, n. 28 (Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing); nella legge regionale 9 marzo 2006, n. 9 (Istituzione dell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo delle industrie alimentari); nella legge regionale 5 novembre 2009, n. 62 (Semplificazione delle procedure di accertamento sanitario della condizione di disabilità).

Anche la legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011) interviene sotto vari profili sull'assetto del servizio sanitario

regionale. Sotto un primo aspetto, la legge regionale persegue politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa delle aziende e degli enti del SSR, in coerenza col patto per la salute e la legislazione finanziaria statale. In questo ambito, è stata oggetto di dichiarazione di illegittimità costituzionale la norma che conteneva la spesa per il personale delle aziende sanitarie entro il corrispondente ammontare dell'anno 2006, diminuito dell'1,4 per cento. La Corte costituzionale ha eccepito, con la sentenza n. 182 del 2011, il contrasto di questa previsione rispetto alla legge finanziaria statale 2010, che fissava analogo limite ma con riferimento all'anno 2004. Il giudice delle leggi, sulla scorta di una giurisprudenza che tende sempre più ad espandere la funzione statale di coordinamento della finanza pubblica, ha inteso in sostanza ascrivere all'ambito dei principi fondamentali, e non alla normativa di dettaglio, il riferimento ad una specifica annualità operata dalla normativa statale ai fini della definizione dei tetti di spesa.

Al contempo, il rinnovamento e il completamento del patrimonio strutturale e strumentale delle aziende sanitarie viene sostenuto mediante la concessione di appositi contributi e mediante l'istituzione di un fondo per l'erogazione di anticipazioni finalizzate allo scopo.

L'articolato ridefinisce inoltre l'assetto organizzativo dell'Agenzia regionale di sanità (ARS) sostituendo il consiglio di amministrazione con un comitato d'indirizzo e controllo ed attribuendo le funzioni di direzione aziendale ad un organo monocratico, il direttore, che, nonostante l'identità del nome, cumula su di sé funzioni ulteriori rispetto a quelle attribuite dalle precedente discipline della legge regionale 40/2005 al direttore dell'Agenzia..

Poiché i compiti istituzionali dell'Agenzia sono quelli di un ente servente sia la Giunta che il Consiglio, la devoluzione delle funzioni direzionali all'organo monocratico, nominato dal Presidente della Giunta regionale, è accompagnata da una disciplina del procedimento che tutela il ruolo consiliare attraverso la previsione di un parere vincolante della commissione consiliare competente.

3. LE POLITICHE SOCIALI

La legge regionale 20 settembre 2010, n. 49 (Modifiche alla legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato") risponde alle istanze di una pluralità di soggetti pubblici e privati che avevano palesato anche in sede consiliare il timore di non riuscire ad acquisire nei termini di legge la totalità dei requisiti richiesti dal regolamento attuativo della legge regionale 82/2009 per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

Questo differimento dei termini a fini procedurali è stato inoltre

accompagnato dalla istituzione, conseguente ad una integrazione testuale approvata dalla Quarta Commissione consiliare, di un'apposita Commissione tecnica regionale per l'attuazione del sistema di accreditamento.

La legge regionale 14 giugno 2011, n. 23 apporta a sua volta alcuni limitati correttivi di carattere manutentivo alla legge regionale 41/2005 (Sistema di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) dettando specifiche disposizioni relative all'organizzazione interna di due strutture regionali quali la Scuola nazionale cani guida per ciechi e la Stamperia Braille.

Infine, con la già citata legge regionale 65/2010 è stata effettuata una nuova regolazione della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni sociali, modificando sotto questo aspetto la legge regionale 41/2005.

L'elemento qualificante dell'intervento normativo è quello per il quale, ai fini della valutazione della situazione economica del richiedente le prestazioni sociali, lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) può essere integrato da ulteriori criteri definiti da apposito atto di indirizzo consiliare al fine di assicurare l'uniformità degli interventi sul territorio regionale.

La legge sancisce la vincolatività dell'atto di indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie unità sanitarie locali, mentre l'adeguamento da parte degli locali è su base volontaria ed è incentivato dal riconoscimento di apposita priorità, in caso di conformazione all'atto predetto, nell'attribuzione dei contributi finanziari regionali.

In ultimo, si è reso necessario un intervento normativo, recato dalla legge regionale 25/2011, per esplicitare i limiti, sostanzialmente necessitati dalla carenza di risorse finanziarie, entro i quali i soggetti portatori di disabilità grave sono esentati dalla partecipazione ai costi delle prestazioni.

La regolazione dei servizi sociali dettata dalla legge regionale 65/2010 deve intendersi in ogni caso integrata, e in parte modificata, dalla legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), cui ora si accenna.

4. Le novità della legge finanziaria 2012

Sulla linea tracciata dalla legge regionale 65/2010, la legge regionale 66/2011 sancisce un criterio informatore del complessivo sistema socio-sanitario toscano, statuendo il principio della ordinaria partecipazione finanziaria degli utenti ai costi dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, ferma restando l'esigenza di una puntuale ricognizione dei servizi stessi ad opera del legislatore regionale.

La quota di compartecipazione è determinata in rapporto alla situazione economica del richiedente, valutata esclusivamente sulla base del metodo ISEE, in vista di una omogenea enucleazione delle singole situazioni reddituali. La

legge contiene in ogni caso una clausola di salvaguardia, introdotta in sede consiliare, che garantisce il rispetto della normativa statale di tipo esclusivo o concorrente, e quindi in particolare l'osservanza della disciplina nazionale che identifica le categorie di soggetti esentate dagli oneri partecipativi.

In aggiunta, vengono assunte una pluralità di misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria, fissando fra l'altro obiettivi specifici di contenimento specifico dei costi relativi alla farmaceutica e ai dispositivi medici, e adeguando l'ordinamento regionale alla già citata sentenza della Corte costituzionale n. 182 del 2011.

Sotto altra prospettiva, la legge finanziaria per l'anno 2012 innova in modo sostanziale, attraverso modifiche sia esplicite che implicite, la disciplina generale del servizio sanitario regionale di cui alla legge regionale 40/2005, incidendo significativamente sulla programmazione di area vasta e sulle funzioni degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV). Per questa parte la normativa in questione, così come segnalato dall'ufficio legislativo, presenta elementi di difformità rispetto ai contenuti tipici delle leggi finanziarie, quali sanciti dalla legislazione regionale in materia di ordinamento contabile.