

LE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

REDATTORE: Cesare Belmonte

1. PREMESSA

La produzione normativa settoriale dell'anno 2012 manifesta elementi di continuità rispetto all'anno precedente. Il numero di leggi regionali integralmente dedicate al settore sanitario e sociale resta piuttosto limitato a vantaggio di un'attività regolativa e di indirizzo svolta prevalentemente mediante atti di tipo amministrativo. Nei contenuti, si tratta di leggi con tratti di forte diversità, registrandosi sia interventi innovativi, sia interventi a carattere organizzativo, sia misure sostanzialmente manutentive. Rimane inoltre alto il livello delle proposte di legge di iniziativa consiliare, che solo in un caso sono riuscite a tradursi in leggi formali.

Infine, si evidenzia come le tematiche socio-sanitarie pervadano una pluralità di leggi regionali non assegnate alla Quarta Commissione in sede referente ma che la Commissione stessa ha avuto modo di sindacare per l'espressione del parere secondario.

2. LE POLITICHE SANITARIE

Una fonte normativa che presenta un carattere fortemente innovativo è la legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81, recante (Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 51/2009, alla 40/2005 e alla 8/2006).

Sotto un primo profilo, la legge introduce misure di contenimento della spesa sanitaria sia con riferimento al personale, sia con riferimento ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati, in linea coi principi di contenimento della spesa pubblica evincibili dalla normativa statale. In particolare, le misure di contenimento dell'acquisto di prestazioni dai soggetti accreditati si attecchiano come integrative ed aggiuntive rispetto ai limiti di spesa già sanciti in materia a livello nazionale.

A questo riguardo, anche a seguito dei rilievi dell'ufficio di assistenza giuridico-legislativa, sono state riviste quelle disposizioni che, diversamente dalla disciplina statale, prevedevano due regimi differenziati per la rinegoziazione dei contratti, da una parte fissando in via diretta le limitazioni della spesa ospedaliera, dall'altra rinviando ad atti della Giunta regionale la formulazione di indirizzi (anche) per la rinegoziazione della spesa specialistica ambulatoriale. Questa differenziazione è stata superata stabilendo percentuali

specifiche di riduzione degli importi e dei volumi di prestazioni sia per la spesa ospedaliera che per quella ambulatoriale.

Parimenti, è stata soppressa la previsione che rimetteva alla Giunta regionale la formulazione di indirizzi alle aziende sanitarie ai fini della eventuale risoluzione dei contratti ed accordi vigenti. La scheda di legittimità osservava che la risoluzione, o meglio il recesso contrattuale, è consentito solo nei casi previsti dalla legge e da contratto, secondo la normativa civilistica e secondo la normativa regolativa dell'attività delle pubbliche amministrazioni; e alla luce di tale quadro normativo esprimeva pertanto perplessità in ordine alla possibilità di introdurre con atto amministrativo nuovi motivi di recesso.

Sempre in sede di adeguamento alla normativa nazionale, sono state definite misure di razionalizzazione della rete ospedaliera, assumendo peraltro come obiettivo di riferimento un tasso di ospedalizzazione ancor più basso di quello fissato dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, recante misure urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

Sotto un secondo profilo, la legge regionale interviene sugli assetti organizzativi aziendali dettando una nuova disciplina del dipartimento della prevenzione e configurando il sistema territoriale di emergenza urgenza come un sistema operante non più a livello della singola azienda sanitaria ma a livello di area vasta.

Sotto un terzo profilo, la disciplina sui bilanci delle aziende sanitarie è stata adeguata ai principi statali. In particolare, su indicazione degli uffici di assistenza giuridico-legislativa alla Prima e alla Quarta Commissione, e in ossequio al principio della certezza delle poste di bilancio, è stato precisato che il limite complessivo dei costi iscritti nel bilancio preventivo può essere superato ai fini dell'assunzione di obbligazioni a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi da iscrivere a bilancio.

In termini più generali, la legge in parola denuncia un carattere fortemente programmatico, e questa sua peculiarità appare chiaramente riconducibile alla circostanza della perdurante assenza dello strumento di programmazione settoriale, costituito dal Piano sanitario e sociale integrato regionale.

L'articolato è stato ampiamente riformulato durante i lavori della Quarta Commissione sia a seguito dell'approvazione di una pluralità di emendamenti presentati, sia in ragione delle osservazioni dei singoli uffici, sia in forza dei contributi forniti da apposito gruppo tecnico di lavoro.

In questo senso, la norma che sanziona in via amministrativa, anche nei confronti degli assistiti esenti, l'omessa disdetta di una prenotazione per una prestazione specialistica o diagnostica, è stata integrata attribuendo alla Regione il compito di promuovere un'adeguata informativa in materia, ad evidente tutela delle fasce più deboli della popolazione.

Del pari, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri è stata controbilanciata prevedendo la contestuale riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali alternativi al ricovero ospedaliero.

Infine, al testo è stata aggiunta la norma transitoria secondo la quale, fino ad eventuali determinazioni da parte del piano sanitario e sociale integrato regionale, la struttura competente in materia di medicina legale è collocata nello staff della direzione aziendale. La norma si è resa necessaria giacché nel procedere alla riorganizzazione del dipartimento della prevenzione la medicina legale è stata espunta dal novero delle funzioni di competenza del predetto dipartimento.

Per quanto non di respiro generale, ma afferente ad un ambito specialistico quale la disciplina del farmaco, appare di particolare rilievo sotto più profili, fra le leggi di questa annualità, anche la legge regionale 8 maggio 2012, n. 18 (Disposizioni organizzative relative all'utilizzo di talune tipologie di farmaci nell'ambito del servizio sanitario regionale).

L'atto normativo in questione nasce dalla confluenza e dalla sintesi di due iniziative consiliari insistenti sulla medesima tematica, sia pure con accentuazioni diverse. Entrambe le iniziative risentivano in vario modo di carenze redazionali e progettuali, e presentavano degli elementi di criticità anche in punto di stretta legittimità, come evidenziato nelle schede redatte dall'ufficio di assistenza giuridico-legislativa.

Riunite le proposte, su indicazione della Quarta Commissione è stato attivato un gruppo di lavoro coordinato dai soggetti proponenti e composto da referenti dei competenti uffici del Consiglio regionale e della Giunta regionale nonché dai referenti tecnici della Direzione generale diritti cittadinanza e coesione sociale. Il gruppo ha prodotto un testo che, nel rispetto delle finalità prefissate, si discosta ampiamente dagli impianti originari delineando una disciplina peculiare, priva di riscontri nel complessivo panorama delle regioni.

La legge, che evidenzia una particolare attenzione dell'ordinamento regionale per le tematiche relative alla qualità terapeutica e ai percorsi di fine vita, disciplina, sotto il profilo organizzativo e procedurale, l'utilizzo dei farmaci cannabinoidi quale ausilio terapeutico all'interno del servizio sanitario regionale, richiamando le acquisizioni scientifiche, le sperimentazioni e le pratiche cliniche, da cui emerge la particolare appropriatezza di questi farmaci nel trattamento di pazienti affetti da neoplasie ed AIDS, nonché nella terapia del dolore.

L'atto assume come presupposti sia l'avvenuto inserimento, ad opera della legislazione statale, di taluni principi a base di cannabis fra le sostanze impiegabili a fini terapeutici, sia la disciplina ministeriale sull'importazione di specialità medicinali registrate all'estero: disciplina rilevante in quanto non sono ancora presenti nel mercato nazionale medicinali a base di tali principi attivi autorizzati all'immissione in commercio.

La legge si inserisce dunque in questo contesto ordinamentale e assume come ineludibili i vincoli derivanti dalla normativa statale conformandosi in particolare a questi principi:

- il principio, già ribadito dalla giurisprudenza costituzionale, dell'autonomia e responsabilità del medico nella scelta terapeutica;
- il principio dell'evidenza scientifica;
- il principio (di coordinamento della finanza pubblica) per il quale l'acquisto di farmaci dall'estero è accollabile al servizio sanitario solo in funzione di un impiego del farmaco in ambito ospedaliero.

Ne è derivata una disciplina che ha atteso ad una propria peculiare declinazione di tali principi, e che soprattutto sviluppa la nozione di erogazione in ambito ospedaliero secondo tratti autonomi e innovativi, sia individuando un limite all'erogazione dei farmaci nella compatibilità col bilancio aziendale e nella coerenza con gli strumenti della programmazione aziendale, sia prevedendo l'inizio del trattamento presso la struttura ospedaliera e l'eventuale prosecuzione del trattamento stesso anche in sede di dimissioni assistite, laddove vi sia l'esigenza di una continuità terapeutica, sia individuando nella farmacia ospedaliera l'unica struttura abilitata al procacciamento del farmaco.

Inoltre, la stessa nozione di farmaci cannabinoidi è declinata in senso estensivo, comprendendo tanto i medicinali quanto i preparati magistrali.

Ha viceversa natura essenzialmente organizzativa la legge regionale 19 giugno 2012, n. 31, che introduce alcune modifiche alla legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3, con la quale è stato costituito l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Il testo specifica che l'ISPO, ente del servizio sanitario regionale, costituisce la struttura di riferimento a livello regionale per quanto concerne gli aspetti epidemiologici e di sorveglianza in campo oncologico, nonché per gli aspetti diagnostici correlati agli screening istituzionali. Inoltre, per la prima volta nell'ordinamento toscano, viene dettata la definizione di rete oncologica, rappresentata e coordinata dall'ITT. Al contempo, è stato avviato il processo di regolazione dei rapporti fra l'ITT e l'ISPO, sia nel senso che l'ISPO ospita l'ITT ed assicura il supporto amministrativo alla direzione di quest'ultimo, sia nel senso che l'ITT assicura il supporto tecnico-scientifico all'ISPO.

Come rimarcato nei lavori della Quarta Commissione, nel tempo le funzioni dei due organismi, che hanno avuto una genesi affatto diversa, si sono evolute senza un chiaro coordinamento a livello normativo. Questo elemento di criticità è stato ampiamente condiviso, così come è stata evidenziata la necessità di proseguire il processo di organica riforma dei due soggetti, che tuttora svolgono determinate funzioni in regime di sovrapposizione.

In sede referente la Quarta Commissione ha espunto dal testo la norma che attribuiva al direttore generale dell'ISPO la facoltà di svolgere limitate attività di didattica e ricerca, ravvisando un profilo di non motivata devianza

rispetto allo stato giuridico ed economico del direttore generale di azienda sanitaria, fondato su di un rapporto di lavoro esclusivo. Si noti altresì che un emendamento volto al ripristino della previsione originaria è stato respinto nel corso dell'esame dell'atto in aula.

Ad opera della Commissione è stata inoltre integrata la norma che regola l'acquisizione dei dati sensibili da parte dell'ISPO con un richiamo esplicito al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione di dati personali), a titolo cautelativo e in ragione degli indirizzi assunti dalla giurisprudenza costituzionale.

La legge regionale 17 ottobre 2012, n. 57, modificativa della legge regionale 5 agosto 2009 n. 51 nasce a sua volta dall'esigenza di adeguare alla normativa statale la disciplina regionale in tema di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie.

Con un primo adeguamento, si prevede sia per i servizi trasfusionali che per le unità di raccolta del sangue il controllo obbligatorio dei requisiti d'esercizio a cadenza biennale e l'integrazione a tal fine del dipartimento di prevenzione con un valutatore inserito nell'elenco nazionale. Con un secondo adeguamento, il riferimento alla denuncia di inizio attività è stato sostituito, relativamente agli studi professionali, con quello alla segnalazione certificata di inizio attività. Con un terzo adeguamento, è stata estesa alle strutture di riabilitazione per tossicodipendenti (sinora operanti come enti ausiliari iscritti in apposito albo) la disciplina generale propria delle strutture sanitarie, incentrata per l'appunto sul sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Si sottolinea come, allo scopo di rimuovere taluni difetti di coordinamento fra norme, siano state sostanzialmente riscritte le disposizioni transitorie che regolano per le predette strutture di riabilitazione il passaggio dal vecchio al nuovo regime.

3. LE LEGGI TRASVERSALI

La legge regionale 18 giugno 2012, n. 29 tratta, fra le tante, alcune materie che attengono, talora solo per profili limitati, alle competenze della Quarta Commissione, intervenendo a titolo manutentivo in tema di estetica, tatuaggio e piercing, acque minerali e termali, discipline del benessere e bio-naturali, tutela degli animali. In particolare, recependo il suggerimento degli uffici, è stata riscritta la disposizione che innova il regime transitorio previsto dalla normativa regionale in materia di discipline del benessere e bio-naturali, fissando il termine ultimo entro il quale è consentito agli operatori di iscriversi su base meramente autocertificativa nell'elenco regionale degli esercenti tali discipline.

Un'altra legge trasversale è la legge regionale 14 luglio 2012, n. 35, che ha introdotto un titolo di preferenza per la condizione di disabilità nell'ambito

delle misure di sostegno ai giovani per il pagamento del canone di locazione e per l'acquisto della prima casa. Si noti inoltre come nel corso dei lavori d'aula sia stata espunta l'iniziale previsione che, a titolo di modifica della legge finanziaria per l'anno 2012, attribuiva non più alla legge regionale, e dunque al Consiglio regionale, ma ad una deliberazione della Giunta regionale la competenza ad effettuare la ricognizione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali soggetti a compartecipazione finanziaria da parte degli utenti.

La legge finanziaria per l'anno 2013 (legge regionale 27 dicembre 2012, n. 77) a sua volta prevede una serie di misure a rilevanza socio-sanitaria. Con riferimento all'addizionale regionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono state fissate specifiche detrazioni per carichi di famiglia rapportate al numero dei figli e maggiorate in presenza di figli portatori di handicap. Oltre a ciò, appaiono meritevoli di menzione le norme che provvedono al rifinanziamento del fondo sociale regionale (in misura ridotta rispetto alle annualità pregresse) e quelle intese al rifinanziamento delle azioni in tema di sostegno della locazione abitativa e in tema di abbattimento delle barriere architettoniche. E' altresì disciplinata la concessione di benefici finanziari regionali per sostenere progetti di microcredito, da selezionare attraverso bandi pubblici, avanzati dai soggetti del terzo settore e tesi a promuovere l'inclusione sociale e la lotta alla povertà.

Infine, si segnala che alcune norme della legge regionale 9 marzo 2012, n. 8 (Disposizioni urgenti in materia di alienazione e valorizzazione di immobili pubblici) sono state sottoposte al giudizio del Collegio di garanzia statutaria. Fra queste norme sono ricomprese quelle inerenti la valorizzazione del patrimonio immobiliare non strumentale delle aziende sanitarie, che sono state censurate sia nella parte in cui si applicano agli accordi di programma (PUV) già stipulati per la realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, sia nella parte in cui attribuiscono specifici poteri sostitutivi al Presidente della Giunta regionale; lamentando tanto la violazione della normativa statale di riferimento, tanto la violazione dei principi statutari.

Tali censure sono state ritenute parzialmente fondate dal Collegio di garanzia con riferimento all'art. 62, comma 3, dello Statuto, secondo cui sono riservate alla Regione le sole funzioni amministrative corrispondenti a riconosciute esigenze unitarie di livello regionale. In sostanza, nell'attribuire un potere sostitutivo al Presidente della Giunta regionale l'atto normativo non argomentava la sussistenza di esigenze unitarie; difetto questo cui il legislatore regionale ha inteso rimediare attraverso un'apposita integrazione del preambolo.

Riguardo all'iter istruttorio, si segnala che su iniziativa della Quarta Commissione, inizialmente chiamata ad esprimere parere secondario, sono stati rivisti i criteri di assegnazione rimettendo l'atto all'esame congiunto della Quarta e della Sesta Commissione.

La l.r. 8/2012 è stata a sua volta sottoposta ad alcune limitate modifiche con la legge regionale 27 dicembre 2012, n. 82, esaminata anch'essa in modo congiunto dalla Quarta e dalla Sesta Commissione in sede istruttoria.

La fonte normativa in oggetto fra l'altro risolve l'eventuale contrasto fra programmazione sanitaria e programmazione urbanistica prevedendo l'adeguamento dei piani territoriali di coordinamento provinciali laddove questi prevedano per singoli edifici esistenti destinazioni ad uso sanitario non coerenti con le localizzazioni definite dagli atti della programmazione sanitaria.