

ATTUAZIONE DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

**RELAZIONE GENERALE E DI SETTORE SULLO STATO
DELL'ORDINAMENTO E DELLE COMPETENZE REGIONALI
DOPO LA RIFORMA**

MATERIE DI PERTINENZA DELLA IV COMMISSIONE

A cura del Servizio Assistenza generale alla Quarta Commissione e dell'Area assistenza giuridico legislativa alle Commissioni e al Consiglio in materia sanitaria, sociale e culturale

maggio 2002

Indice

Relazione generale (*Pier Giovanni Menicatti*) p. 3

Relazioni di settore:

- Sanità ed edilizia ospedaliera (*Cosetta Bindi*) p. 8
- Assistenza – Sicurezza sociale (*Carla Campana*) p. 37

RELAZIONE GENERALE

Premessa

La riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione ha innovato profondamente il precedente ordinamento modificando radicalmente sia la posizione giuridica dei soggetti dotati di autonomia costituzionale, sia il sistema dei rapporti fra legislazione statale e regionale.

Sintetizzando, i tratti salienti del nuovo ordinamento costituzionale che, ponendosi totalmente in contrasto col sistema precedente, lo rifondano completamente sono tre.

Il primo, stabilito e regolato dal nuovo articolo 117 della Costituzione, consiste nel fatto che il nuovo sistema si fonda sulla separatezza e sulla parità dei legislatori statale e regionali.

I due legislatori infatti:

- a) sono sottoposti entrambi ai medesimi vincoli stabiliti dal primo comma dell'art.117 Cost. (rispetto della Costituzione e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali);
- b) sono regolati entrambi dal principio dell'assegnazione di competenze costituzionalmente definite, nell'ambito di materie che la Costituzione stessa enumera.

Inoltre, in antitesi col sistema precedente, la clausola generale di chiusura relativa alle materie non specificatamente elencate è posta ora esclusivamente a favore del legislatore regionale.

Il secondo aspetto deriva dalla nuova formulazione dell' art.114 Cost., primo e secondo comma, ove è stabilita la parità tra Stato, Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni come elementi tutti egualmente costitutivi della Repubblica, e ove viene specificato che tanto i Comuni quanto le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono tutti enti dotati di autonomia nonché di propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione.

Il terzo aspetto discende dalla nuova formulazione dell'art.118 Cost., che sancisce la potenziale attribuzione delle funzioni amministrative a tutti e ciascuno di questi livelli di governo, senza più alcuna riserva "automatica" di competenza che non sia quella legata all'applicazione del principio generale di attribuzione ai Comuni nel caso in cui una funzione non debba essere conferita ad altro livello di governo in base ai principi e ai criteri di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

Stante la loro portata "rivoluzionaria", questi tre elementi, ciascuno per proprio conto e tutti e tre insieme, sono al centro dei commenti di quanti, studiosi od operatori del diritto, si sono soffermati ad esaminare gli aspetti più significativi e la portata stessa dell'innovazione costituita dal nuovo titolo V della parte II della Costituzione.

In questa sede viene illustrato, ovviamente, solo il primo profilo che definisce il nuovo sistema di rapporti fra legislazione statale e regionale, considerato che una

visione d'insieme sui connotati generali che caratterizzano tale nuovo sistema è una premessa indispensabile all'esame delle singole materie.

Al riguardo le osservazioni che seguono tengono conto delle valutazioni (talora problematiche) che la dottrina più autorevole ha finora espresso.

Il riparto delle competenze legislative ordinarie fra Stato e Regioni.

Il precedente testo dell'art.117 Cost. operava il conferimento alle Regioni di limitati poteri legislativi, che solo marginalmente limitavano il potere legislativo ordinario generale dello Stato.

Al contrario il nuovo testo rovescia il rapporto: attribuisce alle Regioni la competenza legislativa, tranne che:

- a) nelle materie elencate al comma 2 che vengono attribuite alla esclusiva competenza dello Stato;
- b) la determinazione dei principi fondamentali delle materie elencate al comma 3 che è riservata alla legislazione dello Stato (cosiddette materie "concorrenti").

Infatti il comma 4 dell'art.117 statuisce con estrema chiarezza: **“Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”**.

La potestà legislativa ordinaria (quella di rango costituzionale è rimasta invariata ed è perciò attribuita esclusivamente al Parlamento ed eventualmente al popolo attraverso il referendum) è dunque ripartita sulla base della competenza per materia, per cui nel nuovo sistema il legislatore statale perde la "competenza generale" e la legge statale non può più svolgere un ruolo generale unificante di tutto il sistema (nel nuovo sistema scompaiono infatti i limiti all'esercizio della competenza legislativa regionale

che erano attivi nel vecchio sistema e cioè quello delle grandi riforme economico-sociali; quello dei principi generali dell'ordinamento giuridico; quello dell'interesse nazionale).

Anche per quanto riguarda la potestà legislativa cosiddetta "concorrente" vi sono accentuati elementi di discontinuità rispetto al vecchio sistema: là dove il vecchio testo diceva che la Regione emana norme legislative "nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato" secondo il nuovo testo "spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato".

Dalla nuova formulazione discende:

- a) che il nuovo testo effettua un mero riparto di competenza, senza porre limiti, per così dire, di rango alla normazione regionale (viene meno perciò il vecchio modello di tipo gerarchico: norme di principio –norme di dettaglio);
- b) alle regioni viene attribuita la potestà di legiferare immediatamente e senza incontrare limiti di sorta sia nel caso che i principi fondamentali possano essere desunti dalle leggi che già disciplinano la materia, sia nel caso che il legislatore regionale decida di esercitare la propria potestà senza attendere l'emanazione di una legge statale che definisca i principi fondamentali. In tal caso, ovviamente, quando e se tale legge interverrà, la legislazione regionale nel frattempo intervenuta, dovrà essere adeguata alla normativa statale.

L'ambiguità del concetto di materia.

Tuttavia il concetto di materia che si ricava dalla lettura dell'elenco fattone dal comma 2 per delimitare l'ambito di competenza esclusiva dello Stato non corrisponde al significato che tale parola assume nel linguaggio corrente, cosicché la chiarezza del citato comma 4 si stempera, spesso, nell'ambiguità.

Infatti accanto a materie la cui denominazione rispetta l'accezione corrente o comunque denota ambiti tipici della sovranità statale, si trovano denominazioni come "giurisdizione e norme processuali", "ordinamento civile e penale", "giustizia amministrativa" con le quali, come è stato osservato, non si separa semplicemente e quasi orizzontalmente una materia dall'altra, ma si individuano specifici ed essenziali fasci di rapporti soggetti alla sola potestà statale, quasi a voler confinare la potestà legislativa regionale ai soli rapporti amministrativi (che erano i confini del vecchio art.117, ma non certo quelli propri di ordinamenti davvero federali).

Le materie "trasversali".

Va inoltre considerato che alcune tra le materie riservate allo Stato alludono addirittura a vere e proprie politiche pubbliche per l'attuazione di diritti sanciti dalle disposizioni costituzionali che implicano interventi legislativi all'interno di discipline appartenenti a "materie" diverse.

Così, in particolare, spetta allo Stato il potere di legiferare per determinare " *i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*"(art.117, comma 2, lett. m)

Data l'ampiezza e l'elasticità di queste espressioni risulta chiaro che, a questo titolo, lo Stato può intervenire in qualunque materia.

Non solo. In un recente convegno promosso da "legautonomie" esponenti autorevoli dei gruppi parlamentari che hanno proposto l'inserimento fra le materie riservate allo Stato quella prevista dalla norma costituzionale in argomento, ne hanno illustrato la portata sostenendo che le leggi di attuazione della competenza di cui alla lettera m) sono costituzionalmente necessarie, al contrario delle leggi per la determinazione dei principi fondamentali delle materie elencate al comma 3 art.117 (cosiddette materie concorrenti) che sono solo eventuali.

Da tali qualificazioni –è stato opinato dai relatori del convegno - discendono effetti notevoli sulla potestà legislativa regionale poiché le leggi costituzionalmente necessarie inibiscono l'esercizio del potere legislativo regionale in tutte le materie che sottendono la garanzia di diritti civili e sociali fino a quando con legge dello Stato saranno determinati i livelli di cui trattasi, mentre le leggi costituzionalmente eventuali di competenza dello stato non inibiscono l'immediato esercizio del potere legislativo da parte delle Regioni.

Tesi estremistica che si risolve in una negazione del contenuto innovativo della riforma costituzionale e di quello che è stato definito "ordinamento a regionalismo legislativo".

Un altro modo col quale lo Stato può “penetrare” in qualunque materia riservata alla competenza legislativa regionale è attraverso il disposto della lettera *p*) che mantiene allo Stato il potere di determinare “*le funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane*” poiché ciò significa, come è stato giustamente sottolineato, dettare almeno un “inizio” della disciplina della materia in ordine alla quale viene stabilita la funzione.

L’art.117 comma 5.

Per completare il quadro della nuova dimensione della potestà legislativa regionale disegnata dalla riforma costituzionale del Titolo V merita menzionare il disposto dell’art.117 comma 5 che riconosce ciò che in passato era sempre stato negato, ossia una competenza delle Regioni (e delle Province autonome) a dare esecuzione non solo agli atti dell’Unione europea, ma anche agli accordi internazionali, quando tali accordi vertano in materie affidate alla competenza legislativa regionale.

Ovviamente qualora tali accordi vertano nelle materie di competenza cosiddetta concorrente, spetterà alle Regioni dare esecuzione a detti accordi nel rispetto dei contenuti dell’accordo e dei principi fondamentali fissati dalla legge dello Stato.

Appare infine opportuno sottolineare che l’esercizio della potestà legislativa regionale, sia di tipo “esclusivo” che “concorrente”, ha un effetto abrogativo delle norme statali attualmente in vigore che discendono dalle previgenti disposizioni costituzionali.

Il legislatore regionale deve pertanto preoccuparsi che la propria normazione detti una disciplina completa della materia al fine di colmare i vuoti che il venir meno della vecchia disciplina statale produce in modo da evitare difficoltà applicative ai destinatari delle norme.

Le materie di competenza della IV commissione consiliare permanente.

Richiamati i tratti essenziali del nuovo sistema che regola i rapporti fra legislazione statale e regionale, occorre ora illustrare la tipologia e la dimensione della potestà legislativa regionale nelle materie di competenza della IV commissione consiliare permanente.

La tabella allegata ex art.19 del Regolamento interno del Consiglio assegna alla competenza della IV commissione le seguenti materie:

- Assistenza
- Sanità
- Edilizia ospedaliera.

La materia dell’ **assistenza** non è inclusa né nell’elenco di cui al comma 2 (materie di pertinenza esclusiva dello Stato), né nell’elenco di cui al comma 3 (materie di pertinenza della Regione, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato – cosiddette materie “concorrenti”).

Pertanto l'esercizio della potestà legislativa in tale materia rientra nella competenza esclusiva della Regione.

Tuttavia il legislatore regionale dovrà tenere conto che si tratta di una materia che è investita dalla competenza "trasversale" del comma 2 lettera *m*) sopra richiamata.

La materia della **sanità** compare con la denominazione "tutela della salute" nell'elenco delle materie cosiddette concorrenti.

Inoltre anche per essa occorre tener conto della competenza esclusiva dello Stato in materia di "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*".

La materia **edilizia ospedaliera**, non compare negli elenchi di cui ai comma 2 e 3 e pertanto rientra nella competenza esclusiva della Regione (a meno che, dato il suo carattere strumentale rispetto alla tutela della salute, lo Stato non introduca fra i principi fondamentali in materia di tutela della salute qualche disposizione che si riflette sulla disciplina dell'edilizia ospedaliera).

Nelle relazioni allegate sono illustrate per ogni singola materia in modo esaustivo:

- a) le sub materie;
- b) le disposizioni legislative attualmente in vigore;
- c) le eventuali interferenze con altre materie

in modo da offrire ai consiglieri il quadro preciso dei poteri conferiti al legislatore regionale.

SANITÀ ED EDILIZIA OSPEDALIERA

(Dall'assistenza sanitaria ed ospedaliera alla tutela della salute del nuovo articolo 117 costituzionale)

La materia

La dizione “tutela della salute” quale materia di competenza concorrente tra Stato e Regioni, ai sensi del vigente articolo 117 costituzionale, attua, diversamente dal passato quando la materia indicata era “assistenza sanitaria ed ospedaliera” una conformazione testuale con la norma dell'articolo 32 costituzionale, comma 1, che recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Premessa la prevalenza di quella parte, della dottrina e della giurisprudenza che ascrive il diritto della salute ai diritti soggettivi perfetti, si definiscono i contenuti di tale diritto in ⁽¹⁾

- il diritto alla integrità psico-fisica personale, che può essere fatto valere nei confronti di tutti e nel contempo si pone anche come un diritto sociale, nel senso che comporta il diritto all'assistenza sanitaria da parte dello Stato;
- il diritto all'ambiente salubre;
- il diritto a trattamenti sanitari preventivi;
- il diritto di essere curato;
- il diritto (degli indigenti) a cure gratuite;
- il diritto a non essere curato.

La natura di diritto fondamentale della persona attribuito al diritto alla salute, nei contenuti sopra esplicitati, spiega il costante riferimento della Corte Costituzionale alla necessità di assicurarne una tutela ispirata alla “massima uniformità possibile su tutto il territorio nazionale” contenuto in alcune decisioni relative ai rapporti tra Stato-Regioni in materia di assistenza sanitaria (si veda, tra altre, la sentenza n.49 del 1991)

Le competenze delle Regioni in materia di sanità prima della riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione - La legislazione statale

La formulazione non più vigente dell'art.117 Costituzionale conteneva l'espressione “assistenza sanitaria ed ospedaliera” per delimitare le competenze regionali concorrenti in materia sanitaria (nell'ambito dei limiti allora vigenti indicati in Costituzione in: principi fondamentali, interesse nazionale, interesse delle altre regioni). Ricordato l'importanza che assume ancor oggi, per l'individuazione dei contenuti della materia, il Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 ², è comunque necessario fare, brevemente, una rassegna delle funzioni amministrative trasferite alle Regioni prima della riforma, ricordando che le materie di competenza regionale, sono state, per la vaghezza delle definizioni dell'articolo 117 cost. originario, necessariamente ridefinite, nei contenuti e nei limiti, dalla normativa di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni, causando quel processo che la dottrina ha definito del “parallelismo invertito” tra funzioni legislative e amministrative. Ai decreti di seguito richiamati si deve non solo l'assetto dell'autonomia regionale sul piano amministrativo, ma anche sullo stesso piano della legislazione

Con la legge 12 febbraio 1968, n.132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera), da leggersi alla stregua di legge cornice *ante litteram*, con la quale si costituivano su tutto il territorio nazionale enti ospedalieri, dotati di competenze esclusive e finanziati con uno specifico fondo nazionale, si attribuivano in quella materia alle regioni poteri normativi, nonché di amministrazione attiva e di controllo. La suddetta legge limitava però la funzione legislativa regionale, contenendo, insieme ai

¹ Per una trattazione completa degli aspetti richiamati si veda quanto contenuto sotto la parola “ Salute” del Dizionario Giuridico Treccani,

² Regio decreto 27 luglio 1934, n.1265 (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie)

principi fondamentali, disposizioni di dettaglio in merito ai compiti, alle forme di costituzione, alle strutture, ai requisiti, alle categorie degli ospedali.

Con il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici) si trasferivano alle Regioni a statuto ordinario le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo. Nello specifico il trasferimento riguardava:

- a) la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie nonché le provvidenze economiche, ad esse connesse, erogate dal Ministero della sanità; la profilassi sanitaria di carattere personale, ivi compresa quella per la maternità ed infanzia;
- b) la profilassi e l'assistenza sanitaria nelle scuole e negli istituti e convivenze pubbliche a carattere educativo ed assistenziale;
- c) la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro e la tutela sanitaria delle attività sportive;
- d) l'assistenza psichiatrica e di igiene mentale;
- e) i gabinetti di analisi per il pubblico a scopo di accertamento diagnostico, gli impianti radiologici impiegati a scopo diagnostico, terapeutico e di radiumterapia, nonché le case di cura private e le case e pensioni per gestanti;
- f) la pubblicità concernente le case di cura private e di assistenza ostetrica nonché le case e pensioni per gestanti, ferma restando la competenza consultiva degli ordini provinciali dei medici;
- g) la istituzione, modifica e soppressione delle condotte medico-chirurgiche e ostetriche e gli altri servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria;
- h) i concorsi, lo stato giuridico, il trattamento economico e l'interinato dei medici e delle ostetriche condotti e degli altri sanitari addetti ai servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria;
- i) la costituzione di consorzi per il servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica;
- j) la formazione e revisione della pianta organica delle sedi farmaceutiche; i concorsi per l'assegnazione delle sedi stesse; la vigilanza sulla efficienza del servizio di assistenza farmaceutica e l'adozione di provvedimenti di decadenza;
- k) l'autorizzazione all'esercizio alla gestione provvisoria ed alla cessione delle farmacie nonché i provvedimenti in ordine all'indennità di avviamento e di rilievo;
- l) la istituzione e gestione di dispensari farmaceutici;
- m) la indennità di residenza ai farmacisti rurali e di gestione dei dispensari farmaceutici; i contributi ai comuni per la gestione di farmacie rurali.

Si trasferivano altresì le funzioni amministrative degli organi centrali e periferici dello Stato concernenti l'assistenza zootica, ivi compresa la istituzione, modifica e soppressione delle condotte veterinarie, nonché la costituzione di consorzi per il servizio di assistenza veterinaria.

Si trasferivano le funzioni in materia di assistenza ospedaliera, comprese quelle di vigilanza e di tutela, esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in ordine agli enti, consorzi, istituti ed organizzazioni locali operanti nella Regione in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera

Rimanevano ferme le competenze dello Stato in ordine:

- a) ai rapporti internazionali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ivi compresa la profilassi internazionale;
- b) alla sanità marittima, aerea e di frontiera;
- c) alla profilassi delle malattie infettive e diffuse per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie;
- d) alle cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura ed agli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro per la sanità di concerto con il Ministro per la pubblica istruzione;
- e) all'assistenza sanitaria agli invalidi civili ed agli altri soggetti di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118 (fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria);

- f) alla normativa tecnica relativa alle case di cura private;
- g) all'igiene del suolo e dell'ambiente, all'inquinamento atmosferico e delle acque ed aspetti igienico-sanitari delle industrie insalubri;
- h) agli aspetti sanitari della prevenzione degli infortuni sul lavoro ed all'igiene del lavoro;
- i) all'igiene delle attività sportive;
- j) alla ricerca e sperimentazione scientifica svolte da appositi istituti in ordine alla origine, evoluzione, prevenzione e cura delle malattie;
- k) alla produzione, commercio, vendita e pubblicità dei prodotti chimici usati in medicina, dei preparati farmaceutici, preparati galenici, specialità medicinali, vaccini, virus, sieri, tossine e prodotti assimilati, emoderivati, presidi medico-chirurgici e prodotti assimilati;
- l) alla coltivazione, produzione, impiego, commercio all'ingrosso, importazione, esportazione e transito, acquisto, detenzione e somministrazione di sostanze stupefacenti e di sostanze psicoattive e loro derivati;
- m) alla produzione e commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia; agli aspetti igienico-sanitari: della produzione, lavorazione e commercio di sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei; dei fitofarmaci e dei presidi delle derrate alimentari immagazzinate;
- n) al riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali ed al rilascio dell'autorizzazione per la loro utilizzazione a scopo sanitario ed alla relativa pubblicità sanitaria per gli stabilimenti termali ed alla relativa vigilanza;
- o) alla produzione ed impiego pacifico dell'energia nucleare;
- p) al riscontro diagnostico ed al prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico; al trapianto di organi e tessuti da persone viventi a scopo terapeutico;
- q) alla raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano;
- r) alla detenzione, impiego e vendita, dei gas tossici e delle sostanze pericolose;
- s) ai concorsi ed allo stato giuridico degli ufficiali sanitari, dei veterinari addetti alla vigilanza, ispezione e polizia veterinaria, dei veterinari comunali capo e dei direttori di pubblico macello;
- t) alle professioni sanitarie e agli esami di idoneità per l'esercizio della professione medica negli ospedali; alle professioni sanitarie ausiliarie ed arti ausiliarie delle professioni sanitarie; agli ordini e collegi professionali;
- u) alla determinazione dei requisiti di ammissione alle scuole per l'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie e delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie; alla determinazione delle materie fondamentali di insegnamento;
- v) alla profilassi, polizia, ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali, sugli alimenti di origine animale e sull'alimentazione zootecnica;
- w) alle tariffe concernenti le prestazioni a privati da parte dei laboratori di igiene e profilassi delle province, nonché a quelle concernenti le prestazioni eseguite nell'interesse privato da parte di ufficiali sanitari e dei veterinari comunali.

Venivano trasferiti alle Regioni a statuto ordinario, nel cui territorio avevano sede, i seguenti uffici periferici del Ministero della sanità:

- a) gli uffici dei medici provinciali;
- b) gli uffici dei veterinari provinciali;

e, per il rispettivo territorio, le attribuzioni degli organi centrali e periferici dello Stato in ordine ai seguenti organismi sanitari:

- a) consigli provinciali di sanità;
- b) comitati provinciali di coordinamento dell'attività ospedaliera;
- c) commissioni provinciali di vigilanza sugli ospedali psichiatrici;
- d) consorzi provinciali antitubercolari relativamente alle funzioni trasferite;
- e) comitati provinciali per la lotta antimalarica;
- f) dispensari antivenerei;

- g) ogni altro organismo avente sede presso gli uffici trasferiti alle regioni con attività attinente alle funzioni amministrative trasferite alle regioni.

Gli ufficiali sanitari dei comuni e dei consorzi comunali cessavano di essere organi periferici del Ministero della sanità per divenire organismi periferici della regione nel territorio di riferimento operavano.

Si delegavano alle Regioni a statuto ordinario:

- a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse; le vaccinazioni obbligatorie tranne che nei porti, aeroporti e posti di confine;
- b) l'assistenza sanitaria agli invalidi civili ed agli altri soggetti di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118 (fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria);
- c) la imposizione dell'obbligo per le province di istituire i servizi integrativi previsti dall'art. 92, primo comma, del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 qualora sussistano le particolari condizioni di cui al secondo comma dell'articolo stesso;
- d) i servizi di vigilanza igienica e di profilassi negli enti locali e loro consorzi;
- e) i concorsi e lo stato giuridico degli ufficiali sanitari, dei veterinari addetti alla vigilanza, ispezione e polizia veterinaria, dei veterinari comunali capo e dei direttori di pubblico macello;
- f) le tariffe concernenti le prestazioni a privati da parte dei laboratori di igiene e profilassi delle province, nonché quelle concernenti le prestazioni eseguite nell'interesse privato da parte degli ufficiali sanitari e dei veterinari comunali;
- g) la detenzione, impiego e vendita dei gas tossici e delle sostanze pericolose;
- h) l'igiene del suolo e dell'ambiente, l'inquinamento atmosferico e delle acque e gli aspetti igienico-sanitari delle industrie insalubri;
- i) la vigilanza igienico-sanitaria sulle coltivazioni delle piante tessili e del riso;
- j) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e deposito delle sostanze radioattive; la detenzione a qualsiasi titolo di sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;
- k) le autorizzazioni sanitarie ed i controlli sanitari sugli stabilimenti termali;
- l) la raccolta, la conservazione e la distribuzione del sangue umano;
- m) la vigilanza sui servizi di igiene scolastica;
- n) la vigilanza sulla produzione, commercio e vendita delle sostanze alimentari e bevande e degli alimenti dietetici della prima infanzia, nonché l'autorizzazione all'impianto e all'esercizio delle centrali del latte e vigilanza tecnica sulle stesse;
- o) la vigilanza in materia di molluschicoltura;
- p) l'autorizzazione al commercio e detenzione di additivi chimici e coloranti destinati alla preparazione e conservazione di sostanze alimentari e di fitofarmaci;
- q) la profilassi e la polizia veterinaria; la ispezione e vigilanza sanitaria delle carni e sulla produzione degli altri alimenti di origine animale;
- r) la vigilanza sulla produzione, il commercio e la vendita dei mangimi, integrativi ed additivi;
- s) la vigilanza sugli istituti autorizzati a praticare la vivisezione degli animali;
- t) i provvedimenti e la vigilanza sulla fecondazione artificiale degli animali e sulla riproduzione animale;
- u) la vigilanza tecnica sulle attività di competenza statale svolte dalle istituzioni locali degli enti a carattere nazionale.

Si delegavano ugualmente alle Regioni a statuto ordinario, per il rispettivo territorio, le attribuzioni degli organi centrali e periferici dello Stato in ordine alle commissioni provinciali per i servizi di trasfusione ed ai consorzi provinciali antitubercolari limitatamente alla profilassi antitubercolare.

Restavano ferme le attribuzioni degli organi statali in materia di difesa nazionale, di pubblica sicurezza, di polizia giudiziaria e di polizia mortuaria, nonché quelle altre che, pur essendo

esercitate in relazione alle attività di cui decreto, riguardavano materie non comprese nell'art. 117 della Costituzione. Restava, altresì, ferma la competenza degli organi statali ad adottare provvedimenti contingibili e di urgenza in materia di igiene pubblica.

Venivano fatte salve le funzioni amministrative di interesse esclusivamente locale già esercitate dagli enti locali

Restavano altresì ferme (con il limite temporale dell'entrata in vigore della riforma sanitaria) relativamente all'ordinamento dell'assistenza psichiatrica, le disposizioni degli articoli 5 e 6 della legge 18 marzo 1968, n. 431 (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica) e quelle della legge 21 giugno 1971, n. 515 riguardanti le competenze statali in materia

Alla funzione legislativa regionale l'articolo 21 del d.p.r. 4/1972 attribuiva la disciplina dell'inquadramento del personale trasferito dallo Stato.

Un attento esame del d.p.r. 4/1972 dimostra la concezione restrittiva dei poteri legislativi regionali; si osservi infatti come riservò alla competenza statale i vari aspetti dell'igiene, intesa come esplicazione di azione pubblica preordinata a finalità igieniche. Su questo delinearsi dei rapporti Stato-Regione in materia sanitaria intervenne la stessa Corte costituzionale con la sentenza n.140 del 1972 auspicando "una più razionale e funzionale ripartizione delle sfere di competenza statale e regionale" Ma lo spirito del d.p.r. 4/1972 veniva sostanzialmente riconfermato dal d.p.r. 616/1977 che, pur prevedendo un nuovo riparto dei compiti, sulla base del criterio finalistico, alle regioni in materia di sanità pubblica, non ne disponeva il trasferimento integrale, continuando a riservare allo Stato una serie di competenze in tema di igiene pubblica (si vedano in proposito gli articoli 27 e 30³ del d.p.r. 616/1977)

³ 27. Assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Le funzioni amministrative relative alla materia «assistenza sanitaria ed ospedaliera» concernono la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione e comprendono, in particolare, tutte quelle che tendono:

- a) alla prevenzione ed alla cura delle malattie, qualunque ne sia il tipo e la durata;
- b) alla riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale, ivi compresa l'assistenza sanitaria e protesica agli invalidi civili, ai sordomuti ed ai ciechi civili;
- c) alla prevenzione delle malattie professionali ed alla salvaguardia della salubrità, dell'igiene e della sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- d) all'igiene degli insediamenti urbani e delle collettività;
- e) alla tutela igienico-sanitaria della produzione, commercio e lavorazione delle sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei, sulla base degli standard di cui al successivo art. 30 lettera g);
- f) alle autorizzazioni ed ai controlli igienico-sanitari sulle acque minerali e termali nonché sugli stabilimenti termali, ivi comprese le attribuzioni relative al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di stabilimenti di produzione e vendita di acque minerali naturali o artificiali, nonché alla autorizzazione alla vendita;
- g) all'igiene e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) alla promozione dell'educazione sanitaria ed all'attuazione di un sistema informativo sanitario, secondo le disposizioni della legge di istituzione del servizio sanitario nazionale;
- i) all'igiene e assistenza veterinaria, ivi esclusa la formazione universitaria e post-universitaria;
- l) all'igiene e assistenza veterinaria ivi compresa la profilassi, l'ispezione, la polizia e la vigilanza sugli animali e sulla loro alimentazione, nonché sugli alimenti di origine animale.

Sono inoltre compresi nelle materie suddette:

- a) i compiti attualmente svolti dalle sezioni mediche e chimiche e dei servizi di protezione antinfortunistica degli ispettorati provinciali e regionali del lavoro nelle materie di cui al presente decreto, ad eccezione di quelli relativi a funzioni riservate allo Stato (2/d);
- b) le funzioni relative alla tutela sanitaria delle attività sportive svolte dalla federazione medico-sportiva italiana; i centri di medicina sportiva del CONI;
- c) nel quadro della ristrutturazione dell'associazione italiana della Croce rossa da attuarsi in base alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 1979, saranno trasferite alle regioni le attività sanitarie ed assistenziali svolte dall'ente nei settori di competenza delle regioni con esclusione in ogni caso di quelle attuate in adempimento di convenzioni internazionali o di risoluzioni degli organi della Croce rossa internazionale;
- d) tutte le funzioni in materia di assistenza sanitaria comunque svolte da uffici dell'amministrazione dello Stato, con la sola eccezione dei servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia per il Corpo degli agenti di custodia e

Le successive leggi 25 luglio 1975, n.405 (Istituzione dei consultori familiari) 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori), 22 maggio 1978, n.194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) riconoscono potestà normative regionali su aspetti di dettaglio.

Questa disciplina è stata comunque superata e riordinata dalla legge 23 dicembre 1978, n.833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) che ha fissato tre ordini di competenze:

- il primo dello Stato, in nome del principio di uguaglianza dei cittadini nei confronti dello Stato, sotto forma di programmazione di obiettivi e prestazioni sanitarie, di normative per assicurare una uniformità di condizioni, di indirizzo e coordinamento delle attività delle

per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco nonché dei servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico sanitario delle condizioni del personale dipendente.

Sono altresì comprese tra le funzioni amministrative trasferite alle regioni quelle esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in ordine agli enti, consorzi, istituti ed amministrazioni locali operanti nella materia definita dal precedente primo comma, ivi comprese quelle di vigilanza e tutela, nonché le attribuzioni in ordine alla nomina dei collegi dei revisori, salva la designazione da parte del Ministero del tesoro di un componente del collegio dei revisori degli enti ospedalieri, in relazione alla permanenza negli enti stessi di interessi finanziari dello Stato.

Fermo restando l'esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria di cui all'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520 da parte dell'ispettorato del lavoro spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi regionali e degli enti locali, che operino in materia infortunistica e di igiene del lavoro, assumano, ai sensi delle leggi vigenti, in relazione alle funzioni esercitate, la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria

30. Competenze dello Stato.

Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

- a) la profilassi internazionale: marittima, aerea e di frontiera; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri e agli apolidi, secondo i principi della legge di riforma sanitaria, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;
- b) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie;
- c) la produzione, con le connesse attività di ricerca e di sperimentazione, la registrazione, la pubblicità e il commercio di prodotti chimici usati in medicina, di preparati farmaceutici, di preparati galenici, di specialità medicinali, di vaccini, di virus, di sieri, di tossine e prodotti assimilati, di emoderivati, di presidi medico-chirurgici e di prodotti assimilati;
- d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685;
- e) la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e recipienti destinati a involgere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;
- g) la determinazione di standard di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;
- h) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego dei gas tossici o delle altre sostanze pericolose;
- i) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;
- l) il prelievo di parti di cadavere e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644;
- m) la disciplina dell'organizzazione del lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- n) l'omologazione di macchine, impianti e mezzi personali di protezione;
- o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 agosto 1973, n. 519;
- p) la ricerca e la sperimentazione clinica, la produzione, la registrazione, la pubblicità dei prodotti clinici;
- q) la ricerca e la sperimentazione chimica, la produzione, la registrazione, la pubblicità di prodotti chimici;
- r) la fissazione dei requisiti minimi per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari;
- s) la determinazione dei livelli minimi di scolarità necessari per l'ammissione alle scuole per operatori sanitari, nonché dei requisiti minimi per l'esercizio delle professioni mediche, sanitarie ed ausiliarie; le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e di cura sulla base delle vigenti leggi;
- t) gli ordini e i collegi professionali;
- u) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e della pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario.

Regioni, di regolamentazione del personale dipendente dalle unità sanitarie locali o convenzionato (successivamente sono state riconosciute spettanze regionali in materia di personale sanitario), di finanziamento del servizio sanitario mediante apposito fondo nazionale, di formazione di un piano sanitario nazionale che le Regioni sono tenute ad attuare, di specifiche riserve statali;

- il secondo basato sulle funzioni legislative e programmatiche conseguentemente affidate alle Regioni, con la competenza specifica di regolamentare l'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle unità sanitarie locali;
- il terzo d'interesse delle stesse unità sanitarie locali percepite come strutture operative dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità Montane, responsabili (vedi l'articolo 10 che dispone che alla gestione unitaria della tutela della salute si provveda in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali, quale complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane e affida alla legge regionale di stabilire i criteri sulla base della quale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento).

La legge dispone che lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determini, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e fissi, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini ed eserciti la funzione d'indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali.

Si riconfermano le competenze statali per le funzioni amministrative concernenti:

- a) i rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;
- b) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie;
- c) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, gli immunomodulatori cellulari e virali, i sieri, le anatoxine e i prodotti assimilati, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati anche per uso veterinario;
- d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685;
- e) la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei recipienti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;
- g) gli standard dei prodotti industriali;
- h) la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;
- i) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
- k) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;

- l) il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644);
- m) la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- n) l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;
- o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 agosto 1973, n. 519;
- p) l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro secondo le norme previste dalla presente legge;
- q) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione alle scuole, nonché dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;
- r) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;
- s) gli ordini e i collegi professionali;
- t) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario;
- u) la individuazione delle malattie infettive e diffusive del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, sono disposti l'obbligo di abbattimento e, se del caso, la distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione o di contaminazione; la determinazione degli interventi obbligatori in materia di zooprofilassi; le prescrizioni inerenti all'impiego dei principi attivi, degli additivi e delle sostanze minerali e chimico-industriali nei prodotti destinati all'alimentazione zootecnica, nonché quelle relative alla produzione e la commercializzazione di questi ultimi prodotti;
- v) l'organizzazione sanitaria militare;
- z) i servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonché i servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente.

Mentre sono delegate alle Regioni le funzioni relative a:

- a) la profilassi delle malattie infettive e diffusive, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie
- b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale contro le malattie infettive e diffusive del bestiame;
- c) i controlli della produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;
- d) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;
- e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

(Compete alle Regioni provvedere all'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligatorie.)

Le disposizioni dell'articolo 4 della legge riservano alla legge statale l'assunzione di norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e di stabilire le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

- “1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo;*
- 2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;*
- 3) omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;*
- 4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;*
- 5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;*

6) *raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano*".

nonché di fissare e periodicamente sottoporre a revisione i limiti massimi di accettabilità delle concentrazioni e i limiti massimi di esposizione relativi ad inquinamenti di natura chimica, fisica e biologica e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

L'articolo 11 dispone che le Regioni esercitino le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed quelle amministrative proprie o delegate conformandosi ai seguenti principi:

“a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;

b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territoriale competenti.

Con questi ultimi le regioni possono concordare:

a) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;

b) l'uso dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari.

Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano”.

Spetta altresì alla legge regionale stabilire norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale.

All'articolo 13 la legge attribuisce ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni, da esercitarsi in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale. I comuni, singoli o associati sono tenuti ad assicurare con riferimento alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti nella legge sugli enti ospedalieri e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

Le prestazioni di cura sono direttamente disciplinate dall'articolo 25, più volte modificato, che recita:

“Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della presente legge.

Le stesse prestazioni possono essere fornite da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge

L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse. In tal caso l'unità sanitaria locale rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione sulla richiesta stessa. L'autorizzazione non è dovuta per le prescrizioni, relative a prestazioni il cui costo, in base alla normativa vigente, è a totale carico dell'assistito).

Nei casi di richiesta urgente motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, il mancato immediato soddisfacimento della richiesta presso le strutture pubbliche di cui al sesto comma equivale ad autorizzazione ad accedere agli ambulatori o strutture convenzionati. In tal caso l'unità sanitaria locale appone sulla richiesta la relativa annotazione

Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture

Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

I presidi di diagnostica strumentale e di laboratorio devono rispondere ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo emanato ai sensi del primo comma dell'art. 5 della presente legge.

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.”

Le prestazioni di riabilitazione sono trattate all'articolo 26 “(Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale”)

L'assistenza farmaceutica è trattata all'articolo 28 ove si specifica ruolo e funzioni delle unità sanitarie locali e s'affida alla legge regionale il compito di disciplinare “..l'acquisto di... medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale”

La disciplina dei farmaci, di cui all'articolo 29, riserva invece alla legge dello Stato di dettare norme:

“a) per la disciplina dell'autorizzazione alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del servizio sanitario nazionale;

b) per la revisione programmata delle autorizzazioni già concesse per le specialità medicinali in armonia con le norme a tal fine previste dalle direttive della Comunità economica europea;

c) per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per la valutazione dei costi;

- d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità della sperimentazione clinica precedente l'autorizzazione alla immissione in commercio;
- e) per la brevettabilità dei farmaci;
- f) per definire le caratteristiche e disciplinare la immissione in commercio dei farmaci da banco;
- g) per la regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici;
- h) per la revisione e la pubblicazione periodica della farmacopea ufficiale della Repubblica italiana, in armonia con le norme previste dalla farmacopea europea di cui alla legge del 22 ottobre 1973, n. 752”

L'articolo 31, prevede un'ampia riserva statale su “Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci”

L'articolo 32 in materia di d'igiene, sanità pubblica e di polizia veterinaria ne ripartisce le funzioni tra Stato, Regioni ed Enti locali.

(Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttoria o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle forze armate che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità.

Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico)

L'articolo 33 riserva alla legge statale le norme sugli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli articoli 39 e 40 pongono su base convenzionale il rapporto della Regione con le Cliniche universitarie e gli Enti di ricerca e relative convenzioni mentre l'articolo 42 riserva agli allora Ministeri della sanità e dell'Istruzione il riconoscimento del carattere scientifico agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

L'articolo 43 riserva alla legge regionale la disciplina dell'autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie.

(...La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano

regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali...).

All'articolo 45 sulle associazioni di volontariato si specifica che: "..... I rapporti fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale...."

L'articolo 47 e seguenti riporta lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali alla disciplina del rapporto di pubblico impiego, fatte salve riserve di legge statale.

In materia di procedure di programmazione e di attuazione del servizio sanitario nazionale, l'articolo 53 istituisce il Piano sanitario nazionale triennale cui deve conformarsi un Piano sanitario regionale ugualmente triennale.

L'articolo 61 disciplina la costituzione delle unità sanitarie locali da parte delle Regioni riservando alla potestà legislativa regionale di definirne i compiti, le strutture, la gestione, l'organizzazione, il funzionamento e i criteri per la loro articolazione in distretti.

L'articolo 64 contiene norme transitorie per l'assistenza psichiatrica, affidando competenze alle Regioni nell'ambito delle loro funzioni di programmazione.

Leggi posteriori hanno poi integrato il quadro come sopra delineato, comprese le leggi finanziarie; si ricorda in particolare l'articolo 4 sull'assistenza sanitaria della legge finanziaria 30 dicembre 1991, n. 412 che, tra l'altro, vincola il governo a definire i livelli essenziali di assistenza (che costituiscono parametro di finanziamento), da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio regionale, nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalità di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente e determina gli standard relativi ai posti-letto per mille abitanti, sulla cui base le Regioni sono tenute a procedere alla ristrutturazione della rete ospedaliera. (Con la stessa legge sono abrogati i controlli dei comitati di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali)

La legge di delegazione 23 ottobre 1992, n. 421 e il conseguente decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517, operano il riordino della disciplina in materia sanitaria, i cui cardini sono generalmente riconosciuti, oltre che nella definizione di livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale, nelle attribuzioni di maggiori responsabilità gestionali, programmatiche, organizzative e finanziarie alle Regioni tanto da considerarlo, nel testo vigente dopo le modifiche apportate dal d.lgs 229/1999, il punto d'avvio del processo di regionalizzazione della sanità, di cui parleremo successivamente nel testo.

A seguito della legge 273/1995 e della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, concernente «Principi sull'erogazione dei servizi pubblici»; è emanato con d.p.c.m 19 maggio 1995, lo schema generale di riferimento della Carta dei servizi sanitari, come disciplina direttamente vincolante i soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari, anche in regime di concessione o mediante convenzione.

Con la legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa) si tenta un riordino e allargamento delle funzioni amministrative trasferite o delegate alle Regioni e agli enti locali che diventano indistintamente funzioni "conferite". Con il decreto legislativo attuativo 31 marzo 1998, n.112, agli articoli 112-122, la materia d'interesse è indicata come Tutela della salute, scissa in "salute umana" e "sanità veterinaria, poi definita come un insieme di funzioni e i compiti rivolti alla promozione, alla prevenzione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, nonché

al perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale così come indicati all'articolo 2 della legge 833/1977⁴.

Ancora una volta rimangono escluse dalle competenze regionali le funzioni e i compiti amministrativi concernenti le competenze sanitarie e medico-legali delle forze armate, dei corpi di polizia, del Corpo dei vigili del fuoco, delle Ferrovie dello Stato e si conferma il riparto di competenze tra Stato e Regioni stabilito dalla vigente normativa in materia sanitaria per le funzioni concernenti:

- a) le sostanze stupefacenti e psicotrope e la tossicodipendenza;
- b) la procreazione umana naturale ed assistita;
- c) i rifiuti speciali derivanti da attività sanitarie (decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22);
- d) la tutela sanitaria rispetto alle radiazioni ionizzanti (decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230)
- e) la dismissione dell'amianto, (legge 27 marzo 1992, n. 257)
- f) il sangue umano e i suoi componenti, la produzione di plasmaderivati ed i trapianti;
- g) la sorveglianza ed il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali;
- h) la farmaco-vigilanza e farmaco-epidemiologia nonché la rapida allerta sui prodotti irregolari;
- i) l'impiego confinato e la emissione deliberata nell'ambiente di microrganismi geneticamente modificati;
- l) la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

L'articolo 113 del decreto legislativo in argomento definisce altresì la sanità veterinaria come l'insieme di funzioni e compiti relativi agli interventi profilattici e terapeutici riguardanti la salute

⁴Legge 833/1978

Articolo 2. Gli obiettivi.

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;
- h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo

animale , nonché la salubrità dei prodotti di origine animale (secondo le specifiche funzioni elencate al comma 2 dello stesso articolo)

L'elencazione che segue sulle funzioni amministrative, che il decreto legislativo riconosce alla Stato, è riportata con lo scopo di segnalare la problematica, peraltro già sollevata dalla dottrina, sulla necessità o meno che alla riforma costituzionale segua un decreto di trasferimento delle funzioni amministrative attualmente in capo allo Stato, da molti considerato indispensabile anche per il corretto esercizio della funzione legislativa regionale. Si ricorda altresì che le funzioni amministrative in oggetto trovano una propria disciplina di rango legislativo oltre che nel Regio decreto 27 luglio 1934 , n.1265 (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie), nella legge 2 aprile 1968, n.475 (Norme concernenti il servizio farmaceutico) nello stesso decreto legislativo 502/1992 ovvero in specifiche leggi di settore, anche di recezione della normativa comunitaria e in specifici Regolamenti comunitari, in particolare concernenti l'alimentazione.

L'articolo 115 indica ulteriori compiti e funzioni riservate allo Stato, indicate in nota⁵; sono altresì riservate allo Stato le attività d'informazione (ad eccezione della pubblicità sanitaria,

⁵decreto legislativo 112/1998

115. Ripartizione delle competenze.

1. Ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera a), della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono conservati allo Stato i seguenti compiti e funzioni amministrative:

a) l'adozione, d'intesa con la Conferenza unificata, del piano sanitario nazionale, l'adozione dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionali, nonché il riparto delle relative risorse alle regioni, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni;

b) l'adozione di norme, linee-guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria relative ad attività, strutture, impianti, laboratori, officine di produzione, apparecchi, modalità di lavorazione, sostanze e prodotti, ivi compresi gli alimenti;

c) la formazione, l'aggiornamento, le integrazioni e le modifiche delle tabelle e degli elenchi relativi a sostanze o prodotti la cui produzione, importazione, cessione, commercializzazione o impiego sia sottoposta ad autorizzazioni, nulla osta, assensi comunque denominati, obblighi di notificazione, restrizioni o divieti;

d) l'approvazione di manuali e istruzioni tecniche su tematiche di interesse nazionale;

e) lo svolgimento di ispezioni, anche mediante l'accesso agli uffici e alla documentazione, nei confronti degli organismi che esercitano le funzioni e i compiti amministrativi conferiti nonché lo svolgimento di ispezioni agli stabilimenti di produzione di medicinali per uso umano e per uso veterinario, ivi comprese le materie prime farmacologicamente attive e i gas medicinali, e ai centri di sperimentazione clinica umana e veterinaria ;

f) la definizione dei criteri per l'esercizio delle attività sanitarie ed i relativi controlli ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 , e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 , pubblicato nel supplemento ordinario n. 42 della Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 20 febbraio 1997, recante l'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

g) la definizione di un modello di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

2. Nelle materie di cui all'articolo 112 sono conferiti tutte le funzioni e i compiti amministrativi non compresi nel comma 1 del presente articolo né disciplinati dagli articoli seguenti del presente capo, ed in particolare quelli concernenti:

a) l'approvazione dei piani e dei programmi di settore non aventi rilievo e applicazione nazionale;

b) l'adozione dei provvedimenti puntuali e l'erogazione delle prestazioni;

c) la verifica della conformità rispetto alla normativa nazionale e comunitaria di attività, strutture, impianti, laboratori, officine di produzione, apparecchi, modalità di lavorazione, sostanze e prodotti, ai fini del controllo preventivo, salvo quanto previsto al comma 3 del presente articolo, nonché la vigilanza successiva, ivi compresa la verifica dell'applicazione della buona pratica di laboratorio;

d) le verifiche di conformità sull'applicazione dei provvedimenti di cui all'articolo 119, comma 1, lettera d).

3. Il conferimento delle funzioni di verifica delle conformità di cui al comma 2 ha effetto dopo un anno dalla entrata in vigore del presente decreto legislativo. Entro tale termine, con decreto legislativo da emanarsi ai sensi dell'articolo 10 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati gli adempimenti affidabili ad idonei organismi privati, abilitati dall'autorità competente, nonché quelli che, per caratteristiche tecniche e finalità, devono restare di competenza degli organi centrali.

3-bis. Ai sensi del comma 3 del presente articolo, restano riservate allo Stato le funzioni di verifica, ai fini del controllo preventivo, della conformità rispetto alla normativa nazionale e comunitaria, limitatamente agli aspetti di tutela della salute di rilievo nazionale:

a) degli stabilimenti di produzione dei prodotti destinati ad alimentazione particolare e dei prodotti fitosanitari;

riservata alle Regioni, pur con delle eccezioni), le autorizzazioni alla produzione, importazione e immissione in commercio dei medicinali, gas medicinali, presidi medico-chirurgici, prodotti alimentari destinati ad alimentazioni particolari, dispositivi medici anche ad uso veterinario (la materia è altresì disciplinata dalla direttiva 93/42/CEE come recepita nel nostro ordinamento dal d.lgs. 24 febbraio 1997, n.46); l'autorizzazione alla produzione, importazione e immissione in commercio dei prodotti fitosanitari e i relativi presidi sanitari; l'autorizzazione all'importazione e esportazione di sostanze o preparati chimici vietati o sottoposti a restrizione; l'autorizzazione alla pubblicità ed informazione scientifica di medicinali e presidi medico-chirurgici, dei dispositivi medici in commercio e delle caratteristiche terapeutiche delle acque minerali.

Sono altresì conservate allo Stato le funzioni amministrative relative alle seguenti attività:

- produzione a scopo di vendita o preparazione per conto terzi o, comunque, per la distribuzione per il consumo di mangimi contenenti integratori o integratori medicati;
- vendita da ogni singolo integratore o integratore medico per mangimi.

Sono confermate le competenze statali concernenti:

- la classificazione dei medicinali ai fini della loro erogazione;
- la contrattazione dei prezzi dei medicinali sottoposti alla procedura di autorizzazione prevista dal regolamento 93/2309/CEE;
- il regime di rimborsabilità dei medicinali autorizzati con procedura centralizzata, di cui alla direttiva 65/65/CEE;
- la predisposizione e l'aggiornamento dell'elenco dei medicinali innovativi da porre a carico del Servizio sanitario nazionale;
- la determinazione delle ipotesi e delle modalità per l'erogazione dei prodotti dietetici a carico del Servizio sanitario nazionale;
- l'approvazione del nomenclatore tariffario protesi
- la definizione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni assistenziali;
- individuazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;
- l'assistenza penitenziaria, l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, l'assistenza del personale navigante marittimo e dell'aviazione civile, nonché le forme convenzionali di assistenza sanitaria all'estero per il personale delle pubbliche amministrazioni, la determinazione dei criteri di fruizione ad altissima specializzazione all'estero, le autorizzazioni e i rimborsi relativi al trasferimento per cura in Italia di cittadini stranieri residenti all'estero, le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a favore degli stranieri nonché la loro iscrizione volontaria o obbligatoria al Servizio sanitario nazionale.

Lo Stato si riserva ancora le funzioni di vigilanza e controllo sugli enti pubblici e privati che operano su scala nazionale e ultraregionale; la vigilanza sui fondi integrativi sanitari istituiti e gestiti a livello ultraregionale, le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi dei soggetti danneggiati da complicanza di tipo irreversibile a causa di vaccinazione obbligatorie, trasfusione e somministrazione di emoderivati.

b) dei macelli, dei mercati ittici e stabilimenti dove si allevano animali o pesci, nonché dei laboratori di trasformazione e delle altre strutture di interesse veterinario che fabbricano o trattano prodotti destinati all'esportazione;

c) dei laboratori .

3-ter. L'esercizio delle funzioni di cui ai commi 3 e 3-bis è regolato sulla base di modalità definite con apposito accordo da approvare in conferenza Stato-regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

4. La costituzione di scorte di medicinali di uso non ricorrente, sieri, vaccini e presidi profilattici può essere effettuata dall'autorità statale o da quella regionale. Lo Stato assicura il coordinamento delle diverse iniziative, anche attraverso gli strumenti informativi di cui all'articolo 118, ai fini della economicità nella costituzione delle scorte e, di conseguenza, del loro utilizzo in comune.

5. Restano riservate allo Stato le competenze di cui agli articoli 10, commi 2, 3 e 4, e 14, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, le attribuzioni del livello centrale in tema di sperimentazioni gestionali di cui all'articolo 9-bis dello stesso decreto, nonché quelle di cui all'articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449

Sono altresì conservate allo Stato ai sensi dell'articolo 124 la disciplina delle attività libero professionali e delle relative incompatibilità; la determinazione delle figure professionali e dei relativi profili delle professioni sanitarie, sanitarie ausiliare e delle arti sanitarie; gli adempimenti in materia di riconoscimento di diplomi e di esercizio delle professioni sanitarie, sanitarie ausiliarie ed arti sanitarie, da parte di cittadini degli stati membri dell'unione Europea; il riconoscimento dei diplomi delle professioni suddette, conseguiti da cittadini italiani in paesi extracomunitari; la programmazione del fabbisogno per le specializzazioni mediche e la relativa specializzazione, la determinazione dei requisiti minimi e dei criteri generali reagentivi all'ammissione all'impiego del personale delle aziende sanitarie.

Sono mantenute allo Stato le funzioni in materia di ricerca scientifica e di profilassi internazionale.

Si ricorda altresì l'articolo 5, successivamente rivisto, del d.lgs. 30 giugno 1993, n. 266 (Riordinamento del Ministero della sanità, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della L. 23 ottobre 1992, n. 421) che istituisce l'Agenzia per i servizi sanitari regionali

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) come successivamente modificato dai d.lgs. 299/1999, d.lgs. 49/2000, d.lgs. 168/2000, d.lgs. 254/2000.

L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale é di nuovo riformata in base ai criteri di massima dettati dal Parlamento che conferiscono al governo un'ampia delega legislativa (legge 30 novembre 1998, n. 419). Nella riforma di cui al decreto legislativo 229/1999 di modifica del decreto legislativo 502/1992, sono affermati i principi della piena tutela del diritto alla salute, della libertà di scelta da parte degli assistiti nei confronti delle strutture e dei servizi, della partecipazione di cittadini e operatori sanitari alla programmazione, della valorizzazione del ruolo dei Comuni, dell'integrazione dei servizi sanitari in senso stretto con quelli sociali nell'ambito di un piano nazionale (tra gli operatori del diritto si dibatte sulla possibilità che solo questi o comunque questi costituiscano i principi fondamentali che vincolano, insieme alle norme costituzionali, all'ordinamento comunitario e ai rapporti internazionali il legislatore regionale in materia di potestà legislativa concorrente, come nel caso della tutela della salute).

Tra le principali disposizioni si ricordano:

- l'articolo 1, che disciplina, tra l'altro, la programmazione sanitaria di livello nazionale e regionale, e mantiene in capo allo Stato la determinazione dei "livelli essenziali e uniformi di assistenza"; il d.p.c.m. 20 novembre 2000 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) trova in questa norma la sua base legittimante, esso non può invece ritenersi attuativo della disposizione costituzionale vigente di cui all'articolo 117 cost, lettera m), che annovera tra le competenze a legislazione statale esclusiva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale";
- l'articolo 2, che elenca le competenze regionali; al comma 1 si riafferma che è nella potestà legislativa regionale, nel rispetto dei principi stabiliti dalla leggi nazionali, la disciplina della materia sanitaria e ospedaliera, il rapporto tra programmazione regionale e locale;
- gli articoli 3, 3-bis e 3-ter, che, pur affermando la competenza regionale per l'individuazione dell'articolazione territoriale delle unità sanitarie locali disciplinano la costituzione e gli organi delle aziende sanitarie, lasciando alla potestà legislativa delle Regioni la disciplina di dettaglio; una norma dell'articolo 3-bis, comma 14, riconferma la disciplina del pubblico impiego per la regolazione del rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, al di fuori quindi della potestà legislativa regionale ;
- gli articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies che confermano la potestà legislativa regionale per l'articolazione in distretti delle unità sanitarie locali in ambiti predefiniti dalla legge statale sia sotto il profilo delle funzioni che sotto il profilo organizzativo;
- l'articolo 3-septies che, mentre riserva alle aziende sanitarie le prestazioni a elevata integrazione sanitaria, riserva ai comuni le competenze in materia di prestazioni sociali a

- rilevanza sanitaria, lasciando alla legge regionale la definizione degli ambiti di finanziamento e la disciplina dei criteri e le modalità con i quali i comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione su base distrettuale; l'articolo prevede sulla materia in questione un atto d'indirizzo e coordinamento poi emanato con d.p.c.m. 14 febbraio 2001;
- l'articolo 3-octies che dispone una riserva statale regolamentare sulle professioni socio-sanitarie;
 - l'articolo 4 che disciplina le aziende ospedaliere e i presidi ospedalieri; le previste funzioni più rilevanti regionali attengono alla funzione di programmazione; peculiare è l'individuazione in legge statale della percentuale vincolante di posti letto che i direttori generali devono da mettere a disposizione per l'esercizio della libera professione intramuraria, attribuendo alle Regioni compiti sostitutivi in caso d'inosservanza;
 - l'articolo 5 che dispone che le Regioni emanino norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie *"informate ai principi di cui al Codice civile..."*;
 - l'articolo 5-bis che dispone il ricorso agli accordi di programma tra lo stato, le Regioni e altri soggetti pubblici per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico;
 - l'articolo 6 che dispone che le *"Regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità didattiche e scientifiche"*, mentre l'articolo 6-bis introduce la competenza statale ad emanare linee guida per la stipulazione dei suddetti protocolli d'intesa, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni (ricordare l'autonomia delle Università costituzionalmente garantita);
 - l'articolo 6-ter che riserva allo Stato di stabilire annualmente, una volta sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni ed altri soggetti individuati, con uno o più decreti, il fabbisogno di personale per il servizio sanitario, *"...anche suddiviso per Regioni"*;
 - gli articoli 7, 7-bis, 7-ter, 7-quater che concernano ruoli, funzioni e organizzazione dei Dipartimenti di prevenzione: l'intervento normativo regionale, anche se previsto, pare avere una connotazione meramente attuativa;
 - l'articolo 7-quinques che obbliga le Regioni ad individuare le forme di raccordo tra aziende sanitarie e agenzie regionali per la protezione dell'ambiente;
 - l'articolo 7-sexies che dispone che sia la programmazione regionale ad individuare le modalità di raccordo funzionale tra *"i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei posti d'ispezione frontiera veterinaria e degli uffici veterinari di confine, porto e aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari."*;
 - l'articolo 7-septies che conferma le competenze esistenti degli Uffici di sanità marittima e aerea del Ministero della sanità per le funzioni di profilassi internazionale su merci, persone e flussi migratori, riservando le altre ai Dipartimenti di prevenzione;
 - l'articolo 7-octies che riserva ad un atto d'indirizzo e coordinamento la definizione degli indirizzi per un programma di azione nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro *"con particolare attenzione al coordinamento tra le attività ispettive delle unità sanitarie locali...e quelle degli ispettorati del lavoro"* imputando ai dipartimenti di prevenzione il raccordo con gli organismi paritetici previsti dalla legge 626/1994;
 - l'articolo 8 che disciplina dettagliatamente i rapporti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta individuando lo strumento delle convenzioni triennali conformi agli accordi collettivi nazionali, sulla base di principi definiti dalla norma stessa; il comma 3-bis dispone sulle competenze sanzionatorie degli ordini e collegi professionali; il comma 4-bis riserva ad un atto

d'indirizzo e coordinamento la definizione dei requisiti minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, da emanarsi secondo principi previsti in legge;

- gli articoli 8- bis, 8-ter e 8- quater che, riconoscendo ai cittadini la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati stipulati accordi contrattuali, dettano principi della disciplina sull'autorizzazione e l'accreditamento, confermando la potestà autorizzativa in capo ai comuni; anche in materia di accreditamento è previsto un atto d'indirizzo e coordinamento sulla base di criteri e principi direttivi definiti in legge cui le Regioni dovrebbero conformarsi;
- gli articoli 8-quinques e 8 sexies che definiscono i criteri che devono essere rispettati dalle regioni negli accordi contrattuali con le strutture private e le relative remunerazioni; si rinviano a decreti ministeriali l'individuazione delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari e le strutture militari accreditabili;
- articolo 8 octies che rinvia ad un atto d'indirizzo e coordinamento l'individuazione dei principi in base ai quali le Regioni assicurano le funzioni di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità dell'assistenza prestata dalle strutture interessate;
- l'articolo 9 che disciplina la costituzione di fondi integrativi, individuando tra le finti istitutive anche i regolamenti delle Regioni;
- l'articolo 9- bis che attiene alle sperimentazioni gestionali;
- l'articolo 10 sul controllo di qualità che riserva al Ministero della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le Regioni, di stabilire i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità;
- l'articolo 11 che attiene ai versamenti dei contributi assistenziali, il comma 9 tratta dell'attribuzione alle Regioni dei contributi per le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e le altre somme ad essi connesse;
- l'articolo 12 che definisce la composizione del Fondo sanitario nazionale;
- l'articolo 12-bis che riserva al Piano Sanitario Nazionale la definizione degli obiettivi e dei principali settori di ricerca (si ricordi che la ricerca scientifica nazionale è disciplinata dal decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204); il programma di ricerca sanitaria si articola nell'attività di ricerca corrente di competenza della Regione e la ricerca finalizzata di competenza ministeriale;
- l'articolo 13 che tratta dell'autofinanziamento regionale nel caso di erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi;
- l'articolo 14 sui diritti dei cittadini che dispone, tra l'altro, l'obbligo per le Regioni di promuovere consultazioni con i cittadini, le loro organizzazioni anche sindacali e con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, in particolare nelle fasi dell'impostazione, della programmazione e verifica dei risultati conseguiti, il comma 7 dispone che leggi regionali attuative disciplinino la presenza e l'attività all'interno delle strutture sanitarie degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti;
- gli articoli 15, 15-bis, 15-ter che trattano della dirigenza medica e delle professioni sanitarie, confermando la disciplina del pubblico impiego per la dirigenza sanitaria;
- gli articoli 15-quater, 15-quinques e 15-sexies che disciplinano nel dettaglio il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti del ruolo sanitario, nonché i rapporti di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero professionale extramuraria; per quanto attiene il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari la norma statale riconosce alle regioni la possibilità di disciplinare in modo più descrittivo la materia in relazione alle esigenze locali;
- l'articolo 15-decies che dispone sulle prescrizioni dei medici ospedalieri;
- l'articolo 15-duodecies sulle strutture per l'attività libero professionale che impone alle Regioni di provvedere alla definizione di un programma di realizzazione delle medesime;
- gli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater, 16-quinques e 16-sexies che trattano della formazione medica, della formazione manageriale (quest'ultima affidata alle regioni);

- l'articolo 17 che attiene alla costituzione dei collegi di direzione, lasciando alle Regioni la disciplina delle loro attività e composizioni;
- l'articolo 17-bis, sui dipartimenti, che affida alla disciplina regionale la determinazione della composizione e delle funzioni del comitato dei dipartimenti e la modalità di partecipazione dello stesso alle individuazione dei direttori di dipartimento;
- l'articolo 19-ter che contiene disposizioni sul federalismo sanitario, sul patto di stabilità e sugli interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale;
- l'articolo 19-sexies che dispone sul potere sostitutivo statale nel caso di accertate e gravi inadempienze regionali nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale e interregionale;

Si sottolinea che l'articolo 19 del decreto legislativo in questione qualifica le proprie disposizioni come principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Si pone la questione del superamento dell'autoreferenzialità delle norme e dell'opportunità di avviare il processo di ricognizione dei principi fondamentali della materia.

Altre norme

Insieme alle più volte ricordate disposizioni in materia sanitaria contenute nelle leggi di spesa, prima della modifica costituzionale che qui interessa, si ricordano:

- il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 che disciplina i rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della legge di delegazione 30 novembre 1998, n. 419. Il decreto legislativo dispone che la collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e università, si realizzi attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica.

- gli articoli 35 e 36 del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) che disciplinano rispettivamente l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale e l'ingresso e soggiorno per cure mediche degli stranieri

- il d.lgs. 30 luglio 1999, n. 282 (Disposizioni per garantire la riservatezza dei dati personali in ambito sanitario)

il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della L. 8 marzo 2000, n. 53) che non prevede funzioni legislative regionali; compete alle Regioni l'ordinaria assistenza fornita dal servizio sanitario nazionale.

Tra le leggi settoriali recenti si ricorda ancora:

- la legge 3 aprile 2001, n. 120 (Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero) che riserva alla disciplina regionale il rilascio da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori

Diritto civile

Poiché la Costituzione tutela come fondamentale il diritto alla salute ne consegue che la sua violazione comporta immediatamente la nascita di un illecito ogni volta che si provi che il danno è conseguenza del fatto doloso o colposo di un terzo (art. 2043 c.c.) e la risarcibilità del cosiddetto danno biologico, inteso come danno alla salute in sé e per sé, indipendentemente dalle conseguenze che tale violazione abbia causato sull'attitudine a produrre reddito. Nonostante le difficoltà di accertamento e di valutazione, dottrina e giurisprudenza oggi concordano sul fatto che risarcibile è non soltanto il danno biologico di tipo fisico, ma anche il danno biologico che è conseguenza della lesione inferta alla salute mentale e psichica dell'individuo. Nella prospettiva di una più efficace tutela della persona, la giurisprudenza ha affermato che il diritto alla salute comprende anche quello a un ambiente salubre.

L'ordinamento civile è tra le materie di competenza esclusiva dello Stato ai sensi del nuovo 117 Costituzionale e costituisce limite alla funzione legislativa regionale.

Diritto penale

Il codice penale dispone di una serie di ipotesi criminose con le quali tende a tutelare il benessere fisico e psichico dei cittadini e che, pertanto, sanzionano condotte che possono provocare il diffondersi di malattie (epidemie ecc.), la morte, l'avvelenamento o l'intossicazione di cittadini, come, l'avvelenamento di acque o di sostanze alimentari, l'adulterazione e contraffazione di sostanze alimentari.

L'ordinamento penale è tra le materie di competenza esclusiva dello Stato ai sensi del nuovo 117 Costituzionale e costituisce limite alla funzione legislativa regionale.

Le principali norme vigenti della legislazione regionale in materia sanitaria

Si premette che la disciplina statale talvolta di estremo dettaglio, anche nell'indicazioni delle fonti regionali con cui attuare le disposizioni statali, da un lato ha svuotato di significato la concorrenzialità che la norma costituzionale riconosceva alle Regioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, dall'altra ha permesso la regolamentazione di aspetti della materia anche con atti di programmazione ovvero atti meramente amministrativi, su cui fortemente ha inciso la funzione d'indirizzo e coordinamento del governo centrale.

Al decreto legislativo 502/1992 come successivamente modificato, che oltre a qualificare le proprie norme come principi fondamentali, indica per alcuni settori anche a quale fonte giuridica le Regioni debbono ricorrere (regolamenti, atti di programmazione, leggi attuative) nella dimostrazione di una certa confusione ordinamentale, corrisponde in Regione Toscana la vigente legge regionale 8 marzo 2000, n.22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale) che riunisce e coordina le norme in materia di:

- a. strumenti e procedure della programmazione regionale sanitarie;
- b. organizzazione e ordinamento del Servizio sanitario regionale;
- c. criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- d. la disciplina patrimoniale e contabile delle aziende sanitarie;
- e. l'erogazione delle prestazioni;
- f. gli strumenti di consulenza, di studio e di accertamento della qualità in materia sanitaria (Agenzia Regionale di Sanità, Consiglio sanitario regionale).

In particolare la legge regionale disciplina le funzioni degli organi regionali nel procedimento di programmazione, il ruolo della Provincia e dei Comuni, il rapporto con le Università toscane, gli Enti di ricerca e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, la partecipazione dei cittadini e la tutela dei diritti dell'utenza, i rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale; disciplina inoltre i contenuti e le procedure del Piano sanitario regionale e dei piani attuativi, la determinazione del fondo sanitario regionale, i controlli sugli atti delle aziende sanitarie, la nomina e i rapporti di lavoro dei direttori generali, il ruolo e le funzioni dei consigli sanitari; si ricorda inoltre che l'articolo 11 della legge sul sistema delle aziende permette forme di sperimentazione organizzativa e costituisce la base della sperimentazione delle Società della salute come previste nel Piano sanitario regionale vigente.

La formazione degli operatori del servizio sanitario è regolata dalla legge regionale 26 ottobre 1998, n. 74 (Norme per la formazione degli operatori del servizio sanitario).

Lo stesso Piano sanitario regionale, in particolare il 2002-2004, interviene sugli aspetti strategici e organizzativi della materia (si pensi alle previste sperimentazioni sulle Società della Salute e ai programmi di area vasta), compresi le interconnessioni con le materie ambientali e di sicurezza sul lavoro. In ottemperanza al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, al Piano sanitario regionale 2002-2004 sono allegati protocolli d'intesa tra la Regione e le Università toscane che trasformano le preesistenti quattro aziende ospedaliere (Pisa, Siena, Careggi e Meyer) in aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica.

I rapporti di lavoro, per la parte residuale di competenza regionale, compresa l'intramoenia sono stata regolati da atti amministrativi del governo regionale (deliberazioni Giunta regionale, decreti dirigenziali).

Fa comunque da corollario alla legge regionale 22/2000 la legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento) come successivamente modificata che dispone in capo ai comuni i poteri autorizzativi, mentre mantiene in capo alla Regione le competenze amministrative in materia di accreditamento. Si fa presente che l'articolo 7 della legge regionale, comma 2, dispone in capo alla Giunta regionale la potestà di determinare le modalità e i termini che devono essere assunti dai comuni per la richiesta e per il rilascio dell'autorizzazione; alla luce della riforma costituzionale la norma pare di incerta costituzionalità.

Si ricorda che a seguito del decreto legislativo 112/1998 sono state promulgate:

- la legge regionale 26 novembre 1998, n.85 (Attribuzione agli enti locali e disciplina generale delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di tutela della salute, servizi sociali, istruzione scolastica, formazione professionale, beni e attività culturali e spettacolo, conferiti alla Regione dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112), definisce l'attribuzione agli Enti locali e la disciplina generale, ivi compresa l'individuazione delle competenze riservate alla Regione delle funzioni amministrative e dei compiti nelle materie di tutela della salute (nonché servizi sociali, istruzione scolastica, formazione professionale, beni e attività culturali, spettacolo) conferiti alla Regione ai sensi del titolo V del d.lgs. 112/1998. La suddetta legge mentre riserva alla Regione in via generale il concorso alla elaborazione e all'attuazione delle politiche comunitarie e nazionali di settore, gli atti di intesa e di concertazione con lo Stato e le altre Regioni nonché, per quanto di competenza, i rapporti con le istituzioni comunitarie, l'attuazione di specifici progetti e programmi di interesse regionale, definiti dalla legislazione vigente, il coordinamento dei sistemi informativi, la cura di specifici interessi di carattere unitario, conferma le funzioni già conferite agli Enti locali nelle materie di interesse. Per quanto attiene nello specifico il capo II della legge intitolato tutela della salute, si riservano ancora alla Regione le funzioni e i compiti amministrativi indicati dall'articolo 115, comma 2 del d.lgs. 112/1998 come definite dall'articolo 113 del decreto stesso; la Regione si riserva altresì la costituzione di scorte di medicinali di uso non ricorrente, sieri, vaccini e presidi profilattici, il riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero, la vigilanza e il controllo sugli Enti pubblici e privati che operano a livello infraregionale, nonché quelle già di competenza delle Regioni sulle attività di servizio rese dalle articolazioni periferiche degli Enti nazionali, la vigilanza sui fondi integrativi sanitari mentre sono attribuiti ai Comuni tutte le funzioni amministrative concernenti la pubblicità sanitaria già conferite alla Regione ai sensi dell'articolo 118, comma 2 del d.lgs. 112/1998.
- la legge regionale 25 febbraio 2000, n. 16 (Riordino in materia di igiene e sanità pubblica, veterinaria, igiene degli alimenti, medicina legale e farmaceutica), come successivamente rivista dalla legge regionale 19 novembre 2001, n. 58. La suddetta legge, in ottemperanza all'articolo 32 della legge 833/1978, norma le competenze conferite alla Regione nelle materie igiene, sanità pubblica, veterinaria, farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie e trasferisce ai comuni tutti i provvedimenti di autorizzazione, concessione e prescrizione nella materia disciplinata dalla legge, ad eccezione del rilascio delle autorizzazioni sanitarie per l'apertura e l'esercizio degli stabilimenti termali e per l'apertura e l'esercizio degli stabilimenti di imbottigliamento delle acque minerali. La Regione si riserva altresì tutti i riconoscimenti CEE attribuiti alla Regione ai sensi del d.lgs. 112/1998, i riconoscimenti in materia di produzione e immissione sul mercato del latte e dei prodotti a base di latte, i riconoscimenti e le registrazioni di taluni stabilimenti operanti nel settore

dell'alimentazione degli animali e le autorizzazioni in materia polizia mortuaria. Sono riservate altresì alla Regione le funzioni relative all'applicazione delle sanzioni amministrative per violazioni di norme concernenti l'igiene dei prodotti e sottoprodotti di origine animale, ottenuti in stabilimenti soggetti a riconoscimento ai sensi della normativa comunitaria. L'articolo 3, comma 6, della legge regionale e l'articolo 5 sui regolamenti comunali potrebbero, sempre alla luce della riforma costituzionale, considerarsi norme che interferiscono nella potestà regolamentare comunale.

Nello stesso ambito si colloca la legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario), che trasferisce ai Comuni le funzioni amministrative dell'attività di trasporto sanitario di autoambulanze rispondenti ai requisiti stabiliti dalla normativa vigente; il conseguente regolamento regionale di attuazione emanato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 1 ottobre 2001, n. 46/R, dettaglia il procedimento di autorizzazione; del suddetto regolamento parrebbe opportuna una rilettura a seguito degli effetti della riforma costituzionale sulle competenze normative degli enti locali, che vengono costituzionalizzate e che pertanto costituiscono un vincolo all'esercizio della funzione legislativa regionale.

L'integrazione socio-sanitaria trova la propria disciplina nel titolo V intitolato attività di integrazione socio-sanitaria della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati); all'articolo 42 della suddetta legge trova, tra l'altro, collocazione la disciplina relativa all'attuazione della parte di competenza regionale della legge 22 maggio 1978, n. 194.

La legge regionale 1 giugno 1983, n. 36 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente dei servizi delle Unità Sanitarie Locali), costituisce al momento insieme alle già richiamate norme della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 e nello specifico l'articolo 19 sulla partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti dell'utenza, costituisce la base normativa regionale per il soddisfacimento dei diritti individuali e degli interessi della collettività inerenti la tutela della salute fisica e psichica fissati come principi dell'articolo 32 della costituzione e poi sanciti dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833. La suddetta legge regionale dispone sul consenso e partecipazione degli utenti, sulla tutela della personalità del minore, sull'intervento del Difensore civico regionale.

Sempre nell'ambito della tutela dei cittadini, un accenno è opportuno alla **legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 d'istituzione della Commissione regionale di bioetica** quale organo tecnico multidisciplinare che elabora proposte ed emana, a richiesta, pareri per il Consiglio e la Giunta regionale, sulla bioetica. Si considerano pertinenti alla bioetica tutte le tematiche di carattere deontologico, giuridico, etico inerenti le attività sanitarie e di ricerca biomedica applicata alla persona umana poste in rapporto:

- ai valori individuali legati alla vita fin dal suo inizio, alla preservazione dello stato di salute, al trattamento delle sofferenze e dalla cura della malattia inclusa la fase terminale della vita;
- ai principi dell'organizzazione del Servizio Sanitario ed alla distribuzione delle risorse;
- al progresso delle scienze biomediche in rapporto ai diritti dell'uomo ed alla tutela della vita.

Le sub materie

(Per quanto attiene all'organizzazione del Servizio sanitario, all'igiene, igiene degli alimenti, veterinaria e farmacie si rinvia a quanti esposto nelle parti precedenti della relazione dedicate alla legislazione regionale, con l'avvertimento che la profilassi internazionale è, con la riforma costituzionale, materia esclusiva statale)

L'edilizia sanitaria (o ospedaliera, secondo l'espressione usata da Regolamento consiliare vigente)

Rinviando a quanto già precedentemente descritto in via generale sulle competenze statali e regionali in materia sanitaria, il riferimento fondamentale per l'edilizia sanitaria rimane, ad oggi, risulta l'articolo 20 della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67, più volte modificato, che determina la copertura finanziaria per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, autorizzando il ricorso delle Regioni ad operazioni di mutuo nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilite con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

Ai decreti ministeriali è stata riservata la definizione dei criteri generali per la programmazione degli interventi finalizzati ai seguenti ad obiettivi di massima, quali:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui, secondo standard sempre di competenza statale

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, (lasciando alle competenze regionali di stabilirne l'utilizzo)

Sono altresì attribuite alla competenza dello Stato le modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni;

E' di competenza delle Regioni la predisposizione del programma degli interventi con la specificazione dei progetti da realizzare, sulla base dei programmi regionali o provinciali.

Il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE cui compete determinare le quote di mutuo che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. I progetti sono sottoposti al vaglio di conformità del Ministero della sanità, per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e in coerenza con il programma nazionale, e all'approvazione del CIPE che decide, sentito il Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici.

Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera e accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria.

Dello stato di avanzamento del programma regionale d'investimenti in edilizia sanitaria si dà atto nel Piano sanitario regionale 2002-2004.

A quanto sopra si aggiungono le disposizioni richiamate dell'articolo 5 -bis del d.lgs. 502/1992 che rinvia ad accordi di programma Stato-Regioni.

Si ricorda che, sulla base del decreto legge 28 dicembre 1998, n.450, convertito con legge 26 febbraio , n.39 concernente la realizzazioni di Centri residenziali sulle cure palliative, sono stati adottati dalla Regione programmi finalizzati di edilizia sanitaria

L'articolo 4 della legge regionale 36/1983 prevede che la Giunta regionale nell'ambito del piano per l'edilizia sanitaria proponga al Consiglio regionale interventi per opere di costruzione o ristrutturazione di locali da destinare a biblioteche o sale di soggiorno affinché i malati possono continuare i propri rapporti familiari e sociali durante le degenze nonché coltivare i propri interessi.

La materia è chiaramente interconnessa con quella delle opere pubbliche e del governo del territorio

La tutela sanitaria dell'attività sportiva

La tutela sanitaria dell'attività sportiva, che trova riferimento quadro nella legge 26 ottobre 1971, n. 1099 (Tutela sanitaria delle attività sportive) e nei successivi decreti ministeriali (d.m. 18 febbraio 1982, concernente la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica, d.m. 28 febbraio 1983, concernente la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica, d.m. 4 marzo 1993, concernente la determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica delle persone handicappate) è attualmente disciplinata dalla legge regionale 15 dicembre 1994, n. 94. La suddetta legge distingue tra attività sportive agonistiche e non agonistiche e le attività ludico-motorie e ricreative; attribuisce alla Regione funzioni di programmazione, di indirizzo tecnico e funzioni autorizzative e di vigilanza nei riguardi degli ambulatori privati operanti nel campo della medicina sportiva. Sono di competenza della Giunta regionale le funzioni amministrative concernenti il rilascio delle autorizzazioni per:

- l'apertura degli ambulatori di medicina dello sport;
- la variazione del titolare dell'ambulatorio;
- la variazione del direttore sanitario;
- la riduzione dei locali;
- il trasferimento in altra sede dell'ambulatorio;
- l'ampliamento delle attività;
- forme di pubblicità;
- temporanea chiusura o inattività dell'ambulatorio.

La Giunta regionale esercita altresì la vigilanza sugli ambulatori di medicina dello sport avvalendosi dei servizi delle aziende sanitarie territorialmente competenti.

Si segnala che la legge 14 dicembre 2000, n. 376 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping), tra l'altro all'articolo 5 prevede che le Regioni con i piani sanitari regionali programmino le attività di prevenzione e di tutela della salute delle attività sportive e che individuino i servizi competenti.

La materia è interconnessa con l'ordinamento sportivo

La materia è attualmente oggetto di un procedimento di revisione al momento all'attenzione del Consiglio regionale.

La medicina penitenziaria

Pur in assenza di una legislazione regionale in materia, ritenendo che la riforma costituzionale porti anche questa materia nell'ambito della tutela della salute e quindi nell'ambito della potestà legislativa concorrente regionale, si ricorda la disciplina statale di cui alla legge 833/1978, il d.lgs. 22 giugno 1999, n.230(Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419) il d.m. 20 aprile 2000(Individuazione delle regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle funzioni sanitarie

svolte dall'amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Determinazione della durata della fase sperimentale prevista dall'art. 8, comma 2, del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230) che includeva, tra le Regioni individuate la Toscana, il d.lgs. 22 dicembre 2000, n. 433 (Disposizioni correttive del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, recante il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, comma 2, della L. 30 novembre 1998, n. 419).

La funzione legislativa regionale in materia è chiaramente interconnessa e limitata dall'ordinamento penale.

Per **le professioni sanitarie** si rinvia a quanto in seguito trattato

Le materie interconnesse con la tutela della salute (oltre le ricordate) :

- la materia sociale

Ricordato che il diritto alla salute si qualifica come diritto sociale, è evidente la forte interconnessione con le materie specificamente "sociali", per cui è più esatta la definizione in uso dell'ordinamento d'integrazione socio-sanitaria. Attualmente nell'ordinamento regionale la materia è disciplinata dalla legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati).

Il nuovo articolo 117 Costituzionale prevede, tra le materie esclusive statali, come già in altra parte riportato, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, che costituiscono un limite alla funzione legislativa regionale concorrente, riferita alla tutela della salute, ma anche un limite alla funzione legislativa esclusiva (o residuale) regionale in materia sociale.

- l'ambiente

La concezione della tutela della salute anche come tutela di un diritto all'ambiente salubre pone la questione del rapporto tra normativa sanitaria e normativa ambientale. L'articolo 7 quinquies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 attribuisce alla competenza regionale l'individuazione delle modalità e dei livelli d'integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali.

La scelta costituzionale di una riserva statale in materia di tutela dell'ambiente e dell'ecosistema indebolisce indubbiamente l'autonomia regionale ed influisce sulla stessa materia sanitaria. Non parrebbe fuori luogo affrontare la questione in un successivo approfondimento della materia. E' comunque vigente e va opportunamente ricordata la legge regionale 18 aprile 1995, n. 66 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana) di coordinamento fra le attività delle Aziende unità sanitarie locali e quelle dell'A.R.P.A.T. per le attività di controllo ambientale e di prevenzione collettiva che rivestono valenza sia ambientale sia sanitaria.

- il lavoro nel suo aspetto di sicurezza del lavoro

Sulla base dell'ordinamento comunitario, la materia trova la propria disciplina nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n.626 e nel decreto legislativo 14 agosto 1996, n. 494.

L' articolo 7 octies del d. lgs. 502/11992 rinvia ad un atto d'indirizzo e coordinamento il coordinamento delle competenze ispettive delle unità sanitarie locali e quelle degli ispettorati del lavoro, dell'Inail e delle altre strutture di vigilanza.

Nell'ordinamento regionale è vigente la legge regionale 28 gennaio 2000, n. 8 (Monitoraggio e misure per la sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili).

L'individuazione della sicurezza del lavoro tra le materie a potestà legislativa concorrente del nuovo articolo 117 Costituzionale, costituisce una innovazione per la funzione legislativa regionale

- l'agricoltura

L'interconnessione con la materia agricoltura avviene nello specifico per quanto attiene la catena alimentare e quindi riguarda l'igiene alimentare e la veterinaria (sempre per il profilo sanità oltre alla l.r.16/2000 già richiamata, si menziona la legge regionale 29 luglio 1999, n. 44 concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Toscana e Lazio).

Per la loro incidenza sulla materia veterinaria si ricordano ancora la legge regionale 8 aprile 1995, n. 43 (Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo) e la legge regionale 16 agosto 2001, n. 39 (Norme sul divieto di utilizzo e detenzione di esche avvelenate)

Costituiscono altresì materie interconnesse il turismo e il commercio per la parte relativa alle autorizzazioni sanitarie

Infine:

Si propone quale questione da approfondire successivamente:

L'esercizio della funzione legislativa regionale sulle materie che rientrano nella Tutela della salute, per le quali le competenze legislative statali dovrebbero intendersi superate a seguito della riforma costituzionale d'interesse, ma le cui funzioni amministrative sono, dalla normativa vigente, riservate alla competenza statale (il dibattito è sulla necessità o meno di un decreto legislativo di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni)

Sul superamento delle funzioni amministrative statali costituisce esempio quanto sta avvenendo per le professioni sanitarie, già disciplinate dal Titolo II (Esercizio delle professioni e delle arti sanitarie e di attività soggette a vigilanza sanitaria) del richiamato Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 e da leggi successive (legge 421/1999, legge 251/2000, d.lgs.112/1998, legge 1/2001), che hanno riservato alla competenza statale le funzioni amministrative in materia, riconoscendo alla funzione legislativa regionale un ruolo finalizzato allo sviluppo e alla valorizzazione delle suddette professioni

A questo proposito, ci sembra utile riportare sinteticamente e per la parte che qui interessa la decisione del Consiglio di Stato, Adunanza generale dell'11 aprile 2002-04-24 avente ad oggetto Schema di decreto ministeriale concernente l'individuazione della figura professionale e relativo profilo professionale dell'odontotecnico. Nella fattispecie il Consiglio di Stato ha affermato che le disposizioni statali, attributive della potestà regolamentare al Ministro della sanità (oggi della salute), debbono ritenersi venute meno a seguito della emanazione del nuovo titolo V della Costituzione che, iscrivendo la materia delle "professioni" e della "salute" tra quelle di legislazione concorrente, esclude che lo Stato possa disciplinare le materie predette nella loro intera estensione e, per giunta, a livello regolamentare e afferma: "Nel nuovo sistema di legislazione concorrente spetta, invero, allo Stato solo il potere di determinare i tratti della disciplina che richiedono, per gli interessi indivisibili da realizzare, un assetto unitario (i cosiddetti principi fondamentali). Va riconosciuto, invece, alla legge regionale (legittimata, nel nuovo sistema, ad avvalersi, per i tratti della disciplina di sua spettanza, anche di regolamenti regionali di attuazione) il compito di dare vita a discipline diversificate che si innestino nel tronco dell'assetto unitario espresso a livello di principi fondamentali. Alla luce delle nuove disposizioni costituzionali rientrano, pertanto, nell'ambito statale i tratti concernenti l'individuazione delle varie professioni, dei loro contenuti (rilevanti anche per definire la fattispecie dell'esercizio abusivo della professione), i titoli richiesti per l'accesso all'attività professionale (significativi anche sotto il profilo della tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie). Il potere statale di intervento, in relazione alle professioni sanitarie, va pertanto, esercitato non più con regolamento, ma in via legislativa, con principi fondamentali, tale essendo il livello prescritto dall'articolo 117 della Costituzione. Né possono ritenersi consentiti, almeno in questo caso, fino alla emanazione dei principi fondamentali, interventi della normazione regionale fondati sul presupposto dell'esistenza di una professione che

non è stata ancora istituita dalla legislazione statale, fermo restando invece il potere delle Regioni di continuare ad intervenire nel settore della formazione degli odontotecnici in quanto esercenti un'arte ausiliaria, nei limiti consentiti dalla legislazione vigente. E' vero che, secondo una linea interpretativa maturata negli anni '70, in occasione del trasferimento delle funzioni dallo Stato alle regioni, si è riconosciuto a queste ultime la facoltà di dar vita – pur in assenza di un'espressa formulazione di principi statali - alle norme di propria competenza, ispirando la disciplina regionale a principi desunti allo "stato fluido" nella normativa statale di settore. Tale interpretazione – suscettibile di ottenere conferma anche in relazione alle nuove competenze conseguite dalle Regioni in virtù del nuovo Titolo V della Costituzione - non può, peraltro, trovare applicazione nel caso di specie, nel quale, in materia concorrente, è proprio il principio unificatore che deve essere ancora definito. Nel caso della professione di odontotecnico non si rinvencono, infatti, nell'ordinamento principi di rango legislativo statale di definizione della professione”.

Schema riassuntivo sullo stato attuale della materia sotto il profilo ordinamentale

Norme regionali	Tipologia A seguito della riforma costituzionale	Sub Materie	Norme statali
l.r.22/2000 l.r. 8/1999 l.r.25/2001 leggi regionali di bilancio	concorrente	Organizzazione servizio sanitario regionale	d.p.r 4/1972, d.p.r. 616/1977, legge 833/1978 d.lgs. 502/1992 d.lgs. 517/1999 Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001(Definizione dei livelli essenziali di assistenza) Leggi finanziarie
l.r. 85/1998 l.r. 43/1995 l.r.44/1999 l.r. 16/2000 come modificata dalla l.r.58/2001 l.r. 39/2001	concorrente	Igiene – sanità pubblica Veterinaria - Medicina legale e farmaceutica	r.d. 1934/1265 legge 475/1968 d.p.r 4/1972 d.p.r. 616/1977, legge 833/1978 d.lgs.112/1998 d.lgs. 502/1992 legge 130/2001
	concorrente	Medicina penitenziaria	Legge 833/1978 d.lgs 22 giugno 1999, n.230 d.m. 20 aprile 2000 d.lgs. 433/2000, n. 433
l.r.52/2000 (CSPO)		Istituti Scientifici	legge 421/1992 d.lgs 502/1992 d.lgs 269/1993
Leggi regionali di bilancio, atti di programmazione (Piano sanitario)	concorrente	Edilizia ospedaliera	Articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 articolo 5- bis del d.lgs 502/1992 Decreto legge 28 dicembre 1998, n.450, convertito con legge 26 febbraio 1999, concernente la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative
L.r.94/1994 l.r. 77/1997	concorrente	Tutela sanitaria delle attività sportive	Convenzione contro il doping, Strasburgo 16 novembre 1989; legge.1099/1971 legge 833/1978, legge104/1992 articolo 7- ter del d.lgs 502/199); articolo 5 della legge 4 dicembre 2000, n.376 d.m. 18 febbraio 1982 (Norme

			per la tutela sanitaria dell' attività sportiva agonistica); d.m. 28 febbraio 1983 (Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica); d.m. 4 marzo 1993 (Determinazione dei protocolli d'intesa per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica delle persone handicappate
l.r.36/1983 l.r 37/1992 l.r 22/2001	concorrente	Tutela dei cittadini	Legge 273/1995 e d.p.c.m. 19/5/1995 (Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi") (oltre a norme di carattere generale contenute nelle leggi di riforma sanitaria)
l.r.22/2001		Rapporti con l'Università	d.lgs 502/1992 d.lgs 517/1992
	concorrente	Professioni sanitarie	r.d. 1265/1934 legge 421/1999 legge 251/2000 articolo 6 del d.lgs.502/1992 articolo 124 del d.lgs 112/1998 legge 1/2001 di conversione, con modifiche, del d.l.402/2001
l.r 72/1997 (per la parte concernente l'integrazione socio-sanitaria)	concorrente	Maternità e infanzia Dipendenze Integrazioni socio sanitarie Salute mentale	legge 405/1975 legge 833/1978 legge 180/1978 legge194/1978 d.lgs 502 /1998

Assistenza – Sicurezza sociale

Sommario: **1.** Ambito della materia. Premessa. **1.a.** La legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza). **1.b** Principi costituzionali e i primo trasferimento delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica. Il decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 9.

2. Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59). **3.** Le leggi fondamentali che regolano la materia. La legge 8 novembre 2000, n. 328. **3.a** i livelli essenziali di assistenza. **4.** Le leggi fondamentali che regolano la materia. Il sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Il decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 297. La disciplina generale e il ruolo delle regioni.

1. Ambito della materia. Premessa.

1.a. La legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)

Al fine di delimitare l'ambito della materia oggetto della presente ricerca, occorre premettere due considerazioni di carattere generale.

La materia oggetto di analisi presenta limiti delimitabili con nettezza solo in parte, in quanto molteplici sono gli elementi in connessione con altre materie, come, per esempio, con l'assistenza sanitaria, il lavoro e l'istruzione.

Obiettivo primario che con questa ricerca si è cercato di perseguire, è quello di tracciare un primo quadro di insieme delimitato, pur nella consapevolezza che si tratta più di un punto di avvio di successivi e più ampi approfondimenti che di un punto di arrivo.

In questa premessa si è ritenuto di cogliere l'evoluzione della materia che, indicata nella Costituzione anteriore alla riforma, all'articolo 117, tra le materie di competenza concorrente, come "beneficenza pubblica" si è andata caratterizzando sempre più, specie nell'evoluzione normativa dell'ultimo decennio, come "assistenza sociale" e "Servizi sociali".

Nell'analisi complessiva sono inclusi gli atti normativi che, alla luce del disposto costituzionale, hanno attuato il trasferimento delle funzioni amministrative, atti dai quali è possibile trarre, se pure in termini generali, l'ambito della materia, e gli atti legislativi più importanti che disciplinano realmente la materia e che ne indicano il contenuto.

L'articolo 117, comma 1, della Costituzione, infatti, come già accennato, nella formulazione anteriore alla riforma, indicando tra le materie di competenza

concorrente, soltanto la “beneficenza pubblica” escludeva, in via di principio la competenza delle regioni in materia di assistenza sociale⁶.

La “beneficenza” è la forma più antica di assistenza pubblica e trova la disciplina più organica nella legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), cd. legge Crispi, che sancisce per la prima volta nel nostro ordinamento il principio di fondo, per cui il fine assistenziale è uno dei fini dello Stato e dei poteri pubblici e il suo perseguimento non può essere lasciato all’esclusiva iniziativa privata.⁷

Obiettivo primario della legge, infatti, era quello di creare un sistema di beneficenza coordinato che agisse in raccordo con gli organi dello Stato e con gli enti territoriali; infatti accanto alle competenze di controllo e di tutela che venivano demandate al Ministero dell’interno e ai prefetti, si consolidava in ogni Comune una congregazione di carità che costituiva una sorta di centro propulsore dell’attività assistenziale in ambito territoriale.

Molte disposizioni, infatti, prevedevano un controllo statale sull’amministrazione delle istituzioni assistenziali, sulla loro “strutturazione tipica” e prevedevano, anche, l’intervento pubblico nel campo della “riforma dell’amministrazione e della mutazione del fine” (cap. VI della legge in esame) delle opere pie attraverso la previsione del concentramento, concentrazione e trasformazione delle medesime.⁸

Si trattava di una forma di assistenza di carattere ampiamente discrezionale, che appunto, fino ad allora venivano erogate dalle “opere pie” e che con la legge in esame transitano sotto un controllo più marcatamente centralistico pur non perdendo la caratteristica della discrezionalità.

La successiva normativa lasciò inalterata l’impostazione come definita ma introduceva importanti innovazioni; il r.d. 30 dicembre 1923, n. 2841, con il quale le istituzioni disciplinate dalla legge Crispi assunsero il nome di Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, introdusse nel nostro ordinamento il principio della prevenzione nell’attività assistenziale (principio che solo in seguito ha assunto un significato reale) e la legge 3 giugno 1937, n. 847 che assorbì le Congregazioni di carità negli Enti comunali di assistenza (ECA) disciplinandone *in toto* e per questo distinguendole dalle “opere pie”.

⁶ Si richiama in tal senso la pronuncia della Corte Cost. 24 luglio 1972 n. 139 in Giur. Cost. 1972, II, 578 e ss.. Si cita C. Cardia “Assistenza e beneficenza” in Enciclopedia Giuridica Treccani; Sandulli, A.M., Manuale di Diritto Amministrativo, Napoli 1984, pp. 990 e ss

⁷ ancora C.Cardia, op. cit.

⁸ così C.cardia, op. cit.

La finanza di queste Istituzioni si basava in modo prevalente sulle contribuzioni dei comuni e dello Stato (in seguito delle regioni) e loro compito istituzionale era quello di prestare assistenza a quelle persone che restavano escluse da qualsiasi forma di assistenza. Il quadro di insieme era caratterizzato dal fatto che l'assistenza sociale era erogata dagli enti locali attraverso le Ipab e Eca, restando riservate allo stato, tuttavia, e agli altri enti territoriali rilevanti funzioni di carattere assistenziale.⁹

I comuni provvedevano all'assistenza sanitaria ai poveri, sostenevano le spese di ricovero degli indigenti inabili al lavoro negli istituti di assistenza (articolo 154 t.u.p.s.). Le Province provvedevano al ricovero dei ciechi e dei sordomuti suscettibili di educazione (articolo 144 lett. g) t.u.c.p. e al mantenimento, con il contributo dei comuni, dei fanciulli abbandonati e dei figli di ignoti (l. 8 maggio 1927, n. 798), concedevano prestiti ai giovani sposi indigenti (d.l. 21 agosto 1937, n. 1547 e r.d. 9 novembre 1940, n. 1993). Tutta una serie di enti specializzati gestivano, poi, servizi settoriali di assistenza sociale come, per esempio, L'Opera nazionale maternità e infanzia, l'Opera nazionale per i ciechi civili (l. 9 agosto 1954, n. 632), l'Ente nazionale per l'assistenza ai lavoratori (Enal) etc.¹⁰

1.b Principi costituzionali e il primo trasferimento delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica. Il decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 9.

La Costituzione¹¹, come più volte richiamato, nella formulazione anteriore alla riforma, attribuiva alle regioni la materia della beneficenza pubblica e il

⁹ Lo Stato, per esempio, provvedeva, attraverso l'amministrazione della giustizia, ad assistere le famiglie dei detenuti e liberati dal carcere (r.d. 28 marzo 1923, n. 1890 e 18 giugno 1931, n. 787), i minorati psichici prosciolti (r.d. n. 787 del 1931); provvedeva all'assistenza degli orfani dei caduti del lavoro, ciechi, sordomuti, mutilati e invalidi civili (l. 27 settembre 1970, n. 382, 26 maggio 1970, n. 381 e 30 marzo 1971, n. 118), nonché ai primi soccorsi in caso di pubblici disastri. Così A.M.Sandulli, op. cit. pp. 993

¹⁰ Così ancora A.M. Sandulli, op. cit., 993

¹¹ Occorre ricordare che la Costituzione, si occupa dell'assistenza sociale anche nella parte relativa ai principi, muovendo da una concezione sociale e solidaristica dello Stato e confermando l'interesse pubblico e collettivo ad intervenire nelle situazioni di bisogno. Così afferma il "diritto" di ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari "al mantenimento e all'assistenza sociale" (articolo 38, comma 1) accanto al diritto dei lavoratori "a che "siano preveduti ed assicurati, mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria" (articolo 38, comma 2). A livello organizzativo e territoriale, poi, la Costituzione prevede che per i compiti previsti dal citato articolo 38 "provvedono organi ed istituti predisposti ed integrati dallo Stato" (articolo 38, comma 4). Peraltro, solo per indicare in modo rapido la legislazione di riferimento, la Costituzione nel fare riferimento all'assistenza sociale, non esaurisce in tale concetto le previsioni costituzionali in materia. Altre disposizioni prevedono forme specifiche di intervento pubblico: l'articolo 31 delinea un quadro di intervento a favore della famiglia, della maternità, infanzia e gioventù di stampo assistenziale mentre l'articolo 3,

decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 9 (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica e del relativo personale).

Il dato da porre in rilievo è che il citato d.lgs. n. 9 del 1972 trasferì alle regioni una parte molto limitata di attribuzioni dello Stato in materia assistenziale e, in particolare, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, "tutte le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrale e periferici dello Stato in materia di beneficenza pubblica" e "tra l'altro" le funzioni concernenti:

- a) le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza previste dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modificazioni ed integrazioni, che operano nel territorio regionale;
- b) gli enti comunali di assistenza di cui alla legge 3 giugno 1937, n. 847 e successive modificazioni;
- c) le controversie in materia di spedalità di cui all'articolo 80 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 (omissis)
- d) il mantenimento degli inabili al lavoro che si trovino nelle condizioni di cui all'articolo 54 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 e siano segnalati dalla autorità locale di pubblica sicurezza agli organi regionali; le rette per l'ospitalità di minori presso istituti educativo-assistenziali e di anziani presso case di riposo;
- e) i controlli sugli enti comunali di assistenza e sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza poste sotto la disciplina della legge 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modificazioni; gli interventi assistenziali effettuati dai comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo luogotenenziale 22 marzo 1945, n. 173;
- f) l'assistenza estiva ed invernale in favore di minori;
- g) l'assistenza in natura da effettuare con distribuzione di materiale vario agli assistibili bisognosi; l'assistenza in natura e l'assistenza sanitaria e farmaceutica, in favore delle categorie assistibili, di cui ai decreti legislativi luogotenenziali 31 luglio 1945, n. 425 e 28 settembre 1945, n. 646;

comma 2, enuncia il generale compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona .

- h) gli interventi in favore dei profughi italiani e dei rimpatriati, successivamente alla prima assistenza, di cui alla legge 19 ottobre 1970, n. 744 integrata dalla legge 25 luglio 1971, n. 568;
- i) ogni altra funzione amministrativa esercitata dai prefetti e dagli altri organi centrali e periferici dello Stato in materia di beneficenza pubblica, fermo restando quanto disposto dai successivi articoli.”

Ai sensi dell'articolo 3 dello stesso decreto n. 9 “restarono ferme le competenze degli organi statali in ordine:

- 1) ai rapporti internazionali nella materia di cui al presente decreto ed ai rapporti, in materia di assistenza, con organismi assistenziali stranieri ed internazionali, nonché alla assistenza degli stranieri in relazione alle convenzioni internazionali;
- 2) agli interventi assistenziali ai sensi della legge 8 dicembre 1970, n. 996, nonché per altre esigenze di carattere straordinario od urgente od di carattere perequativo in relazione alle necessità degli enti assistenziali nelle diverse regioni;
- 3) ai comitati di soccorso ed altre istituzioni private di beneficenza operanti nel territorio regionale, previsti dai punti a) e b) dell'articolo 2 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e dall'articolo 4 del relativo regolamento 5 febbraio 1891, n. 99, in quanto soggetti a vigilanza per motivi assistenziali in base alle leggi vigenti od in quanto ricevano finanziamenti pubblici o stipulino convenzioni con enti pubblici, fino a quando la materia non sarà disciplinata con successivo provvedimento;
- 4) alle pensioni ed assegni a carattere continuativo, disposti in attuazione dell'articolo 38 della Costituzione, in favore dei ciechi civili, dei sordomuti ed invalidi civili; agli interventi in favore degli orfani dei caduti per servizio; all'assistenza delle famiglie dei militari richiamati o trattenuti alle armi e delle persone di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 75, agli interventi di prima assistenza in favore dei profughi italiani e dei rimpatriati di cui alla legge 19 ottobre 1970, n. 744, integrata dalla legge 25 luglio 1971, n. 568; alla assistenza ai profughi stranieri;

- 5) alla autorizzazione agli enti assistenziali pubblici e privati ad accettare lasciti e donazioni e ad acquistare beni immobili ai sensi delle vigenti disposizioni;
- 6) agli studi ed alle sperimentazioni relative alle funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di assistenza e beneficenza, che attengano ad esigenze di carattere unitario, con riferimento agli obiettivi del programma economico nazionale e agli obblighi internazionali.

1.c Le funzioni trasferite con il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 e il superamento del sistema della beneficenza. L'inquadramento della materia "assistenza sociale" nell'ambito del settore organico dei "servizi sociali".

Il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 (Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382) ha impresso una svolta decisiva introducendo una nuova concezione della "beneficenza" e determinando, in conseguenza, una ripartizione di compiti fra Stato e Regioni ed enti locali molto innovativa anche rispetto al citato d.p.r. n. 9 del 1972.

In primo luogo occorre osservare che la materia fu individuata dal decreto in esame come uno dei "settori organici" sui quali si incentrava il trasferimento di funzioni e, in quanto settore organico, i servizi sociali comprendevano (ai sensi dell'articolo 17, le materie "polizia urbana e rurale", "beneficenza pubblica", "assistenza sanitaria ed ospedaliera", "istruzione artigiana e professionale", "assistenza scolastica", "musei e biblioteche di enti locali").

Con particolare riferimento alla materia oggetto più specifico della presente ricerca, ai sensi dell'articolo 22 del citato decreto "Le funzioni amministrative relative alla materia "beneficenza pubblica" concernono tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza, a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni di natura previdenziale".

Occorre notare come la disposizione citata fosse alquanto generica specie con riferimento al presupposto dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni che

la norma non indicava (l'articolo citato, infatti, parlava di "qualunque sia il titolo").

L'articolo 24, poi, indicava le competenze residue allo Stato che riguardavano gli interventi di primo soccorso in caso di catastrofe o calamità naturale di particolare gravità, l'assistenza a favore di profughi e rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari ed eccezionali, e per i profughi stranieri, gli interventi di protezione sociale per gli appartenenti alle Forze Armate, all'Arma dei Carabinieri, agli altri corpi di polizia e al Corpo nazionale dei Vigili del fuoco e ai loro familiari; i rapporti con organismi assistenziali stranieri e internazionali, le pensioni e gli assegni continuativi erogati nell'esercizio dell'assistenza sociale di cui all'articolo 38 della Costituzione.

L'articolo 25 dispose, poi, che tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza prima svolte dall'Eca e dalle Ipub infraregionali "sono trasferite ai Comuni ai sensi dell'articolo 118, comma 1, e alle regioni conferita la potestà di determinare con legge, nei rispettivi territori, sentiti i comuni, "gli ambiti territoriali adeguati alla questione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti territoriali".

2. Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Inquadramento sistematico della ripartizione delle funzioni in materia di assistenza sociale.

Con il decreto legislativo n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59) si opera una prima generale ricognizione delle funzioni svolte attinenti alla materia della assistenza sociale attraverso l'individuazione delle competenze attribuite allo Stato e quelle attribuite alle Regioni e agli enti locali. In sostanza ora si individua la materia che si ascrive ai "servizi alla persona e alla comunità", accanto alla tutela della salute, all'istruzione scolastica, alla formazione professionale.¹²

Il decreto in esame esplicitamente indica in questo ambito, all'articolo 128, le attività "relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della

¹² Ferrari, E. in "Funzioni statali, regionali e locali nell'attuazione della legge Bassanini n. 59 del 1997" in *Le Regioni*, n. 3-4, 1998 pp.892 e ss.

sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”.¹³

Come si vedrà nel prosieguo dell’analisi già all’epoca dell’approvazione del d.lg. 112 del 1998 in esame erano stati enucleati i principali snodi della riforma del settore dei servizi sociali che si verrà a concludere con la legge n. 328 del 2000. In particolare occorre subito precisare che ad opera della legge di accompagnamento della legge finanziaria del 1998, e cioè con la legge 27 dicembre 1997, n. 449 è stato previsto il “fondo nazionale”, cioè un unico fondo in cui vanno a confluire tutti i finanziamenti delle attività che costituiscono “servizi sociali” come definiti dall’articolo citato da distribuire secondo le competenze degli enti territoriali indicati negli articoli che seguono.

Ai sensi dell’articolo 133, comma 3, del d.lgs.n.112, poi, il fondo in questione è integrato con gli stanziamenti previsti dalla legge 23 dicembre 1997, n. 451 (Istituzione della Commissione parlamentare per l’infanzia e dell’Osservatorio nazionale per l’infanzia) e quelli del Fondo nazionale per le politiche migratorie di cui all’articolo 43 della legge 6 marzo 1998, n. 40 (Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

Per quanto concerne le competenze dello Stato, come previsti dal d.lgs. n. 112 in esame in sostanza si può procedere alla enucleazione di due grossi ambiti: da un lato si possono collocare tutte le attribuzioni “di governo” del sistema dei servizi sociali quali la determinazione degli obiettivi, delle caratteristiche organizzative della rete degli interventi e degli standard dei servizi e dall’altra si possono collocare tutta una serie di interventi puntuali che, per la tutela degli “interessi nazionali”, e cioè per esigenze di collegamento complessivo, di uniformità sul territorio o altro, richiedono l’intervento statale.

In particolare, l’articolo 129 prevede che “sono conservate allo Stato (con la determinazione dei criteri e parametri individuati dalla conferenza unificata soltanto per l’esercizio delle funzioni contemplate alle lett. d) e g) le seguenti funzioni:

- a) la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale;
- b) la determinazione dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale;

¹³ cfr. Ferrari, op. cit. Come si vedrà nel prosieguo dell’analisi già all’epoca dell’approvazione del d.lg. 112 del 1998 in esame erano stati enucleati i principali snodi della riforma del settore dei servizi sociali che si verrà a concludere con la legge n. 328 del 2000.

- c) la determinazione degli standard dei servizi da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita;
- d) compiti di assistenza tecnica, su richiesta degli enti locali e territoriali, nonché compiti di raccordo in materia di informazione e circolazione dei dati concernenti le politiche sociali, ai fini della valutazione e monitoraggio dell'efficacia della spesa per le politiche sociali;
- e) la determinazione dei criteri per la ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo modalità di cui all'articolo 59, comma 46, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 133, comma 4, del decreto legislativo in esame;
- f) i rapporti con gli organismi internazionali e il coordinamento dei rapporti con gli organismi dell'Unione europea operanti nei settori delle politiche sociali e gli adempimenti previsti dagli accordi internazionali e dalla normativa dell'Unione europea;
- g) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali nonché le disposizioni generali concernenti i requisiti per l'accesso e la durata dei corsi di formazione professionale;
- h) gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi, limitatamente al periodo necessario alle operazioni di identificazione ed eventualmente fino alla concessione del permesso di soggiorno, nonché di ricetto ed assistenza temporanea degli stranieri da respingere o da espellere;
- i) la determinazione degli standard organizzativi dei soggetti pubblici e privati e degli organismi che operano nell'ambito delle attività sociali e che concorrono alla realizzazione della rete dei servizi sociali;
- j) le attribuzioni in materia di riconoscimento dello status di rifugiato ed il coordinamento degli interventi in favore degli stranieri richiedenti asilo e dei rifugiati, nonché di quelli di protezione umanitaria per gli stranieri accolti in base alle disposizioni vigenti;
- k) gli interventi in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; le misure di protezione degli appartenenti alle Forze armate e di polizia o a Corpi militarmente organizzati e loro familiari;
- l) la revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile.

Ai sensi dell'articolo 131, comma 1, poi, si prevede il conferimento alle regioni e agli enti locali di tutte le funzioni e i compiti amministrativi nella materia dei "servizi sociali" salvo, appunto, quelli espressamente riservati allo Stato dall'articolo 129; mentre, nell'ambito delle funzioni conferite, sono attribuiti ai comuni i "compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle province".

L'articolo 132 del testo in esame, poi, riguardante il trasferimento alle Regioni, non procede ad un elenco specifico delle materie che si dovrebbero desumere in via residuale rispetto all'elencazione contenuta al citato articolo 129, ma dettaglia un elenco di materie con riferimento alle quali le regioni conferiscono "ai comuni e agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi". Tali materie sono:

- a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose;
- b) i giovani;
- c) gli anziani;
- d) la famiglia;
- e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli audio lesi;
- f) i tossicodipendenti e alcolodipendenti;
- g) gli invalidi civili, fatto salvo il disposto dell'articolo 130.

All'articolo 132, comma 2, poi, si prevede che sono trasferiti alle regioni (che provvedono al successivo conferimento alle province, ai comuni ed agli altri enti locali nell'ambito delle rispettive competenze, le funzioni ed i compiti relativi alla promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito del "servizi sociali" con particolare riguardo a:

- a) la cooperazione sociale;
- b) le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB);
- c) il volontariato.

Alla luce dell'analisi e delle considerazioni che precedono, volendo tracciare un quadro complessivo si può dire che in primo luogo che l'articolo 131, comma 1, conferisce le funzioni relative ai "servizi sociali" all'insieme di Regioni ed enti locali secondo un criterio generale con l'eccezione di quanto previsto agli articoli 129 in tema di competenze dello Stato e 130 per quanto concerne le competenze relative agli invalidi civili. In secondo luogo viene ribadito il potere regionale di disciplinare l'esercizio delle funzioni in

questione ed in particolare, ai sensi dell'articolo 132, di individuare in modo puntuale i compiti e le funzioni attribuiti ai Comuni nei singoli settori dei servizi sociali. In terzo luogo vengono trasferite alle regioni le funzioni relative ai soggetti ed alle strutture che operano nei servizi sociali, attribuendo alle regioni, dunque, un ruolo di coordinamento dei soggetti e delle strutture che operano nei servizi sociali.¹⁴

3. Le leggi fondamentali che regolano la materia. La legge 8 novembre 2000, n. 328.

Uno dei problemi centrali degli interventi assistenziali o, per meglio dire, dei servizi sociali nella situazione tradizionale, ad oggi ancora esistente, è la loro frammentarietà e dispersività, probabilmente originata dalla stessa evoluzione storica e normativa della materia, alla quale corrispondeva (o più realisticamente: corrisponde) senza dubbio l'estrema frammentarietà e particolarità degli interventi.

Allegata alla presente ricerca vi è una prima ricognizione dei provvedimenti normativi connessi in qualche modo alla materia, ricognizione che forse può dare il senso della estrema frammentarietà degli interventi, tutti particolari e tesi a disciplinare determinate e singole fattispecie.

Si osserva come il "sistema" (che sistema non può essere definito) della politica nel sociale sia stato impostato per leggi e leggine di intervento, basato spesso soltanto sulla elargizione di somme di denaro o, comunque, di aiuti di tipo economico, spesso estremamente puntuali e sotto la spinta di interessi e situazioni particolari di guisa da rendere difficoltoso un organico inquadramento complessivo della materia e la realizzazione di una politica organica in attuazione della riforma costituzionale.

Si è fatto cenno al primo grande passo nella direzione di una disciplina organica delle competenze in tema di servizi sociali con l'istituzione del fondo nazionale, cui faceva difetto una collocazione istituzionale delle competenze relative al fondo.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) rappresenta in questa fase di transizione certamente la legge fondamentale per un inquadramento complessivo dell'ambito della materia.

¹⁴ Così Ferrari, E., op. cit. p. 900.

La legge in esame prevede (o più correttamente alla luce della modifica del titolo V, dovrebbe dirsi prevedeva) un ambito della materia più articolato rispetto all'articolo 128 del d.lgs. 112 del 1998 (che pure richiama all'articolo 1, comma 2) in quanto prevede "un sistema integrato di interventi e servizi sociali" comprensivi di "interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza", interventi di prevenzione, eliminazione o riduzione delle "condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti dall'inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione".

La legge in esame, in particolare, si poneva l'obiettivo di ridefinire il profilo complessivo delle politiche sociali al fine di superare il tradizionale concetto passivo dell'assistenza caratterizzata, come si è detto, prevalentemente dalla corresponsione di somme di denaro o, comunque, aiuti di tipo economico muovendo verso un sistema di protezione sociale in grado di offrire effettive possibilità di inserimento e sviluppo ai quei cittadini che si vengono a trovare in condizioni di bisogno. La legge si poneva come obiettivo la realizzazione di un sistema integrato di servizi e prestazioni che vuole coinvolti soggetti istituzionali ed il terzo settore e caratterizzato da livelli essenziali di assistenza.

I destinatari delle prestazioni e dei servizi erano i cittadini italiani, cittadini degli stati dell'U.E. e i rispettivi familiari nel rispetto degli accordi internazionali e secondo le modalità definite dalle leggi regionali. Stranieri extra comunitari e stranieri con permesso di soggiorno. Il sistema era doveva avere il carattere dell'universalità con la priorità per le situazioni di povertà, di reddito limitato o incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per problemi fisici o psichici.

Per la realizzazione della integrazione degli interventi lo strumento cardine era la programmazione. Gli enti locali, le regioni e lo Stato dovevano provvedere, nell'ambito delle loro competenze, alla programmazione degli interventi secondo principi di coordinamento e integrazione.

Al finanziamento del sistema integrato concorrevano i Comuni, Regioni e Stato. Lo Stato doveva definire e ripartire il Fondo nazionale per le politiche sociali istituito con la legge 449/97, erogare la spesa per le prestazioni economiche a carico del settore assistenziale e per il reddito minimo di inserimento. Le Regioni dovevano ripartire i finanziamenti assegnati allo Stato e cofinanziare specifici

interventi sociali. Ai Comuni (anche associati) spettava erogare le spese per i servizi sociali.

La legge in esame, poi, all'articolo 5, riconosceva il ruolo fondamentale del terzo settore da sostenere anche attraverso politiche formative e misure di accesso agevolato al credito e fondi U.E.

Nel capo II veniva normato l'assetto istituzionale e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nell'ambito dell'assetto istituzionale i Comuni (articolo 6) risultavano responsabili del governo dei servizi sociali e concorrevano alla programmazione regionale e (articolo 11) provvedevano all'autorizzazione, basata su requisiti regionali (integrati da esigenze locali) di servizi, di strutture a ciclo residenziale e semi residenziale a gestione pubblica da parte del terzo settore. Nei casi di nuove strutture e servizi dovevano essere immediatamente applicati i requisiti minimi nazionali mentre nei casi di strutture preesistenti si prevedeva potessero essere concesse autorizzazioni provvisorie. I Comuni, poi, dovevano provvedere all'accreditamento delle strutture riconoscendo a queste determinate tariffe per le prestazioni erogate. Le Province (articolo 7) concorrevano alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) e dall'articolo 132 del d.lgs. 112/98 secondo modalità definite dalle Regioni, mentre alle Regione (articolo 8) venivano attribuiti compiti di programmazione, coordinamento degli interventi sociali e verifica della loro attuazione, disciplina dell'integrazione degli interventi stessi e promozione della collaborazione con gli enti locali.

Allo Stato (articolo 9) spettava l'esercizio delle funzioni secondo l'articolo 129 del d.lgs. 112/98 con compiti di indirizzo e coordinamento relativamente alla determinazione dei principi e obiettivi della politica sociale, individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni e dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi¹⁵, determinazione dei requisiti e profili professionali in materia di professioni sociali, esercizio dei poteri sostitutivi in caso di inadempienza delle Regioni, ripartizione del fondo nazionale per le politiche sociali.

¹⁵ Con riferimento a questi aspetti, in attuazione di quanto previsto agli articoli 9, comma 1, lett. c) e 11, comma 1, è stato emanato il decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308 di approvazione del regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328" (pubblicato sulla G.U. 28 luglio 2001, n. 174)

Un discorso a parte deve, poi, essere fatto per le Ipab (articolo 10) che, questa è una innovazione importante, dovevano essere inserite nella rete locale dei servizi (con riguardo a questo aspetto si rinvia al prg. 3.b).

Il capo III conteneva disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale come, per esempio, (articolo 14) i progetti per i disabili che si sostanziavano in progetti individuali di integrazione e formazione che i Comuni d'intesa con le usl dovevano predisporre su richiesta degli interessati oppure i servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti (articolo 15) e di sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti.

L'articolo 15 promuoveva, con particolari finanziamenti, interventi per favorire l'autonomia e la domiciliarità. In tale ottica il riparto tra le Regioni veniva effettuato valutando l'incidenza degli anziani e gli indicatori nazionali di non autosufficienza. Si potenziava l'assistenza domiciliare integrata e più in generale dei progetti integrati assistenza sanità.

In particolare, ferme restando le competenze del Ssn, il Ministro per la solidarietà sociale doveva determinare ogni anno una quota del fondo nazionale sociale da riservare ai servizi che hanno la finalità di favorire l'autonomia degli anziani non autosufficienti e di sostenere la famiglia nell'assistenza domiciliare.

All'articolo 16 veniva trattato il tema dello sviluppo delle politiche familiari tese a promuovere e a sostenere la condivisione della responsabilità di cura nel senso della valorizzazione del ruolo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi, nonché nella loro valutazione; venivano, inoltre, favorite la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo tra le famiglie. L'articolo 16 delineava lo specifico rilievo ad un orientamento posto alla base della legge: la tutela dei diritti di cittadinanza doveva implicare e coinvolgere i contesti familiari, come contesti di vita e di relazione che dovevano essere riconosciuti e salvaguardati. La legge introduceva degli orientamenti innovativi perché spostava l'attenzione dal singolo come individuo al singolo come parte di un nucleo familiare. Veniva proposta una visione articolata reale che riprende la legge 28 agosto 1997, n. 285 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza). Si trattava di lavorare con i genitori, la famiglia, le famiglie all'interno di un contesto sociale locale chiamato a scoprire risorse per gestire il disagio che lo caratterizza.

I Comuni, mantenendo i livelli essenziali di prestazioni potevano prevedere (articolo 17) la concessione, su richiesta dell'interessato, di buoni servizio per

l'acquisto di servizi sociali da soggetti accreditati. I criteri e le modalità per tale concessione sono disciplinati dalle Regioni.

Al Capo IV venivano disciplinati gli strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali; tra questi (articoli 18 e 19) era collocato il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali che il Governo era chiamato a predisporre tenendo conto delle risorse finanziarie disponibili. Le Regioni entro 120 gg. dall'adozione del piano nazionale, dovevano adottare attraverso forme di intesa con i Comuni interessati, il Piano regionale provvedendo in particolare all'integrazione socio sanitaria in coerenza con il piano sanitario regionale. I Comuni avrebbero dovuto definire il Piano di zona di intesa con le Aziende unità sanitarie locali.

L'articolo 19 individuava, in particolare, nel Piano di zona lo strumento strategico dei Comuni associati per il governo locale dei servizi sociali. Il p.d.z veniva a configurarsi, pertanto, come lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione fra i diversi servizi mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi. La funzione era, infatti, quella di dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali individuandone i bisogni prioritari, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica, le condizioni di valutazione. L'accordo di programma in questo senso diventava il momento di sintesi giuridica delle scelte condivise e le rendeva operanti nel territorio.

Entro 12 mesi il Governo, in sede di prima applicazione della legge di riforma, ha emanato il primo piano nazionale (Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001, n. 204 "Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003 pubblicato sulla G.U. n. 181 del 6 agosto 2001) che successivamente doveva essere formulato ogni tre anni. Il piano nazionale, come si accennava in precedenza, è predisposto dal Ministro per la solidarietà sociale. Le Regioni entro 120 gg. dall'adozione del piano nazionale, si ripete, erano chiamate a formulare il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (articoli 9 e 18, c. 4). Lo Stato doveva ripartire (articoli 20 e 26) le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui alla l. 449/97.

La definizione dei livelli essenziali dei servizi doveva essere effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo sociale, tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità fissate nel documento di programmazione economica finanziaria.

Al Capo V, in tema di interventi, servizi ed emolumenti economici del sistema integrato di interventi e servizi sociali si nota una sostanziale (articolo 22) assimilazione di quanto stabilito nel decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della l. 30 novembre 1998, n. 419) di riforma del decreto legislativo n. 502 del 1992. Si conferma, quindi, che le prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono a carico del Fondo sanitario. Con un successivo decreto del Ministro degli Affari sociali dovevano essere individuate le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da porre a carico dei Comuni.

All'articolo 23 veniva trattato il tema degli emolumenti economici ed in particolare il reddito minimo di inserimento destinato a persone in difficoltà economica ed esposte a rischio di marginalità sociale, per le quali si vuole ottenere, attraverso trasferimenti monetari e programmi personalizzati, il ripristino di condizioni di integrazione sociale ed economica.

Istituito in modo sperimentali con il decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237 (Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'articolo 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n. 449) in 39 comuni per due anni è una misura di sostegno economico e sociale indirizzata a individui e famiglie con un reddito familiare inferiore a una certa soglia che prevede essenzialmente due prestazioni e cioè l'erogazione monetaria pari alla differenza tra la soglia prevista e il reddito familiare mensile percepito ed un progetto di inserimento lavorativo e/o sociale personalizzato che tenga conto delle caratteristiche personali e familiari dei soggetti e sia concordato con gli stessi rispetto al contenuto e agli impegni derivanti dall'attuazione del programma. Le prestazioni sia monetaria sia di inserimento sono state disegnate in modo da tenere conto di una duplice esigenza. Da un lato di garantire condizioni minime uguali a parità di bisogno, elemento già di per sé molto innovativo nel contesto italiano e dall'altra di poter articolare la prestazione in modo da affrontare adeguatamente le situazioni di bisogno diverse. Pur non essendo ancora stata generalizzata a livello nazionale, l'articolo 23 della

legge quadro considerava l'estensione del reddito come un atto dovuto, affermando che dovevano essere definite solo le modalità, i termini e le risorse per l'estensione.

Il Governo veniva delegato (articolo 24) a emanare un decreto legislativo per il riordino degli assegni e delle indennità in base a determinati criteri e principi direttivi.

L'accesso ai servizi disciplinati dalla legge era regolato dall'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) in quanto strumento in grado di omogeneizzare la fase informativa necessaria a definire i criteri di selettività e/o grado di compartecipazione nell'accesso alle prestazioni agevolate, consentendo un miglior utilizzo delle risorse pubbliche. (articolo 25)

Comunque allo scopo di potenziare gli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e ai senza fissa dimora, il Fondo nazionale è stato incrementato di una somma pari a venti miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002. (articolo 28), al fine di finanziare progetti riguardanti la realizzazione di centri e servizi di pronta accoglienza, interventi socio sanitari servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale. Si riconosceva, poi, la specificità delle situazioni in cui la povertà grave si connette con situazioni di emarginazione sociale, rendendo particolarmente difficile l'inserimento o il reinserimento economico e sociale. Ed essa riconosce la necessità di progetti mirati all'accompagnamento ed a azioni di reinserimento. Coerentemente con il carattere con il carattere metropolitano dei fenomeni considerati si richiede di individuare, secondo le modalità stabilite dal comma 3, i Comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi erano da considerare prioritari. Inoltre in coerenza con l'esigenza di coinvolgere una pluralità di attori, nel comma 2 si stabiliva che i progetti avrebbero essere approntati da enti locali, organizzazioni di volontariato organismi non lucrativi di utilità sociale nonché ipab.

3a. I livelli essenziali di assistenza alla luce della legge n. 328 del 2000 e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali approvato con D.p.r. 3 maggio 2001, n. 204

Occorre soffermarsi sui livelli essenziali di assistenza al fine di delineare quelli che erano, allo stato della normativa anteriore alla riforma del titolo V della Costituzione, le caratteristiche ed i contenuti essenziali.

I livelli essenziali, si ripete, nella normativa in esame potevano delinearli, nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali e tenuto conto

delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alle politiche sociali, alla base della programmazione delle politiche sociali, in tre grossi punti:

- le aree di intervento;
- le tipologie di servizi e prestazioni;
- le direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi;

Le tre dimensioni contribuivano a connotare, ognuna secondo una diversa angolatura, i possibili contenuti dei livelli essenziali.

La prima dimensione (aree di intervento) doveva contribuire a rispondere al quesito “livelli essenziali per chi? Per rispondere a quali bisogni?”.

La seconda dimensione (tipologie di servizi) era chiamata a rispondere al quesito “livelli essenziali per erogare quali prestazioni e servizi?”

La terza dimensione (direttrici per l'innovazione) contribuiva a rispondere al quesito “livelli essenziali garantiti come? Con quali criteri organizzativi e di erogazione dei servizi e delle prestazioni?”.

Le aree di intervento costituivano una articolazione, per grosse categorie, delle aree rispetto alle quali le politiche sociali dovevano prevedere interventi e risposte. Tali aree erano individuate con riguardo ai bisogni da soddisfare, tenuto conto delle indicazioni della legge quadro e delle priorità contenute nel Piano nazionale ed erano indicate in responsabilità familiari, diritti dei minori, persone anziane, contrasto della povertà, disabili con particolare ai disabili gravi, droghe e avvio della riforma. Le tipologie di servizi e prestazioni costituivano una articolazione, per grosse categorie, degli interventi e delle prestazioni che potevano essere programmate e realizzate per rispondere alle esigenze proprie delle aree di bisogno di cui alle citate aree di intervento. Esse venivano definite con riferimento a quanto previsto dall'articolo 22, comma 4, della legge nel modo seguente: servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari, servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali e centri di accoglienza residenziali e diurno a carattere comunitario.

Le direttrici per l'innovazione nelle politiche sociali e, in particolare, nella costruzione della rete degli interventi e servizi descrivevano i criteri progettuali, di organizzazione e di funzionamento della rete, anche con l'obiettivo di consolidare e rafforzare le leggi innovative sulle politiche sociali. La complessità dei

fenomeni legati ai mutamenti sociali richiedeva, infatti, una forte innovazione nella definizione delle politiche sociali. La creazione di sinergie e collaborazioni fra tutti i soggetti coinvolti e la valorizzazione delle risorse e delle potenzialità disponibili.

Le direttrici erano, in particolare, la partecipazione attiva delle persone nella definizione delle politiche che le riguardavano, integrazione degli interventi nell'insieme delle politiche sociali, mobilitando a tal fine tutti gli attori interessati e prevedendo una strategia unitaria per l'integrazione socio sanitaria, promozione del dialogo sociale, della concertazione e della collaborazione tra tutti gli attori pubblici e privati, in particolare coinvolgendo i soggetti non lucrativi, le parti sociali, incoraggiando l'azione di tutti i cittadini e favorendo la responsabilità sociale delle imprese.

Ancora il potenziamento delle azioni per l'informazione, l'accompagnamento, gli sportelli per la cittadinanza, lo sviluppo degli interventi per la domiciliarità e la deistituzionalizzazione, per favorire l'integrazione sociale e lo sviluppo delle azioni e degli interventi per la diversificazione e la personalizzazione dei servizi e delle prestazioni sociali.

Alla luce delle considerazioni e dell'analisi che precede non può non osservarsi come nell'impostazione normativa fin qui analizzata, la determinazione dei livelli essenziali di assistenza passava attraverso la programmazione nazionale che individua gli obiettivi da perseguire e determina e definisce le risorse disponibili in un quadro sostanzialmente così già delineato in campo sociale sia dal punto di vista del ruolo istituzionale delle regioni e degli enti locali che delle scelte e degli obiettivi da perseguire.

Ora essendo stata attribuita la competenza esclusiva in materia di servizi sociali alle regioni e residuando allo Stato in via esclusiva, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, c'è da chiedersi se e in che misura l'impianto come delineato attraverso la disamina effettuata sia in linea con la riforma costituzionale ed eventualmente come lo Stato possa delineare i livelli essenziali di assistenza senza invadere in alcun modo la competenza delle regioni.

4. Le leggi fondamentali che regolano la materia . Il sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Il decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 297. La disciplina generale e il ruolo delle regioni.

A conclusione della ricerca si ritiene di soffermarsi su questo particolare aspetto della materia, aspetto centrale all'origine quando la materia era delineata come "beneficenza pubblica", attualmente importante perché a tali Istituzioni è stato riconosciuto un ruolo nel quadro della erogazione dei servizi sociali.

L'articolo 10 della legge n. 328 del 2000, come visto al prf. precedente, collocava, infatti, le Ipab tra i soggetti chiamati ad intervenire nella gestione dei servizi sociali, impegnando il governo ad emanare, entro sei mesi, un decreto legislativo che definisca nel dettaglio la nuova disciplina delle ipab; sono fissati alcuni principi generali, entro cui dovrà muoversi sia il decreto legislativo sia la successiva normativa regionale di recepimento.

La nuova legge ha ribadito il carattere pubblico delle ipab che non intendevano (o non avevano i requisiti per) privatizzarsi. Al decreto veniva, infatti, assegnato il compito di definire un profilo giuridico che garantisse l'autonomia delle ipab compatibilmente con "il mantenimento della personalità giuridica pubblica". E' stato conferito alle ipab, infatti, la fisionomia di ente pubblico che opera disponendo di un'ampia autonomia gestionale e patrimoniale. E' stato introdotto un regime giuridico del personale di tipo privatistico nonché il principio della separazione tra gestione dei servizi e quella del patrimonio.

La legge rinviava al decreto legislativo di attuazione la definizione delle modalità dell'inserimento delle ipab nella programmazione regionale del sistema integrato dei servizi senza peraltro mai indicare le ipab tra i soggetti da coinvolgere nella programmazione e nella gestione del sistema integrato dei servizi, né indicarle come oggetto delle politiche di sostegno e di qualificazione che la legge indirizza ai soggetti del terzo settore.

La legge 328 del 2000 all'articolo 30, abroga, la legge Crispi (Legge 17 luglio 1890, n. 6972 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di attuazione.

Come accennato al prf. precedente, con decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 è stato approvato il "Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328" pubblicato sulla G.U. 1 giugno 2001, n. 126.

In generale la prima classificazione che ha operato il decreto in esame è tra Istituzioni che operano prevalentemente nel campo socio assistenziale e Istituzioni che operano prevalentemente nel campo scolastico.

Poi segue la distinzione tra Istituzioni che erogano direttamente servizi assistenziali e Istituzioni che erogano indirettamente servizi assistenziali.

All'articolo 2 il decreto in esame ha previsto che le istituzioni che operano "prevalentemente nel campo socio assistenziale" dovessero essere inserite nel sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22 della legge quadro.

A questo riguardo ha previsto che la Regione dovesse disciplinare le modalità di concertazione e cooperazione con i diversi livelli istituzionali ed in sede di programmazione definire:

- a) le modalità di partecipazione delle istituzioni e delle loro associazioni alle iniziative di programmazione e gestione dei servizi;
- b) l'apporto delle istituzioni al sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari;
- c) le risorse regionali eventualmente disponibili per potenziare gli interventi e le iniziative delle istituzioni nell'ambito della rete dei servizi.

All'articolo 3, per le istituzioni che operano prevalentemente nel settore scolastico applica il dpcm 16 febbraio 1990 (Direttiva alle regioni in materia di riconoscimento della personalità di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed infra-regionale) ai fini del riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato.

Il decreto legislativo n. 207 ha previsto, in generale, una trasformazione obbligatoria delle ipab nel senso che o queste si trasformano in aziende pubbliche nel sistema delle amministrazioni locali o in persone giuridiche private. Qualora non si dovessero adeguare ad alcuna delle due soluzioni prospettate, in conseguenza, se ne prevede lo scioglimento.

Il criterio di differenziazione tra le due forme di trasformazione è stato delineato agli articoli 5 e l'articolo 16.

L'articolo 5, infatti, ha previsto che le istituzioni che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali sono tenute a trasformarsi in aziende pubbliche di servizi alla persona; sono escluse da tale obbligo le istituzioni nei confronti delle quali siano accertate le caratteristiche del d.p.c.m. citato.

Sono escluse dalla trasformazione in aziende pubbliche quelle istituzioni:

- le cui dimensioni non giustifichino il mantenimento della personalità giuridica di diritto pubblico;
- la cui entità patrimoniale il volume di attività siano insufficienti per la realizzazione delle finalità e dei servizi previsti dallo statuto;
- per verificata inattività nel campo sociale da almeno due anni;
- nel caso risultino esaurite o non siano più conseguibili le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti.

Alle Regioni è stata attribuita la definizione delle ipotesi indicate sulla base di criteri generali previamente determinati con atto di intesa in sede di conferenza unificata acquisito il parere delle associazioni o rappresentanze delle aziende pubbliche di servizi alla persona e delle ipab tenendo conto “del territorio servito dall’istituzione, della tipologia dei servizi alla persona e della complessità delle attività svolte, del numero e della tipologia degli utenti e di ogni altro elemento necessario per la classificazione delle istituzioni”.

Il primo atto è dunque il sistema di classificazione delle ipab, passo condizionato dall’atto di intesa in sede di conferenza unificata. Alla Regione è stato anche attribuito il compito di disciplinare i procedimenti per la trasformazione con modalità e termini che ne consentano la conclusione entro il termine di trenta giorni dall’entrata in vigore del presente decreto

La Regione, inoltre è stato attribuito il compito di:

1. dettare, a seguito di intesa in conferenza unificata, criteri omogenei per la determinazione dei compensi degli amministratori e dei direttori in proporzione alle dimensioni e alle tipologie di attività delle aziende (articolo 5, comma 6).
2. Determinare, in sede di conferenza unificata, i requisiti necessari per ricoprire le cariche di Presidente o Consigliere di amministrazione dell’Azienda pubblica di servizi alla persona (articolo 7, comma 2);
3. Definire, in sede di conferenza unificata, i criteri per la determinazione degli emolumenti spettanti agli organi di governo delle nuove Aziende pubbliche. (articolo 7, comma 5);
4. Sottoporre a controllo il regolamento dell’azienda (articolo 7, comma 5);
5. Definire, in sede di conferenza unificata, le tipologie di Aziende pubbliche che possono essere dirette da un dipendente dell’Azienda stessa non appartenente alla qualifica dirigenziale (articolo 9, comma 1);

6. Individuare i casi di aziende pubbliche per le quali i compiti di revisione devono essere affidate a società specializzate (articolo 10, comma 2) e approva i nuovi statuti delle Aziende, le modifiche nonché il regolamento di organizzazione aziendale.
7. Ricevere le segnalazioni degli immobili che presentano valore artistico per i quali si rendono necessari interventi di restauro.
8. Vigilare sugli atti di trasferimento a terzi dei diritti reali sugli immobili opponendosi qualora siano contrari all'interesse dell'azienda.
9. Definire: i criteri generali in materia di contabilità delle aziende (articolo 14, comma 1) prevedendo la possibilità di utilizzare procedure semplificate per la conclusione dei contratti di acquisizione di beni e servizi di valore inferiore a quello fissato dalla specifica normativa comunitaria e le disposizioni in materia di gestione economico finanziaria e patrimoniale informate ai principi del codice civile prevedendo
 - a) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
 - b) La tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
 - c) L'obbligo di rendere pubblici annualmente i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
 - d) Il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso dismissioni e conferimenti.
- 10) disciplinare i controlli successivi all'amministrazione ed ai controlli sulla qualità delle prestazioni delle aziende pubbliche di servizi alla persona. (articolo 14, comma 3).
- 11) Disciplinare le procedure per la soppressione e la messa in liquidazione delle nuove aziende che si trovano in condizione di grave dissesto (articolo 14, comma 5).
- 12) Favorire (articolo 19, comma 1) l'incentivazione e il potenziamento della prestazione dei servizi alla persona nelle forme dell'azienda pubblica attraverso un processo di riorganizzazione nella fase della trasformazione (articolo 19, comma 2) da attuarsi:
 - con forme di incentivazione iscrivendo in bilancio apposito fondo;

- stabilendo i criteri per la corresponsione di contributi ed incentivi alle fusioni di più istituzioni;
 - disciplinando procedure semplificate di fusione.
- 13) Disciplinare i controlli sulle fusioni, accorpamenti, trasformazioni e l'estinzione delle nuove aziende (articolo 19, comma 5).

Per quanto attiene alle persone giuridiche private il decreto legislativo in esame ha assunto in legge la direttiva governativa e ha previsto non solo le ipotesi (già citate) per le quali è esclusa la trasformazione in aziende (alla quale si devono aggiungere, si ricorda, le istituzioni che hanno la gestione di strutture prescolari) ma ha esteso il dpcm anche alle strutture scolastiche educative, le istituzioni di natura ecclesiastica (congreghe) per le quali è sufficiente la deliberazione di trasformazione senza alcuna verifica (articolo 3) e le istituzioni che svolgono indirettamente funzione assistenziale di qualche natura ove non ci possa essere la trasformazione in azienda pubblica (articolo 15).

Il decreto ha previsto un potere sostitutivo in capo alla Regione in caso di inadempienza in determinati casi.

All'articolo 20 è previsto un potere sostitutivo in caso di inadempienza:

- nei casi di inattività delle istituzioni per l'attuazione di tutti gli adempimenti necessari alla trasformazione
- nel caso di violazione di legge, statuto, regolamento, gravi irregolarità nella gestione amministrativa e patrimoniale, di irregolare costituzione dell'organo di governo per le aziende.

All'articolo 16, comma 5, è stato previsto un potere sostitutivo nel caso di mancata trasformazione di quelle istituzioni per le quali sia stata accertata l'esclusione della trasformazione in azienda pubblica

Alla Regione è poi, stato riconosciuto un potere di controllo sugli atti di dismissione, vendita o di costituzione di diritti reali sui beni delle persone giuridiche di diritto privato destinati dagli statuti a finalità istituzionali.