

POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

Cesare Belmonte

LA PRODUZIONE NORMATIVA REGIONALE DELL'ANNO 2017 IN MATERIA SANITARIA E SOCIALE

PREMESSA

La produzione legislativa regionale in materia di politiche sanitarie dell'anno 2017 si caratterizza per la prosecuzione del processo di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, all'insegna della continuità rispetto agli anni precedenti.

E così, in attuazione della legge generale di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84, e sulla scorta dei criteri da questa dettati, sono state licenziate in questa annualità quattro leggi che incidono sull'architettura del sistema sanitario, con la revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto, con la riorganizzazione dell'attività di governo clinico regionale e della rete oncologica, nonché col riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini ai processi di programmazione ed erogazione dei servizi.

Nel corso del 2017 è stata poi approvata una legge generale sui diritti e le politiche per le persone con disabilità, la legge regionale 18 ottobre 2017, n. 60.

Si tratta di una legge di principi che sistematizza la materia; non un testo unico, ancorché l'iniziativa legislativa sia stata così concepita, in una fase prodromica, dai suoi promotori, ovvero dal mondo dell'associazionismo di tutela.

Questa legge ha avuto una lunga gestazione, ha visto ampie fasi di confronto e consultazione sia presso la Giunta che presso il Consiglio, ed ha fruito del supporto tecnico dell'ufficio legislativo del Consiglio già nella fase della progettazione legislativa, in virtù di un accordo istituzionale fra gli organi politici.

Una menzione particolare merita infine la legge regionale 4 maggio 2017, n. 21, modificativa della legge regionale 82/2009¹ e della legge regionale 51/2009², in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

¹ Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

² Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento).

La legge regionale muove dall'esigenza di uniformare progressivamente i due sistemi di accreditamento, sanitario e sociale. La stessa è stata oggetto di impugnativa governativa, di fatto mettendo in discussione la legittimità dell'impianto della legge regionale 82/2009, che assoggetta le strutture socio-sanitarie allo stesso regime di accreditamento delle strutture operanti in ambito sociale.

1. LA PROSECUZIONE DEL PROCESSO DI RIORDINO DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

1.1 LA REVISIONE DELLE ZONE DISTRETTO

In attuazione dell'articolo 91 della legge regionale 84/2015, la legge regionale 23 marzo 2017, n. 11 definisce gli ambiti territoriali delle nuove aziende unità sanitarie locali di area vasta e al contempo procede alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto, con la specificazione dei casi di accorpamento fra zone preesistenti. Le successive revisioni delle zone sono effettuate in forma delegificata mediante deliberazione consiliare.

La revisione delle zone-distretto ha comportato la riduzione degli ambiti zonali da trentaquattro a ventisei e la costituzione di sei nuove zone-distretto.

Gli ambiti territoriali delle zone-distretto di nuova istituzione decorrono dal 1° gennaio 2018. In via transitoria, nelle nuove zone-distretto viene approvato uno strumento di programmazione intermedio che garantisce il coordinamento dei preesistenti piani zonali e che rimane in vigore fino all'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale.

La legge prevede un contributo di primo avvio, a favore delle zone distretto oggetto di accorpamento, maggiorato nel caso in cui nelle zone-distretto di nuova istituzione sussista il modello organizzativo della società della salute, e demanda al piano sanitario e sociale integrato regionale la previsione di ulteriori incentivi di finanziamento, sia a favore delle zone-distretto di nuova istituzione, sia per nuovi accorpamenti tra zone distretto preesistenti. Questi ulteriori incentivi sono maggiorati se tutti i comuni della medesima zona-distretto aderiscono al modello organizzativo della società della salute.

1.2 LE SOCIETÀ DELLA SALUTE

La legge regionale 11/2017 interviene inoltre sulle modalità di scelta del modello di esercizio della funzione di integrazione socio-sanitaria nonché sulla disciplina delle società della salute. Nel caso in cui nella medesima zona-distretto sussistano due o più società della salute, queste procedono ad una fusione per incorporazione; negli altri casi, è lasciata la scelta fra l'adesione alla società della salute esistente o la stipula della convenzione socio-sanitaria con l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente.

Le società della salute a loro volta sono qualificate esplicitamente come

enti di diritto pubblico.

Viene poi rimesso al piano sanitario e sociale integrato regionale il compito di individuare i contenuti, i tempi e le modalità con cui la società della salute assicura la gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché degli interventi e dei servizi sociali: o in forma diretta; oppure tramite convenzione con l'azienda unità sanitaria locale o con uno degli enti aderenti.

Il ruolo che il presidente della società della salute svolge presso la conferenza regionale dei sindaci e presso la conferenza aziendale viene precisato, prescrivendo che lo stesso in tali sedi si conforma agli indirizzi dell'assemblea dei soci.

Sotto altro aspetto, il testo contempla la possibilità per l'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR) di svolgere le procedure di gara per l'affidamento dei servizi socio sanitari e l'acquisto di beni e servizi anche a beneficio delle società della salute.

1.3 L'ITER LEGISLATIVO

In aula, è stata inserita nel testo della legge regionale 11/2017 una clausola valutativa che prefigura, fra l'altro, una possibile revisione degli ambiti aziendali a seguito dell'attività di monitoraggio sull'andamento del nuovo assetto organizzativo.

La scheda di legittimità formulava varie osservazioni sulla proposta di legge sotto il profilo della corretta progettazione legislativa, e avanzava alcune proposte di riformulazione sia del preambolo che dell'articolato, oggetto di condivisione con i competenti uffici della Giunta regionale.

A seguito delle osservazioni degli uffici consiliari è stato costituito, su mandato della Terza Commissione, un gruppo di lavoro composto dai competenti uffici di Giunta e Consiglio, che ha provveduto alla revisione tecnica del testo normativo. La Commissione a sua volta ha emendato in più punti il testo di legge.

1.4 IL RIORDINO DEL GOVERNO CLINICO

Con la legge regionale 25 luglio 2017, n. 36, in attuazione dell'articolo 92, comma 1, della legge regionale 84/2015, viene dettato il nuovo assetto organizzativo delle funzioni di governo clinico regionale, intendosi con tale dicitura, ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 40/2005³, il complesso delle attività finalizzate a promuovere a livello aziendale, di area vasta e regionale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'appropriatezza del percorso assistenziale e lo sviluppo delle reti di eccellenza.

³ Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

In questo ambito, la legge istituisce l'Organismo toscano per il governo clinico - articolato funzionalmente nel coordinatore, nell'ufficio di coordinamento e nel comitato tecnico scientifico - avente la funzione primaria di garantire il raccordo e il coordinamento tra le singole strutture di governo clinico regionale. Oltre a ciò, questo organismo cura la consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, esprime pareri sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario di maggior rilevanza, attende alla predisposizione e al monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, subentra inoltre nelle funzioni sinora svolte dal Consiglio sanitario regionale, che è soppresso.

La legge procede poi all'istituzione dell'Osservatorio per le professioni sanitarie, per garantire il raccordo fra le funzioni strategiche del servizio sanitario regionale e le funzioni istituzionali degli organi preposti alle professioni.

Infine, sono modificate, a fini di coordinamento e di adeguamento dei livelli di rappresentanza all'interno dei singoli organismi, le principali commissioni e comitati del servizio sanitario regionale, intervenendo sull'assetto della commissione terapeutica regionale e della commissione regionale di bioetica; nonché provvedendo al riordino dei comitati per l'etica clinica e all'istituzione del comitato etico regionale per la sperimentazione clinica.

Nel considerato del preambolo si assevera che il riordino operato dalla legge determina un processo di razionalizzazione delle risorse, per effetto della riduzione del numero dei componenti di molti organismi e della soppressione delle relative indennità.

La scheda di legittimità evidenziava alcune carenze del testo sotto il profilo della chiarezza normativa, della precisione terminologica e del linguaggio normativo. Inoltre, in taluni casi i rinvii alla normativa statale apparivano oscuri e suscettibili di interpretazioni tali da adombrare anche possibili vizi di legittimità dell'atto.

A seguito delle osservazioni dell'Ufficio legislativo e di quelle degli altri uffici consiliari, è stato costituito su mandato della Terza Commissione un gruppo di lavoro tecnico Giunta-Consiglio che ha proceduto ad un'ampia riscrittura dell'articolato. L'atto è stato sottoposto a consultazioni ed è stato emendato in più punti dalla Commissione. In aula è stato approvato un unico emendamento al testo.

In occasione dell'illustrazione della proposta di legge la Commissione ha chiesto in via informale all'Ufficio legislativo di esprimere parere, nell'ambito della scheda di legittimità, in merito alla possibilità di disciplinare gli organismi regionali del governo clinico mediante una legge autonoma, non recante modifiche testuali alla legge regionale 40/2005.

L'Ufficio ha argomentato che l'eventuale approvazione di una legge siffatta non sarebbe stata coerente coi principi di omogeneità, completezza e chiarezza dei testi normativi, attesa l'intima compenetrazione fra tutti gli ambiti

e i soggetti che compongono il sistema complessivamente normato dalla legge quadro regionale; causando una frammentazione nella regolazione della disciplina di specie e riducendo il livello di organicità della stessa legge regionale 40/2005.

Con l'occasione, l'Ufficio ha invitato a valutare l'opportunità di un consolidamento della legge regionale 40/2005 mediante l'adozione di un testo normativo recante una nuova compiuta disciplina del servizio sanitario regionale. La legge quadro regionale è stata infatti sottoposta nel tempo a innumerevoli modifiche, che hanno inciso sulla qualità della stessa in termini di chiarezza normativa, organicità di disciplina e coordinamento interno.

1.5 IL RIORDINO DELLA RETE ONCOLOGICA

In attuazione dell'articolo 92, comma 2, della legge regionale 84/2015, la legge regionale 14 dicembre 2017, n. 74 attende alla riorganizzazione dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) e dell'Istituto toscano tumori (ITT), portando a compimento un percorso già avviato nel 2012 con la prima riforma di ISPO.

Nello specifico, ISPO assorbe le funzioni di ITT assumendo la denominazione di Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO). Il nuovo soggetto che ne risulta si configura come un ente del servizio sanitario regionale - retto sia da uno statuto (nuova fonte ordinamentale) sia da un regolamento di organizzazione - dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile.

Per quanto concerne gli organi del nuovo ente, accanto ai due organi già previsti dalla legge istitutiva di ISPO⁴ - direttore generale e collegio sindacale - ne è stato aggiunto un terzo, il comitato scientifico, già presente nella legge predetta e poi soppresso.

La legge definisce il nuovo assetto della rete oncologica, costituendo nell'ambito di ISPRO un nuovo specifico organismo di coordinamento della rete oncologica, articolato funzionalmente in un comitato strategico ed in un comitato tecnico.

Al contempo, viene introdotto nel sistema un nuovo strumento di programmazione settoriale, il documento di indirizzo pluriennale in ambito oncologico, con cui sono definiti gli obiettivi operativi ed i livelli di attuazione in ambito oncologico delle linee strategiche del piano sanitario e sociale integrato regionale. Il documento di indirizzo è adottato dal direttore generale su proposta del comitato strategico dell'organismo di coordinamento della rete oncologica ed è approvato con deliberazione dalla Giunta regionale.

⁴ Legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO)).

Le norme finali e transitorie imponevano la ricognizione, da concludersi entro il 31 dicembre 2017, di tutto il personale avente rapporto di lavoro dipendente e autonomo con le aziende sanitarie e impegnato nelle attività di ITT, ivi compreso quello svolgente attività di supporto psicologico “a distanza”; nonché la ricognizione di tutti i beni utilizzati da ITT e di tutti i contributi in conto esercizio finalizzati a finanziare il fabbisogno complessivo dello stesso ITT.

Dal 1° gennaio 2018 ISPRO esercita le attività già svolte da ISPO ed assume l’esercizio delle attività di ITT subentrando in tutti i rapporti di lavoro, dipendente o autonomo, compresi nella predetta ricognizione.

La scheda di legittimità evidenziava alcuni elementi di indeterminatezza del testo normativo osservando fra l’altro come la terminologia usata, evocante l’unificazione fra ISPO e ITT, fosse inconferente, non essendo ITT un ente pubblico, bensì un organismo di coordinamento e di razionalizzazione delle risorse e dell’offerta della rete oncologica toscana. Si suggeriva pertanto di configurare la fattispecie in questione come assorbimento di ITT o subentro nelle funzioni di ITT.

La scheda sottolineava inoltre come il subentro di ISPRO in tutti i rapporti di lavoro dipendente compresi nella predetta ricognizione, a far data dal 1° gennaio 2018, fosse da considerarsi legittimo solo se riferito a personale già dipendente di enti pubblici, in conformità alla costante giurisprudenza costituzionale secondo cui l’accesso ai ruoli della pubblica amministrazione mediante concorso, di cui all’articolo 97 della Costituzione, costituisce un principio inderogabile per il legislatore regionale. In particolare, occorre chiarire se anche il personale addetto alle attività di supporto psicologico, quale ricompreso nella predetta ricognizione, fosse o meno personale dipendente delle aziende sanitarie o comunque personale pubblico.

Dubbia appariva poi la possibilità di rispettare il cronoprogramma originariamente dettato per il subentro di ISPRO nelle funzioni di ISPO ed ITT, in quanto il termine fissato dalla proposta di legge per la ricognizione dei beni e del personale assegnato ad ITT (quarantacinque giorni dall’entrata in vigore della legge) sarebbe scaduto dopo il 1° gennaio 2018, ossia dopo la data prevista per tale subentro.

Su mandato della Terza Commissione è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico, composto dai competenti uffici di Giunta e Consiglio, che ha proceduto ad ampie riformulazioni del testo, con cui si tenuto conto delle osservazioni avanzate dall’Ufficio legislativo e dagli altri uffici consiliari.

1.6 IL RIORDINO DEGLI ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE

In attuazione dell'articolo 92, comma 4, della legge regionale 84/2015, la legge regionale 14 dicembre 2017, n. 75 procede al riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini in ambito sanitario, introducendo nuovi organismi partecipativi, di livello regionale e aziendale, che si aggiungono agli organismi partecipativi di livello zonale.

A livello regionale, è istituito il Consiglio dei cittadini per la salute, con funzioni consultive e propositive nelle materie attinenti alla tutela del diritto alla salute, dell'equità di accesso e della qualità e sicurezza dei servizi sanitari e socio-sanitari.

La legge istituisce inoltre i comitati aziendali di partecipazione, con funzioni di consultazione e proposta a supporto della direzione aziendale in merito alla qualità dei servizi erogati. In particolare, essi contribuiscono alla predisposizione di documenti di programmazione di ambito aziendale, svolgono attività di monitoraggio in merito al rispetto delle garanzie e degli impegni indicati dalla carta dei servizi, partecipano ai processi informativi e comunicativi tra azienda e cittadini, propongono incontri con i cittadini, per facilitare l'accesso ai servizi, il mantenimento dello stato di salute, l'informazione sulle cure e l'adeguato ricorso ai servizi.

I comitati delle aziende unità sanitarie locali assicurano inoltre il coordinamento dei comitati di partecipazione di zona-distretto.

Nelle aziende unità sanitarie locali il comitato di partecipazione di livello aziendale è composto da due rappresentanti per ciascun comitato di partecipazione di livello zonale; nelle aziende ospedaliero-universitarie così come negli enti del servizio sanitario regionale, da un membro designato da ciascuna delle associazioni rappresentative dell'utenza nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo purché non erogatori di prestazioni, che abbiano stipulato apposito protocollo d'intesa con l'azienda o ente di riferimento.

Con deliberazione della Giunta regionale è disciplinato il funzionamento del Consiglio dei cittadini e sono stabiliti gli indirizzi per il funzionamento dei comitati aziendali.

Il riordino conferma, con alcuni aggiustamenti di disciplina, il ruolo dei comitati di partecipazione di livello zonale, già previsti dalla legge regionale 40/2005. In ciascuna zona-distretto o società della salute, ove costituita, è istituito il comitato di partecipazione, composto da membri designati dalle associazioni rappresentative dell'utenza, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, operanti nella comunità locale, purché non erogatori di prestazioni e che abbiano stipulato apposito protocollo d'intesa con l'azienda o ente di riferimento. Ogni associazione designa un proprio rappresentante.

Sempre con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti gli

indirizzi per il funzionamento dei comitati di partecipazione di zona-distretto.

La legge contempla peraltro la possibilità che il comitato di partecipazione operi a livello sovra zonale qualora il numero delle associazioni sia minore di cinque.

In forza delle norme di prima applicazione il Consiglio dei cittadini per la salute e i comitati aziendali di partecipazione iniziano ad operare dall'anno 2018, e comunque non oltre la data del 30 giugno 2018; mentre i comitati di partecipazione di zona-distretto sono costituiti o si adeguano alla nuova disciplina entro il 30 marzo 2018.

La scheda di legittimità evidenziava alcuni profili di indeterminatezza della proposta di legge, in particolare riguardo alle caratteristiche dei soggetti designati a far parte dei comitati aziendali di partecipazione, al numero dei rappresentanti di ciascuna associazione all'interno di ogni comitato di livello zonale e ai presupposti per la costituzione dei comitati di partecipazione a valenza sovra zonale. Si sottolineava altresì che secondo la normativa di riferimento le associazioni di rappresentanza e tutela dell'utenza collaborano con le aziende sanitarie sulla base di accordi o protocolli, senza oneri a carico del fondo sanitario regionale.

A seguito dei rilievi degli uffici, è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico, composto dai competenti uffici del Consiglio e della Giunta, che ha provveduto ad un'ampia riscrittura del testo.

2. LE ALTRE LEGGI IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE

2.1 LE ACQUE TERMALI

La legge regionale 16 maggio 2017, n. 22, in materia di acque termali, interviene sulle disposizioni della legge regionale 38/2004⁵ che disciplinano le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione agli stabilimenti termali espungendo da tali disposizioni il richiamo a due atti statali ivi contenuto. In questo modo la normativa regionale si è adeguata ai rilievi formulati dal Governo, con cui si contestava che gli atti statali richiamati dalla fonte regionale fossero applicabili alle acque termali.

2.2 L'ACCESSO DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE SUI MEZZI DI TRASPORTO PUBBLICO

Il trasporto degli animali d'affezione sui mezzi di trasporto pubblico locale è stato sinora disciplinato in termini assai diversificati dai regolamenti delle singole aziende di trasporto. Sull'esempio di altre regioni, la legge

⁵ Legge regionale 27 luglio 2004, n. 38 (Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e dell'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali).

regionale 19 luglio 2017, n. 35 novella la legge regionale 59/2009⁶ ammettendo il libero accesso degli animali di affezione su tutti i mezzi di trasporto pubblico locale operanti nel territorio regionale ai sensi della legge regionale 42/1998⁷. Al contempo, sono definite modalità e condizioni per il trasporto dell'animale.

L'entrata in vigore delle disposizioni regolative dell'accesso degli animali sui mezzi di trasporto è stata fissata alla data del 31 marzo 2018, in linea con la tempistica prevista dai regolamenti di attuazione della legge regionale 42/1998 per gli aggiornamenti periodici delle carte dei servizi.

Il testo è stato riformulato in più punti in sede istruttoria dalla Terza Commissione alla luce delle osservazioni degli uffici e del parere secondario della Quarta Commissione. In particolare, a seguito di tale parere, l'ambito applicativo della legge, inizialmente circoscritto al solo trasporto su gomma, è stato rivisto ed esteso a tutti i mezzi di trasporto pubblico locale.

2.3 IL SERVIZIO FARMACEUTICO

La legge regionale 4 settembre 2017, n. 47, di iniziativa consiliare, interviene sui termini di apertura delle farmacie collocate nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti civili a traffico internazionale, nelle stazioni marittime, nelle aree di servizio autostradali ad alta intensità di traffico, nonché nei centri commerciali e nelle grandi strutture di vendita.

Il preambolo sottolinea che le caratteristiche delle strutture e dei luoghi summenzionati limitano fortemente le possibilità di reperimento e di eventuale adeguamento strutturale e funzionale dei locali destinati all'esercizio del servizio farmaceutico in tali ambienti da parte del soggetto titolare dell'assegnazione, e in particolare da parte dei comuni, cui spetta un diritto di prelazione fino all'anno 2022. In ragione di ciò, in queste ipotesi il termine per l'apertura della farmacia, ordinariamente pari a sei mesi, è elevato a dodici mesi decorrenti dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana del provvedimento regionale di assegnazione della sede farmaceutica.

La legge ha altresì ampliato, sempre ad un anno, il termine per l'apertura delle farmacie da trasferire per decentramento, recependo le proposte avanzate in tal senso nel corso delle consultazioni effettuate sull'atto normativo.

3. LE POLITICHE IN MATERIA DI DISABILITÀ

3.1 I PRINCIPI GENERALI IN MATERIA DI DISABILITÀ

La legge regionale 18 ottobre 2017, n. 60 detta disposizioni generali sui

⁶ Legge regionale 20 ottobre 2009, n. 59 (Norme per la tutela degli animali. Abrogazione della 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").

⁷ Legge regionale 31 luglio 1998, n. 42 (Norme per il trasporto pubblico locale).

diritti e le politiche per le persone con disabilità, ispirandosi ai principi dell'autodeterminazione, delle pari opportunità e dell'inclusione sociale.

Si tratta di una fonte normativa intersettoriale a forte valenza programmatica, che enuclea una molteplicità di obiettivi: dall'eliminazione delle barriere all'accessibilità alla maggiore autonomia possibile nella mobilità individuale; dall'utilizzo di vettori di trasporto passeggeri senza preavviso alle intese con gli enti locali per l'implementazione dei servizi di trasporto sociale; dalle azioni per rendere effettivo il diritto all'istruzione, alla formazione e al lavoro delle persone con disabilità sino alla partecipazione delle medesime alle attività culturali, ludiche e sportive.

In ambito socio-sanitario, è riaffermata la centralità del progetto di vita; sono così promossi i progetti di vita indipendente, così come è assunta quale opzione prioritaria, in attuazione di apposita mozione consiliare⁸, la permanenza della persona anziana con disabilità nell'ambiente o nella struttura nella quale vive.

Per quanto riguarda il “durante e dopo di noi”, è rinviata al piano sanitario e sociale integrato regionale la definizione degli indirizzi per l'erogazione dei finanziamenti dei programmi e degli interventi previsti dalla legge 112/2016⁹.

Il testo detta inoltre la nuova disciplina dell'accertamento della condizione sanitaria di disabilità, finora contenuta nella legge regionale 62/2009¹⁰. E' questa l'unica fonte normativa abrogata espressamente dalla legge regionale in parola.

Fra gli strumenti partecipativi emergono il Forum delle associazioni delle persone con disabilità, per il confronto sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità, e la Consulta regionale per la disabilità, composta da membri designati dal Forum, con compiti consultivi e propositivi.

La genesi dell'atto presenta una sua particolarità. Sulla base di un accordo istituzionale fra Giunta e Consiglio l'ufficio legislativo del Consiglio ha infatti svolto un'attività di supporto e consulenza già nella fase di progettazione del testo, partecipando ai lavori istruttori svoltisi presso i competenti uffici della Giunta regionale. Molte delle questioni poste dall'Ufficio legislativo sono state pertanto vagliate e risolte in via preliminare, in sede di elaborazione della

⁸ Con mozione n. 695 del 29 marzo 2017 il Consiglio regionale impegnava la Giunta regionale ad assumere le iniziative necessarie affinché nell'ambito della normativa regionale in materia sociale e socio-sanitaria, di livello legislativo o regolamentare, fosse espressamente prevista la possibilità di una ulteriore permanenza delle persone disabili nelle strutture presso le quali sono ospitate, anche dopo il raggiungimento dei sessantacinque anni di età, laddove in sede di valutazione multidisciplinare della situazione di bisogno tale ulteriore permanenza si configuri come la soluzione più appropriata rispetto alle esigenze dell'individuo.

⁹ Legge 22 giugno 2016, n. 112 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare).

¹⁰ Legge regionale 5 novembre 2009, n. 62 (Semplificazione delle procedure di accertamento sanitario della condizione di disabilità).

proposta di legge.

La scheda di legittimità osservava comunque come, pur qualificandosi quale testo unico, solo in alcuni casi il testo abroghi e sostituisca fonti normative regionali in materia di disabilità, effettuando in prevalenza dei rinvii a singole leggi settoriali. L'atto normativo esigeva inoltre di essere coordinato con la sopravvenuta normativa statale in materia di inclusione scolastica, rappresentata dal decreto legislativo 66/2017. Entrambi i profili sono stati recepiti attendendo ad idonee riformulazioni del testo.

Sull'atto sono state svolte consultazioni e audizioni con il mondo delle associazioni e con gli altri soggetti a vario titolo operanti in materia. A ciò è seguita la presentazione alla Terza Commissione di una pluralità di osservazioni al testo.

Su mandato del Presidente della Commissione è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico-politico, partecipato dai competenti uffici della Giunta e del Consiglio, che ha proceduto a varie riformulazioni tecniche del testo.

Occorre inoltre rimarcare che le norme in materia di eliminazione delle barriere architettoniche contenute nel testo originario, le quali avrebbero dovuto sostituire la disciplina dettata dalla legge regionale 47/1991¹¹, sono state soppresse mediante emendamenti approvati in Commissione.

In aula, gli emendamenti presentati sono stati respinti, o ritirati, o dichiarati decaduti.

3.2 I CONTRIBUTI ALLE PERSONE CON DISABILITA' PER ACQUISTO DI AUTOVEICOLI

In questa sede, si segnala anche la legge regionale 28 dicembre 2017, n. 81, che istituisce in via sperimentale per l'anno 2018 un fondo finalizzato alla concessione di contributi in favore delle persone con disabilità per l'acquisto di autoveicoli, nuovi adattati o usati da adattare, nonché per la modifica degli strumenti di guida e per interventi simili.

Per una compiuta disamina di questa legge si rinvia alla relazione sulle politiche per la mobilità e le infrastrutture.

¹¹ Legge regionale 9 settembre 1991, n. 47 (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche).

4. LE POLITICHE SOCIALI

4.1 L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE IN AMBITO SOCIALE

La legge regionale 4 maggio 2017, n. 21 innova la disciplina dell'accREDITamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato, come dettata dalla legge regionale 82/2009 e dal relativo regolamento di attuazione.

Fra le innovazioni più significative, vi è quella che trasferisce la competenza per l'accREDITamento delle strutture pubbliche e private dai comuni alla Regione; e quella che sottrae alla fonte regolamentare la disciplina dei requisiti specifici per l'accREDITamento e degli indicatori per l'autoverifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, rimettendo questi oggetti ad una ordinaria deliberazione della Giunta regionale.

Le innovazioni procedurali sono argomentate con la necessità che i due percorsi di accREDITamento, sanitario da una parte e sociale e socio-sanitario dall'altra, siano resi uniformi e gradualmente ricondotti ad un unico sistema: questa esigenza di uniformazione non si estende ai servizi di assistenza domiciliare e agli altri servizi alla persona, che rimangono in capo ai comuni, secondo principi di sussidiarietà orizzontale.

In parallelo con quanto statuito dalla legge regionale 51/2009, è prevista la istituzione di un apposito gruppo tecnico regionale di valutazione di cui si avvale la Giunta regionale ai fini dell'effettuazione dei controlli sulle strutture del sistema sociale integrato.

Inoltre, viene modificato l'articolo 40 della stessa legge regionale 51/2009, articolando la Commissione regionale per la qualità e la sicurezza in due sezioni, una per l'accREDITamento sanitario e l'altra per l'accREDITamento sociale integrato.

Infine, le norme transitorie disciplinano l'adeguamento alla nuova disciplina da parte delle strutture e dei servizi già accREDITati.

La scheda di legittimità rilevava in particolare la non conformità allo Statuto della proposta di legge nella parte in cui rimetteva ad una ordinaria deliberazione giuntale la disciplina dei requisiti generali d'accREDITamento, avente un chiaro contenuto normativo. Ciò in quanto ai sensi dell'articolo 39 dello Statuto le fonti normative regionali sono unicamente - oltre allo stesso Statuto - le leggi e i regolamenti.

Su mandato della Commissione, il testo iniziale è stato ampiamente riformulato da un gruppo di lavoro tecnico Giunta-Consiglio, alla luce delle osservazioni degli uffici.

4.2 L'IMPUGNATIVA GOVERNATIVA

Sulla legge regionale 21/2017 è pendente ricorso del Governo dinanzi alla Corte costituzionale. Lo Stato contesta la legittimità dell'atto in parola nella

parte in cui si applica anche all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie. Sotto questo profilo la fonte normativa regionale violerebbe un principio fondamentale in materia di tutela della salute contenuto nel decreto legislativo 502/1992¹², in ragione del quale le strutture socio-sanitarie sarebbero sottoposte al medesimo regime di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali delle strutture sanitarie.

La legge viene contestata anche nella parte in cui non indica il termine ultimo di durata dell'accreditamento; ciò in particolare contrasterebbe con l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, in tema di revisione della normativa dell'accreditamento, secondo cui i termini di validità dell'accreditamento istituzionale rilasciato non devono superare il quinquennio.

In questa sede, preme evidenziare che le eccezioni sollevate dallo Stato investono non solo e non tanto la legge regionale 21/2017, quanto piuttosto la disciplina dell'accreditamento delle strutture socio-sanitarie quale definita dalla legge regionale 82/2009. Sin dalla sua entrata in vigore quest'ultima legge regionale ha infatti sottoposto le strutture socio-sanitarie allo stesso regime di accreditamento delle strutture operanti in ambito sociale.

5. LE LEGGI TRASVERSALI

5.1 LA LEGGE DI MANUTENZIONE

Meritano un cenno, con riferimento alle tematiche sanitarie e sociali, alcune norme contenute nella legge regionale 12 dicembre 2017, n. 70 (Legge di manutenzione dell'ordinamento regionale 2017).

Una prima norma, modificativa della legge regionale 35/2003¹³, prevede che le certificazioni di idoneità sportiva non agonistica sono rilasciabili solo nell'ambito delle strutture ambulatoriali autorizzate. Analoga competenza certificativa non è riconosciuta agli studi professionali, sulla base di una autonoma scelta di politica legislativa regionale, in assenza di vincoli statali.

Una seconda norma stabilisce il termine di validità dell'accreditamento istituzionale nell'ambito del sistema sociale integrato, per superare uno dei rilievi di legittimità formulati nel ricorso governativo contro la legge regionale 21/2017, come sopra illustrato.

Viene poi introdotto nella legge regionale 40/2005, a seguito di un emendamento dell'aula, un meccanismo di mobilità dei direttori generali delle aziende sanitarie, in ragione del quale in pendenza del contratto, per motivate esigenze organizzative e gestionali, e ad invarianza di retribuzione, il direttore generale può essere nominato presso altra azienda nello stesso ruolo o presso un'area vasta nel ruolo di direttore della programmazione di area vasta.

¹² Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

¹³ Legge regionale 9 luglio 2003, n. 35 (Tutela sanitaria dello sport).

5.2 LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE

Concludiamo con l'accenno ad un'altra legge trasversale, la legge regionale 27 dicembre 2017, n. 80, recante disposizioni in materia di programmazione settoriale.

Nel novellare la legge regionale 31/2000¹⁴, l'atto in questione mantiene fermo il principio secondo cui le attività di comune interesse della Regione e dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, a sostegno dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie, sono stabilite mediante la stipula di accordi di collaborazione.

Siffatta previsione, quale contenuta nella proposta di legge giuntale, risultava incompatibile con una coeva proposta di legge di iniziativa consiliare assegnata alla Terza Commissione, volta a demandare la definizione delle predette attività di comune interesse ad un piano annuale di attività redatto dall'Istituto, e sostitutivo della fonte pattizia.

La concomitanza di due iniziative legislative fra loro non conciliabili sotto questo profilo è stata risolta con l'approvazione della proposta di legge di iniziativa della Giunta regionale e il rinvio della discussione sulla proposta di legge di iniziativa consiliare.

¹⁴ Legge regionale 20 marzo 2000, n. 31 (Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza).