

POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

REDATTORE: Cesare Belmonte

1. PREMESSA

Il nucleo centrale della produzione normativa socio-sanitaria del 2014 è costituito da una serie di interventi normativi finalizzati ad assicurare l'attuazione di politiche della Regione che perseguono il riassetto dei modelli organizzativi e produttivi del sistema sanitario e socio-sanitario. Lo stesso documento di programmazione economica e finanziaria (DPEF) per l'esercizio 2014 impegnava la Giunta regionale a presentare nuove proposte per la riorganizzazione degli enti del sistema sanitario regionale, nonché per la revisione del modello organizzativo dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Nel descrivere le leggi approvate in questa annualità va subito precisato che siamo in presenza di un quadro normativo in piena evoluzione, che potrebbe presto sfociare in una complessiva revisione del modello ordinamentale. In particolare, è pendente presso il Consiglio regionale una proposta di legge di iniziativa della Giunta regionale (proposta di legge n. 396) che mira ad avviare un processo di riorganizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale, prevedendo fra l'altro l'accorpamento delle attuali dodici aziende unità sanitarie locali in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta (azienda USL Toscana centro, azienda USL Toscana nord-ovest, azienda USL Toscana sud-est).

2. LA RIFORMA DEI SERVIZI DI SUPPORTO TECNICO-AMMINISTRATIVI

Con la legge regionale 23 maggio 2014, n. 26 (Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 40/2005, alla l.r. 51/2009, alla l.r. 85/2009 ed alla l.r. 81/2012) viene riscritto completamente il capo IV del titolo VII della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), sopprimendo gli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) e sostituendoli con un unico Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR), in continuità con il dettato della legge finanziaria per l'anno 2012, e in linea con due atti di indirizzo assunti nel 2011 dal Consiglio regionale.

L'ESTAR è istituito a decorrere dal 1° ottobre 2014 ed ha la medesima natura giuridica degli ESTAV, configurandosi come un ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile.

La legge disegna a grandi linee l'organizzazione dell'ente, che si compone di strutture di livello regionale e di strutture di area vasta. In particolare, viene stabilito il principio per cui non può essere costituito più di un dipartimento di livello regionale per ciascuna delle funzioni istituzionali.

Le funzioni del nuovo ente, pur non discostandosi molto da quelle degli ESTAV, sono state in parte riformulate. Le novità più significative riguardano la soppressione della funzione relativa all'organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale e la previsione di una funzione concernente le procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio delle aziende sanitarie.

Quanto all'acquisto di beni e servizi, l'articolato enuncia i criteri orientanti tale attività, rinvenibili: nell'esigenza che la programmazione degli approvvigionamenti avvenga in sintonia con quella dei fabbisogni aziendali; nell'esigenza che la programmazione dell'attività contrattuale garantisca livelli regionali di aggregazione del fabbisogno; nella configurazione del livello regionale quale dimensione ordinaria delle procedure di gara, e nel temperamento di questo principio mediante la disposizione che consente all'ESTAR di individuare un più ristretto ambito territoriale per lo svolgimento di gare inerenti l'affidamento di servizi o l'acquisto di beni diversi dai farmaci, dai dispositivi medici e dai beni economici.

Le norme relative alle procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale vengono parzialmente innovate, consentendo alle aziende sanitarie di tutta la Regione di attingere alle graduatorie concorsuali di area vasta.

La legge conferma il testo vigente in riferimento alle competenze del direttore generale dell'ESTAR. Il consiglio direttivo dell'ESTAR, ora composto da tutti i direttori generali delle aziende sanitarie toscane, mantiene le funzioni sinora svolte dai consigli direttivi degli ESTAV, e al contempo ne acquisisce una nuova, consistente nell'esprimere parere - oltreché sugli atti di bilancio e i regolamenti dell'ente - anche sugli altri atti di gestione che saranno individuati con deliberazione della Giunta regionale.

La disciplina dell'ESTAR è completata da talune disposizioni transitorie che regolano il passaggio dagli attuali tre enti all'ente unico. In particolare, le norme transitorie scandiscono i tempi per la nomina degli organi del nuovo ente, individuano gli adempimenti necessari del direttore generale e prevedono una temporanea gestione commissariale degli ESTAV, che comprende la ricognizione dei rapporti attivi e passivi, della consistenza del patrimonio immobiliare e dei rapporti di lavoro in essere presso gli ESTAV medesimi.

La proposta è rimasta ferma in commissione per diversi mesi, attesa l'esigenza di approfondimenti tecnici e politici. Il testo originario è stato ampiamente riformulato da un gruppo di lavoro tecnico Giunta-Consiglio, sulla base delle indicazioni della Commissione e alla luce di quanto emerso durante le consultazioni dei soggetti interessati.

3. IL RIORDINO DEL SISTEMA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIO

Le numerose normative nazionali sopravvenute in tema di consorzi di funzioni fra enti locali e di obbligo della gestione associata delle funzioni fondamentali dei comuni, sino alla legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province sulle unioni e fusioni di comuni), unitamente alle più recenti pronunce giurisprudenziali (vedasi la sentenza della Corte Costituzionale n. 236 del 2013) hanno indotto il legislatore regionale ad intervenire sul sistema territoriale di salute, e in particolare sul sistema di integrazione dei servizi socio sanitari, sinora incentrato sul modello consortile delle società della salute (SdS), con una revisione complessiva del sistema della “governance” territoriale.

La nuova disciplina dell’integrazione socio-sanitaria e della programmazione territoriale è quella risultante dal combinato della legge regionale 29 luglio 2014, n. 44 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”) e della legge regionale 30 luglio 2014, n. 45 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”).

Queste due fonti normative, entrambe di origine consiliare, omogenee e strettamente correlate fra loro, non sopprimono, né trasformano radicalmente le SdS, ma introducono un elemento di razionalizzazione nel loro concreto funzionamento, indicando nel contempo un modello alternativo per la gestione integrata dei servizi sanitari e sociali, offerti rispettivamente dai comuni e dalle aziende unità sanitarie locali.

Le nuove disposizioni in materia di SdS (nuovi articoli 71 novies decies e 71 vicies della legge regionale 40/2005) prevedono che quest’ultime possano continuare ad operare a condizione che assicurino al 31 dicembre 2014, o si impegnino ad assicurare entro il 31 marzo 2015, la gestione unitaria, anche in forma indiretta, delle funzioni riguardanti l’alta integrazione socio-sanitaria e il cosiddetto sociale “puro”.

Se queste condizioni non sussistono al 31 dicembre 2014 e non dovessero neppure sussistere al 31 marzo 2015 per quelle SdS che hanno comunicato di volersi impegnare in tal senso, si avvia la procedura di scioglimento, analiticamente disciplinata dal nuovo articolo 71 vicies della legge regionale 40/2005, recante disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute. Lo scioglimento può avvenire in tre modi: o mediante le procedure previste dagli statuti, o su iniziativa dell’assemblea della stessa SdS, che vi provvede con una deliberazione assunta all’unanimità entro il 31 marzo 2015, oppure di diritto, in caso di inerzia protrattasi fino alla predetta data del 31 marzo 2015.

Al contempo, viene definito un modello alternativo di gestione socio-sanitaria integrata, fondato su quattro elementi: la revisione dell'assetto della conferenza aziendale; un nuovo strumento di programmazione aziendale; un nuovo strumento di programmazione zonale; un nuovo strumento di raccordo fra comuni e azienda.

In primo luogo, la composizione della conferenza aziendale dei sindaci viene ridefinita prevedendo che ne entri a far parte organicamente il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. All'interno della conferenza il peso del direttore generale e dei comuni è determinato attribuendo al primo una quota di partecipazione pari al 34 per cento del totale dei voti e ai secondi una quota di partecipazione pari al restante 66 per cento, ripartita fra i comuni in proporzione alla popolazione residente.

In secondo luogo, viene introdotto un nuovo strumento di programmazione sociosanitaria a livello aziendale, ovvero il nuovo Piano Integrato di Salute (PIS). Il PIS, articolato a livello di zona-distretto, è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali.

In terzo luogo con la legge regionale 45/2014 viene introdotto un nuovo strumento di programmazione, il Piano di inclusione zonale (PIZ) che determina, con riferimento alla funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni e in conformità con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, le attività da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale e gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali definendo i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale; i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio; i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario; i servizi a carattere residenziale per le fragilità; le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale; le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale.

In quarto luogo, il nuovo articolo 70 bis della legge regionale 40/2005 introduce, nelle zone in cui non sono costituite le SdS, l'obbligo, a carico dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali di stipulare la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria. La convenzione, che ha ad oggetto l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria, può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2, della legge regionale 41/2005 (quelle attinenti al cosiddetto sociale puro) da parte dei comuni presenti nella zona-distretto, compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni, ai sensi dell'articolo 14 del decreto legge 78/2010).

Come già accennato, le due leggi di riforma dettano la nuova disciplina della "governance" territoriale rivedendo il sistema delle conferenze, nei termini che di seguito si accennano.

La conferenza regionale dei sindaci (che soppianta la conferenza regionale delle società della salute) è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

La conferenza dei sindaci di area vasta (organismo di nuova istituzione) organizza e coordina le relazioni tra i comuni e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, ivi comprese le aziende ospedaliere universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale.

La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni oppure, nel caso delle unioni di comuni, dai presidenti delle unioni ricomprese nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della legge regionale 41/2005 e dal direttore generale della azienda sanitaria di riferimento. La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992 e approva il Piano integrato di salute (PIS).

In ciascuna delle zone-distretto è istituita la conferenza zonale dei sindaci, cui partecipano tutti i sindaci dell'ambito territoriale o i presidenti delle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, ovvero chi, ai sensi della normativa nazionale, ricopre temporaneamente la carica di sindaco.

La Conferenza zonale dei sindaci approva il Piano di inclusione zonale (PIZ).

La scheda di legittimità formulava su entrambe le iniziative legislative una serie di osservazioni attinenti alla conformità dell'atto rispetto ai principi della normativa statale, alla sua coerenza interna, alla precisione e univocità delle singole disposizioni.

Un elemento di perplessità riguardava la composizione della conferenza aziendale dei sindaci. Nello specifico, la presenza del direttore generale dell'azienda sanitaria fra i membri dell'organismo poteva risultare non conforme al dettato della normativa statale, che attribuisce alla conferenza dei sindaci funzioni di indirizzo e controllo sull'azienda USL, e non contempla alcuna rappresentanza dell'azienda sanitaria all'interno di questo organismo. La questione deve intendersi risolta, posto che le due leggi in questione hanno entrambe superato il vaglio governativo.

Il testo normativo originario disponeva inoltre la partecipazione all'organismo da parte dell'unione di comuni in ragione del mero fatto della presenza della stessa sul territorio dell'azienda sanitaria, prescindendo da qualsivoglia valutazione in ordine alle tipologie di funzioni esercitate in forma associata tramite l'unione. In altri termini, la rappresentanza dell'unione si configurava come sostitutiva di quella del singolo comune anche in quei casi in

cui vi sia unione ma questa non ricomprenda l'esercizio associato della generalità o della maggior parte delle funzioni fondamentali dell'ente locale. A seguito di questo rilievo il testo è stato riformulato prevedendo, come già accennato, che l'unione partecipi alla conferenza aziendale dei sindaci solo laddove l'unione medesima eserciti - in forma associata - la funzione fondamentale sociale.

Giova inoltre segnalare come, alla luce di varie criticità evidenziate dagli uffici, su iniziativa della Quarta Commissione sia stato costituito un gruppo di lavoro misto, costituito dai consiglieri proponenti e dai competenti uffici della Giunta e del Consiglio, che ha provveduto ad un'ampia rielaborazione dei due articolati.

In relazione alla tematica dell'integrazione socio-sanitaria, per completezza d'esposizione si ritiene opportuno menzionare anche la proposta di legge 393. L'atto, di iniziativa consiliare, è stato esaminato direttamente dall'Aula ma non si è perfezionato per mancanza del numero legale al momento della votazione finale. Il testo interveniva a prorogare il termine entro il quale negli ambiti territoriali in cui non insistono società della salute l'esercizio dell'integrazione socio-sanitaria deve essere attuato attraverso apposita convenzione stipulata da tutti i comuni della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale. La norma vigente fissa al 31 dicembre il termine per la trasmissione delle convenzioni alla Giunta regionale. Con l'atto in esame tale termine veniva prorogato al 30 giugno 2015, in considerazione delle difficoltà segnalate dai territori nella elaborazione delle convenzioni.

4. ALTRE LEGGI SETTORIALI

La legge regionale 25 luglio 2014, n. 42 ratifica l'intesa tra la Regione Lazio e la Regione Toscana per il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana. La legge di riordino è sostanzialmente applicativa del decreto legislativo 106/2012 che disciplina la riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, inclusi gli istituti zooprofilattici sperimentali, imponendo alle Regioni di adeguare l'assetto organizzativo e gestionale degli istituti ai principi fissati dal decreto legislativo stesso.

La scheda di legittimità sottolineava che le leggi di ratifica, quale quella in questione, si configurano come leggi formali con un contenuto predeterminato dall'esecutivo e non emendabile, salvo il potere consigliare di eventuale diniego dell'approvazione. Per contro, la proposta di legge riportava in allegato un mero schema di intesa. Su indicazione dell'Ufficio legislativo, prima dell'espressione del parere sulla proposta di legge la Quarta Commissione ha acquisito, in luogo dello schema, l'intesa già sottoscritta.

La legge regionale 16 dicembre 2014, n. 78 interviene, con finalità di adeguamento tecnico e manutentive, sulla legge regionale 2 agosto 2013, n. 45

(Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale) modificando quest'ultima nella parte dedicata alle famiglie in difficoltà.

In primo luogo, viene innalzata la soglia ISEE ad euro 29.999,00, per permettere ad un maggior numero di famiglie che si trovano in difficoltà economica di accedere ai contributi finanziari stabiliti dalla legge regionale 45/2013 a favore di famiglie con figli nuovi nati o adottati, di famiglie numerose, di famiglie con disabili.

Al contempo, al fine di rimuovere alcune criticità riscontratesi in sede attuativa, si provvede ad una parziale rimodulazione degli interventi relativi all'anno 2015, ossia all'ultimo anno di operatività della legge regionale 45/2013, prevedendo che il contributo per disabili (prima limitato ai figli disabili) può essere richiesto anche nei casi di assenza dei genitori da parte di chi convive col disabile avendolo a carico anche fiscalmente; equiparando il padre alla madre ai fini della richiesta del contributo per i figli nuovi nati o adottati; disponendo che tutti i membri del nucleo familiare, esclusi i figli, (quindi non solo il richiedente i contributi come in precedenza) devono essere residenti in Toscana, ad evitare destinazioni improprie dei contributi. Il requisito della residenzialità è stato peraltro ulteriormente innovato dalla legge regionale 29 dicembre 2014, n. 86 (Legge finanziaria per l'anno 2015) richiedendo un periodo di residenza in Toscana almeno quinquennale in strutture non occupate abusivamente.

Infine, è data ai comuni la facoltà di tener conto del contributo regionale quando erogano provvidenze economiche di propria competenza elargite allo stesso titolo, onde evitare eventuali sovrapposizioni assistenziali rispetto a disposizioni o misure locali similari.

A sua volta, la legge regionale 23 dicembre 2014, n. 84 modifica la disciplina regionale in materia di piscine ad uso natatorio, quale dettata dalla legge regionale 9 marzo 2006, n. 8 (Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio).

Nello specifico, la legge introduce disposizioni specifiche per le piscine riconducibili alla fattispecie delle strutture private ad uso collettivo al fine di rimuovere una serie di difficoltà incontrate dai gestori delle medesime nell'adeguamento alla disciplina risultante dal combinato disposto della legge regionale 8/2006 e del relativo regolamento di attuazione.

Riguardo a questa tipologia di piscine sono state introdotte misure semplificate che derogano alla disciplina generale rimettendo sotto vari aspetti alle procedure di autocontrollo autonomamente adottate dai titolari degli impianti la definizione delle concrete modalità di gestione delle piscine.

Alla luce dei rilievi della scheda di legittimità è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico-politico che ha atteso ad una ampia revisione del testo, allo scopo di evitare soluzioni normative che si ponessero in contrasto con l'Accordo Stato - Regioni del 16 gennaio 2013 in materia di piscine, giacché tale accordo

non ha solo natura politica, ma è anche giuridicamente vincolante nei suoli allegati, che si configurano come integrativi dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario.

In Aula sono stati approvati degli emendamenti che hanno radicalmente innovato la disciplina concernente la facoltà riconosciuta ai titolari degli impianti in esercizio di conseguire deroghe definitive rispetto ai requisiti tecnici e strutturali richiesti in termini generali dalla legge e dal regolamento. Le deroghe erano sinora rilasciabili secondo un criterio predeterminato dalla legge, consistente nella impossibilità tecnica di adeguamento ai requisiti normativamente prescritti. Tale criterio è stato soppresso rinviando l'individuazione dei criteri per il rilascio delle deroghe a successive linee guida della Giunta regionale, slegate da specifici vincoli di legge. Sempre in Aula, è stato approvato un emendamento che rimette al regolamento di attuazione della legge regionale 8/2006 l'individuazione dei casi in cui l'adempimento alle prescrizioni impartite in sede di vigilanza dalle aziende sanitarie esclude l'applicazione del regime sanzionatorio dettato dalla medesima legge regionale 8/2006.

Il quadro si completa con altri due interventi legislativi che incidono su leggi settoriali che avevano evidenziato criticità in sede applicativa.

La legge regionale 23 dicembre 2014, n. 85, di iniziativa consiliare, nasce dall'esigenza di dare una risposta ad alcune problematiche sorte durante il primo periodo di vigenza della legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 (Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia) e che attengono, sostanzialmente, al suo ambito applicativo.

Il testo è stato oggetto di una fase di confronto tecnico preliminare fra i competenti uffici del Consiglio e della Giunta regionale.

Nello specifico, la legge interviene sulle definizioni, sopprimendo quelle di sala da gioco e di apparecchi per il gioco lecito e al contempo introducendo una definizione più ampia di spazio per il gioco, sganciata dal riferimento agli esercizi pubblici e commerciali.

Nella nuova versione spazio per il gioco è qualsiasi luogo pubblico o aperto al pubblico in cui siano presenti e accessibili gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza), ovvero le cosiddette newslot e le videolotterie.

In questo modo vengono esclusi dall'ambito applicativo della legge regionale gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 7 del regio decreto 773/1931, ovvero gli apparecchi che non comportano vincita in danaro e che quindi non sono riconducibili al fenomeno della ludopatia. Si tratta di una categoria assai composita, nella quale rientrano sia alcuni oggetti a basso impatto sociale (come gli apparecchi che distribuiscono premi consistenti in piccola oggettistica), sia altri che pur destando notevoli preoccupazioni anche sotto il

profilo della dipendenza non costituiscono gioco d'azzardo patologico (come i videogiochi).

L'ambito applicativo della legge è altresì esteso, a seguito dell'approvazione di un emendamento d'Aula, ai centri di scommesse, intesi come le strutture nelle quali si esercita in via esclusiva la raccolta delle scommesse, a prescindere dall'eventuale presenza di apparecchi da gioco quali le newslot e le video lotterie.

Al contempo, viene innovata anche la norma che impone il rispetto di distanze minime dai luoghi sensibili, modificando il sistema di misurazione della distanza minima stabilita per l'apertura di centri scommesse e spazi per il gioco. In concreto, l'unità di misura della distanza non è più il "raggio", verificatosi di difficile applicazione, ma "il percorso pedonale più breve" come già previsto nella normativa di altre Regioni.

Si segnala infine che in termini di sostanziale contestualità con l'intervento normativo ora descritto la legge regionale 57/2013 è stata modificata anche dalla già citata legge finanziaria per l'anno 2015, sopprimendo i contributi per la rimozione degli apparecchi da gioco e agendo sul regime IRAP, mediante specifici sgravi in caso di rimozione e maggiorazioni per gli esercizi in cui vi sia offerta di tali apparecchi.

Quanto alla legge regionale 30 dicembre 2014, n. 89, di iniziativa consiliare e trattata direttamente dall'Aula, essa introduce alcune modifiche alla legge regionale 8 maggio 2013, n. 22 (Diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva).

Una prima disposizione sopprime la norma che poneva a carico dei gestori l'obbligo di dotazione dei defibrillatori. Lo scopo di questa disposizione è quello di coordinare la normativa regionale con le linee guida ministeriali adottate con d.m. 24 aprile 2013, che pongono, invece, a carico delle società sportive l'obbligo di dotazione dei defibrillatori semiautomatici esterni. In pratica, saranno i gestori degli impianti e le società sportive a accordarsi, come del resto prevedono le stesse linee guida su come ripartire gli oneri per l'acquisto e la manutenzione dei defibrillatori.

Una seconda disposizione sopprime la norma che rinviava al regolamento attuativo anche la definizione delle modalità e i tempi per l'organizzazione dei corsi di formazione. La soppressione della norma è sintomatica delle difficoltà riscontratesi in sede applicativa nell'assicurare la più ampia formazione degli operatori prima del 1° gennaio 2015, scadenza prevista per l'operatività dell'obbligo di dotazione dei defibrillatori.

Una terza disposizione infine proroga al 1° ottobre 2015, proprio in ragione di simili difficoltà, il termine a decorrere dal quale diviene operativo il suddetto obbligo di dotazione.

5. POLITICHE SANITARIE CONCORRENTI CON ALTRE POLITICHE REGIONALI

La legge regionale 1° ottobre 2014, n. 578 (Riconoscimento del ruolo sociale e culturale delle Società di Mutuo Soccorso ed interventi a tutela del loro patrimonio) è di iniziativa consiliare, è stata sottoposta a consultazioni ed è stata esaminata in modo congiunto dalle Commissioni Quarta e Quinta.

Nel rinviare la puntuale esamina della legge alla parte del rapporto relativa all'attività della Quinta Commissione consiliare, si segnala come nella scheda di legittimità venisse ravvisata l'esigenza di chiarire se l'originaria previsione normativa, statuente la concessione di contributi alle società di mutuo soccorso (SMS) "per la diffusione di nuove attività nell'assistenza e nella protezione sociale integrativa", alludesse ad un conferimento di risorse a valere sui fondi integrativi già costituiti o da costituirsi da parte delle SMS.

Una norma siffatta si sarebbe verosimilmente posta in conflitto con l'articolo 9 del decreto legislativo 502/1992, ai sensi del quale l'ambito di applicazione dei fondi integrativi ricomprende una pluralità di prestazioni socio sanitarie i cui oneri non sono coperti dal Sistema Sanitario Nazionale e regionale, trattandosi o di prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza (LEA) o di prestazioni comprese nei LEA, ma considerate con esclusivo riferimento alla sola quota posta a carico dell'assistito.

Questo profilo di criticità normativa è stato poi radicalmente superato atteso che nel corso dei lavori consiliari tale previsione normativa è stata soppressa.