

Il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria

di Giampiero Cilione

Sommario

1. *Premessa: la costante ricerca dell'assetto delle competenze in materia sanitaria.* – **2.** *Il risultato di due deleghe per la regionalizzazione: la "ricentralizzazione" della sanità.* – **3.** *Lo scenario aperto dalla legge costituzionale n. 3 del 2001: possibili ed auspicabili evoluzioni del sistema.*

1. Premessa: la costante ricerca dell'assetto delle competenze in materia sanitaria

Sin da prima dell'approvazione delle legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, e fino ai più recenti decreti di riordino e razionalizzazione della materia, l'ordinamento dei servizi sanitari ha assistito sovente al mutamento della distribuzione delle competenze istituzionali per mezzo delle quali assicurare le funzioni ed i compiti rivolti alla tutela della salute degli individui e della collettività.

Una volta che l'assunzione del servizio pubblico sanitario viene assicurato per legge attraverso le disposizioni contenute nella legge 833/78 e le Province vengono a perdere le competenze nel settore, la ricerca del legislatore del riferimento istituzionale da privilegiare nell'organizzazione e l'erogazione dei servizi investe così, con alterne fortune e differenti regolazioni dell'intensità dell'attribuzione, i Comuni, le Regioni, lo Stato stesso, in un percorso che rispecchia – nei diversi momenti storici – l'affermazione della legittimazione dei rispettivi Enti territoriali nelle sedi politico-istituzionali e presso l'elettorato di riferimento.

Se il superamento infatti del disegno della legge n. 833/78,

comporta, con il riordino del 1992/1993, l'estromissione degli Enti locali dall'organizzazione della sanità pubblica e l'attribuzione alle Regioni delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (*ex art. 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, coerentemente a quanto disposto nell'art. 117 della Costituzione allora vigente*), ecco quindi che con la razionalizzazione del 1998/1999, la "regionalizzazione" della sfera sanitaria si accompagna ad un riequilibrio delle competenze ed al reingresso in funzioni istituzionali rilevanti dei Comuni, che nel frattempo, grazie alla legge sull'elezione diretta dei sindaci, hanno riacquisito potere e visibilità e reclamano un ruolo formale e stabile di espressione della domanda sociale delle esigenze dei propri cittadini e di governo degli indirizzi nella sanità ⁽¹⁾.

Lo stesso può dirsi in relazione al fenomeno di "domanda federalista" (o meglio, regionalista) che investe, in generale, l'ordinamento territoriale della Repubblica negli ultimi anni della nostra vita politico-istituzionale, e che vede appunto le Regioni come i destinatari principali dei progetti di riforma, con ricadute evidenti e specifiche nel settore dell'assistenza sanitaria, da sempre uno dei più esposti – se non il più esposto – al processo di redistribuzione e decentramento delle funzioni istituzionali.

La fase del periodo 1998/2001, che va dalle riforme "Bassanini" sino alla riforma del titolo V, parte seconda, della Costituzione, ed alle sue ipotizzabili attuazioni, non è che l'ultimo atto di questa ricerca costante, ma anche ambigua, dell'assetto e degli equilibri organizzativi che concorrono ad assicurare, nel nostro Paese, il diritto alla salute; di tale fase, e delle sue possibili evoluzioni, proverà a tracciare un quadro sintetico, ma al contempo critico, questo breve contributo ⁽²⁾.

(1) Cfr. L. VANDELLI, Introduzione a *La razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: novità e prospettive*, in *Sanità Pubblica*, 1999, n. 2, p. 159.

(2) Si rinvia pertanto per una più ampia e puntuale illustrazione degli aspetti specifici del decentramento ai commenti già ampiamente apparsi sulla razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e sul decreto n. 112/98, nonché sulle loro connessioni, ed

2. Il risultato di due deleghe per la regionalizzazione: la "ri-centralizzazione" della sanità

Il trasferimento delle funzioni e dei compiti dall'Amministrazione statale a favore delle Regioni nel periodo preso in esame viene disciplinato fondamentalmente attraverso il decreto delegato n. 112 del 1998 e la riforma cosiddetta "Bindi" del Servizio sanitario nazionale, contenuta nel decreto legislativo n. 229 del 1999, atti non sempre in coerenza tra loro e soprattutto spesso dissonanti con i mandati di "regionalizzazione" del sistema conferitigli dalle rispettive leggi delega e con le tendenze istituzionali di attribuzione di un ruolo effettivamente sussidiario del centro.

Per entrambi, peraltro, le indicazioni formulate sono state e risultano tuttora condizionate dalla strutturazione "a cascata" dei provvedimenti, che hanno previsto l'emanazione di successivi atti statali (ma anche di leggi regionali per il successivo conferimento di funzioni dalle Regioni agli Enti locali) volti a mandare a regime le opzioni contenute nelle norme di rango primario e che ne hanno condizionato l'operatività, frammentando la portata delle intuizioni iniziali dalle quali muovevano le rispettive riforme.

A distanza di quattro anni ormai dall'avvio delle deleghe di decentramento e razionalizzazione, è possibile pertanto tracciare un primo bilancio degli obiettivi conseguiti dalle riforme e tentare di individuarne i problemi, evidenziando i punti nevralgici sui quali occorre imprescindibilmente ritornare, per conferire da un lato un maggior coordinamento sostanziale tra la disciplina di settore ed i criteri ispiratori delle normative di carattere generale, e per superare dall'altro quelle "resistenze" che hanno portato a comprimere la valorizzazione piena del ruolo regionale e

in particolare a G. CARPANI, *Rapporti tra ministero della sanità, regioni ed agenzia per i servizi sanitari nella legge delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime riflessioni generali*, in *Sanità Pubblica*, 1999, n. 2, p. 197 e ss. e, dello stesso Autore, il commento all'articolo 2 ne *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, a cura di F. ROVERSI MONACO, Rimini, 2000, p. 57 e ss.

l'ingresso del principio di sussidiarietà verticale nell'ordinamento della sanità pubblica.

E difatti, il consistente trasferimento di funzioni e dei compiti che doveva avvenire per effetto del d.lgs. 112/98, si colora di diversa luce all'emanazione del d.P.C.M. previsto in via generale per la concreta individuazione delle funzioni e dei compiti conferiti e delle relative risorse da attribuire al livello regionale.

Già il decreto legislativo, negli articoli 112 e seguenti, conteneva una serie di disposizioni che, nel far salvi i riparti di competenze in determinate materie (art. 112, comma 3), nell'escludere dalla propria portata applicativa alcuni settori (sempre l'art. 112, al comma 2), nel precisare la portata dei conferimenti (art. 114) e, infine, soprattutto nel conservare allo Stato una nutrita e cospicua serie di compiti e funzioni amministrative (artt. 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125 e 126), mantenendo in vita le strutture nazionali afferenti al Ministero (art. 127), non sembrava in realtà granché scalfire il sistema disegnato nel tempo dalle leggi, generali come di settore, già intervenute, operando piuttosto una più puntuale definizione dell'assetto esistente e respingendo le richieste innovative che le Regioni avevano formulato durante la discussione dello schema del decreto ⁽³⁾.

Ma è con il d.P.C.M. 26 maggio del 2000 ⁽⁴⁾, avente ad oggetto la ricognizione delle funzioni e dei compiti in tema di salute umana e veterinaria effettivamente conferiti *ex novo* alle Regioni, per il cui esercizio venivano pertanto individuate le risorse finanziarie, umane, strumentali ed organizzative all'uopo necessarie, che una tale sensazione trova fedele conferma, in quanto le funzioni che "passano" di livello istituzionale costituiscono complessivamente un elenco a contenuto minimo ed essenziale, nel quale vengono per lo più ricompresi compiti di carattere tecnico da assolvere in relazione a materie già in parte trasferite alla competenza regionale o locale e quindi connesse

(3) F. PALUMBO, nel *Commento al decreto legislativo 112/98*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 1998, n. 4, p. 631 e ss.; ma vedi anche C. BOTTARI e altri, in *Lo Stato autonomista*, a cura di G. FALCON, Bologna, 1998.

(4) In *G.U.* 11 ottobre 2000, n. 328.

con altre funzioni già da tempo esercitate, che vengono così integrate o completate.

L'unica eccezione sembra essere costituita dalle concessione degli indennizzi a favore di soggetti danneggiati a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni o somministrazioni di emoderivati di cui alla legge n. 210 del 1992, anch'essa peraltro afflitta, nel concreto esercizio della funzione, dai vincoli procedurali comunque imposti dalla normativa nazionale vigente (sia dalla stessa legge 210/92 che dal d.lgs. 112/98) e dalla scarsità delle risorse appositamente destinate.

Non tutte le Regioni sono poi intervenute a disciplinare con proprie leggi la individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale ed il conferimento delle altre funzioni e compiti al livello locale; l'economia del presente lavoro non consente di entrare nel merito delle singole disposizioni regionali a tal fine approvate, ancorché sia agevole verificare che la normativa intervenuta ⁽⁵⁾, oltre a disciplinare gli organismi di raccordo tra Regioni ed Enti locali, abbia per lo più confermato e precisato anch'essa un assetto preesistente alle riforme, riservando espressamente alle Regioni alcune funzioni di carattere generale connesse alla programmazione ed al ruolo loro attribuito dalle riforme di settore, mentre ai Comuni sono pervenute competenze di tipo autorizzativo e/o di vigilanza coerenti con la conferma del Sindaco quale autorità sanitaria locale ed alle Aziende USL compiti e funzioni di tipo tecnico-sanitario, in relazione ai quali più impellente era l'esigenza di strumenti e professionalità di tal genere.

Peraltro, per i motivi che si diranno appresso, il conferimento delle funzioni al livello regionale-locale è risultato fortemente condizionato da un assetto organizzativo già eterodeterminato nelle norme nazionali vigenti o in immediato divenire, cosicché la legislazione regionale ha per lo più potuto cogliere l'occasione del decentramento come momento di autoriforma delle proprie amministrazioni per l'esercizio di competenze non

(5) Si vedano ad esempio la l.r. Abruzzo n. 11/99; la l.r. Lazio 14/99; la l.r. Emilia-Romagna n. 3/99; la l.r. Lombardia 1/2000; la l.r. Veneto 11/2001.

già direttamente interessate dal d.lgs. 112/98 e dalla quasi contemporanea riforma "Bindi", sulla quale a questo punto occorre fermare un momento l'attenzione di questo lavoro ⁽⁶⁾. Invero, quello che non aveva potuto o voluto il processo "Bassanini" di decentramento delle funzioni, spettava quindi alla imminente riforma di settore fortemente voluta e portata avanti dal ministro Bindi allora in carica, che aveva avuto il mandato con la legge n. 419 del 1998 di completare, attraverso uno o più decreti delegati, la regionalizzazione del servizio sanitario nazionale, come espressamente recitava la disposizione contenuta nell'art. 2, comma 1, lett. b) della legge delega. Tuttavia, già la legge n. 419 del 1998 appariva a tal fine incoerente ed ambigua, in quanto provvedeva ad accompagnare il suddetto richiamo con una serie numerosissima di principi e criteri direttivi (circa quaranta) che concorrevano immediatamente a limitarne la portata effettiva.

Ed infatti, quelli che erano i limiti della legge delega si sono immancabilmente ribaltati, con l'esercizio della decretazione delegata, in "straripamenti normativi" nel d.lgs. n. 229 del 1999, di modifica del riordino del 1992/1993, il quale va ben oltre all'approccio timido e sbiadito del decreto n. 112 del 1998, e, nel contenere la vera e propria regolamentazione del nuovo assetto delle competenze istituzionali nella tutela della salute, segna un deciso passo all'indietro rispetto alla progressiva ed estensiva interpretazione dell'attribuzione alle Regioni delle funzioni legislative ed amministrative nell'organizzazione e nell'assistenza sanitaria. Nella razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, ogni livello di intervento (Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie e soggetti erogatori privati) viene infatti minuziosamente disciplinato, sia negli aspetti organizzativi, che in quelli istituzionali, che ancora in quelli funzionali attinenti al sistema di erogazione delle prestazioni; solo per fare qualche esempio, i rapporti tra le Regioni e gli Enti locali, il contenuto degli interventi di regolazione della Regione, la configurazione delle Aziende USL e delle loro articolazioni organizzative, ma

(6) Per l'attuazione del d.lgs. 112/98 nelle leggi regionali, si rinvia ai contributi di AA.VV., ne *Le Istituzioni del federalismo*, 1998, n. 6, p. 999 e ss. e di G. MELONI, in *Il giornale di Diritto Amministrativo*, 2000, n. 2, p. 121 e ss.

più in generale, l'assetto dell'intero sistema, viene disciplinato con norme di dettaglio, lasciando ben poco spazio alle competenze regionali, senza coerenza con la coeva riforma del finanziamento del Servizio sanitario nazionale introdotta dalla legge 13 maggio 1999, n. 133 e dal (di poco) successivo decreto legislativo n. 56 del 2000, che ha attribuito alle Regioni tributi propri per il finanziamento del sistema e per il pagamento delle prestazioni.

In nome dell'uniformità del Servizio, si assiste quindi ad un "inusitata restrittività" degli spazi legislativi ed amministrativi regionali (cui si accompagnano le previsioni sull'esercizio dei poteri sostitutivi) proprio in una materia che doveva costituire il terreno di più avanzata sperimentazione dell'autonomia regionale. Di tali critiche si fa immediatamente portatrice la dottrina, che non manca di far notare come la compressione dell'autonomia regionale e la sostanziale "ricentralizzazione" della sanità, si ponga in forte tensione ed in discontinuità con criteri informativi delle riforme "Bassanini", sia perché il legislatore delegato coglie l'occasione della razionalizzazione per riportare al centro funzioni precedentemente trasferite, sia perché contiene norme precise (come nel caso, ad esempio, delle modalità di coinvolgimento dei Comuni nelle attività di programmazione e verifica) che la legge 59/97 ed il d.lgs. 112/98 avevano palesemente imputato alle determinazioni delle Regioni ⁽⁷⁾.

3. *Lo scenario aperto dalla legge costituzionale n. 3 del 2001: possibili ed auspicabili evoluzioni del sistema*

Le contraddizioni che emergono tra l'attribuzione alle Regio-

(7) Si rinvia a C. BOTTARI, nell'Editoriale a *Sanità Pubblica*, 1999, n. 9, p. 1073 e ss.; G. GARDINI e L. ZANETTI, Editoriale a *Sanità Pubblica*, 1999, n. 3, p. 381 e ss. ed infine a L. VANDELLI e C. BOTTARI, nel commento all'art. 1 in *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, cit. Sia consentito inoltre il rinvio a G. CILIONE, *Pubblico e privato nel nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali*, in *Sanità Pubblica*, 2000, n. 1, p. 54 e ss.

ni della titolarità dell'assistenza sanitaria e l'imposizione di rigidi modelli organizzativi ed il mantenimento a livello centrale di una serie di interventi direttamente gestionali, provocano un immediato dibattito sul come reimpostare il rapporto tra Stato, Regioni ed Enti locali nell'organizzazione, nella gestione e nell'erogazione dei servizi sanitari.

Come sopra accennato, infatti, le due deleghe adottate per la regionalizzazione del sistema sanitario, lasciano invariate sia le esigenze di decentramento espresse dalle riforme generali ai fini di una sostanziale innovazione delle macchine amministrative statali, regionali e locali, sia quelle di un seppur limitato "federalismo" nell'ordinamento sanitario, rendendo impercorribile una significativa differenziazione funzionale o, perlomeno, organizzativa dei servizi sanitari regionali.

Il tema, lungi dunque dall'essere compiutamente razionalizzato, si pone in ancora più veloce evoluzione, transitando dal decentramento al federalismo, seppur secondo una via tutta italiana, con l'approvazione delle riforme generali ed in particolare del nuovo titolo V della parte seconda della Costituzione, e rinvigorisce in prospettiva dei progetti ulteriori di devoluzione più spinta - pressoché integrale - alle potestà normative regionali del settore dei servizi alla persona.

Il segnale più evidente di come l'attuale impianto organizzativo e di ripartizione delle funzioni contenuto nel decreto "Bindi" non possa reggere di fronte al rinnovato e rinnovando sistema delle autonomie si è già avuto con l'approvazione del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, il quale, nel recepire i contenuti dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, ha introdotto sostanziali modifiche al sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche ed ospedaliere attraverso la modifica in senso regionalista del regime delle sperimentazioni gestionali e dei presidi ospedalieri, dalle quali le Regioni potranno ripartire per configurare autonomamente - attraverso l'apposito intervento di proprie leggi - l'assetto della fornitura agli utenti delle prestazioni sanitarie.

L'approvazione definitiva della legge costituzionale n. 3 del 2001 incide ora in maniera certamente rilevante sull'area dei

servizi sanitari, pur se è intuitivo tuttavia che essa, anche in considerazione della copiosa normativa statale ad oggi vigente, non presenta una valenza autoapplicativa, bensì dovrà trovare progressiva attuazione nella futura regolamentazione delle materie, nei rispettivi limiti e riserve stabiliti dal nuovo articolo 117 della Costituzione.

Ciò significa che saranno (in senso restrittivo) i provvedimenti legislativi statali, da un lato, e soprattutto la legislazione regionale (in direzione ampliativa), dall'altro, a doversi adeguare al nuovo assetto costituzionale, che peraltro, come è noto, non prevede più la potestà regolamentare in capo allo Stato nelle materie di competenza concorrente od esclusiva regionale.

In altri termini, per salvaguardare la coerenza della nuova distribuzione delle funzioni, potranno essere impugnate innanzi alla Corte costituzionale normative statali approvate a partire dall'entrata in vigore della riforma che non appaiano più in linea con il nuovo titolo V, così come meglio potrà essere assunta la consapevolezza, da parte del legislatore regionale, di andare oltre e superare le "puntigliose" previsioni statali già vigenti, interpretandole alla stregua di norme cedevoli laddove non esprimano effettivamente principi fondamentali.

Pertanto, va sottolineato come le sorti della riforma dipendano in gran parte dall'atteggiamento che assumeranno nella sua interpretazione sia il legislatore statale che quello regionale, nonché la Corte costituzionale chiamata ad un ruolo nuovo anche per effetto dell'abolizione del controllo preventivo sulle leggi regionali ed a tal riguardo non si può che auspicare il superamento della qualificazione di principio fondamentale che era stata fatta propria dalla Corte e che risultava piuttosto invasivo delle competenze regionali.

Nelle materie che rientrano nei c.d. "servizi alla persona", il nuovo testo costituzionale offre una prima tendenziale e generale distinzione tra le competenze legislative statali e regionali per effetto della formulazione di cui alla lettera *m*) del comma 2 dell'art. 117, che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato "la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti [unifor-

memente] su tutto il territorio nazionale”.

Nell’ambito dei diritti sociali (quindi alla tutela della salute, all’istruzione, all’assistenza sociale, al lavoro, ecc.), ciò riflette l’esigenza per la sede normativa centrale di assicurare che la tutela di tali diritti avvenga in maniera equa ed uniforme, ovvero a parità di condizioni, sul territorio nazionale, ma implica anche, o perlomeno non esclude, la diversificazione organizzativa e funzionale dei sistemi capaci di assicurare queste prestazioni minime ed uguali per tutti. La sede regionale, nel rispetto dei reinterpretati principi fondamentali e coerentemente con l’autonomia di spesa introdotta con il “federalismo fiscale”, dovrebbe così diventare l’unica competente a regolamentare ed implementare i meccanismi, gli strumenti e gli aspetti organizzativi preposti ad assicurare i diritti sociali.

Dopo aver dettato le condizioni in base alle quali gli utenti dei servizi sanitari in Sicilia non siano discriminati nell’accesso e nell’erogazione delle prestazioni rispetto a quelli del Piemonte ed aver definito una legge quadro sui servizi, tutto il resto può essere diversamente impostato ed affidato in sede regionale.

Con ciò – si noti – non s’intende sminuire il ruolo centrale dello Stato, che peraltro – coerentemente a tutte le esperienze federali – quando trasferisce competenze e si snellisce assume una veste più forte per effetto dei controlli che esso può attivare, verificandosi quasi sempre, nell’arretramento delle competenze, un rafforzamento qualitativo delle stesse; si vuole invece perorare il principio che, almeno negli aspetti organizzativi, la pedissequa e puntigliosa precisazione dell’organizzazione delle USL, dei modelli di esercizio ed erogazione delle prestazioni, della ripartizione dei compiti tra livello regionale e locale, così come tante altre parti della legislazione fondamentale vigente nella materia sanitaria risultano ormai incoerenti con le esigenze operative che si impongono a livello regionale e locale e con le norme sopravvenute e comunque non di per sé automaticamente in grado di assicurare un accrescimento dello stato di benessere della collettività.

Se questa impostazione - pur così sommariamente accennata - è condivisibile, ne consegue allora che la “tutela della salute”,

inserita nelle materia di competenza concorrente di cui all'art. 117, comma 3, del nuovo testo costituzionale in sostituzione della vecchia dizione "assistenza sanitaria ed ospedaliera", costituisce sì un settore ove la normazione di riferimento risulta ripartita, ma si tratta di una competenza legislativa concorrente ben diversa, sia dal punto di vista qualitativo, che quantitativo, da quella conosciuta nell'assetto della Costituzione materiale precedente alla riforma ⁽⁸⁾.

Solo così sarà possibile dar concreto seguito a criteri compiuti ed operativi di "decentramento" e "federalismo", non cogliendo quindi le riforme come mero passaggio di competenze da un livello territoriale ad un altro, bensì come occasione di miglioramento e differenziazione dell'esercizio delle funzioni istituzionalmente riallocate; ogni diversa interpretazione finirebbe invero con il configurare una regionalizzazione sterile e fine a se stessa, laddove invece le autonomie regionali devono poter esercitare le nuove attribuzioni prevedendone modalità organizzative e normative diverse ed innovative, liberate dai vincoli stringenti che affliggevano il livello statale e che ne hanno condizionato l'efficace svolgimento.

Evidentemente, poi, si tratterà di assicurare che al centralismo burocratico ministeriale non si sostituisca un "neocentralismo tecnico-economico" regionale, valorizzando l'intervento degli Enti locali e la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni.

Quanto agli Enti locali, infine, non appare superfluo ricordare che il ruolo del governo locale nella tutela della salute si può e si deve sostanziare in una funzione ben più globale rispetto alle previsioni nazionali e regionali vigenti (o che verranno), che al momento gli attribuiscono poteri di consultazione nella programmazione e/o di vigilanza sugli organi di vertice delle

(8) Al momento sembra comunque azzardato avanzare previsioni sui significati del cambiamento letterale (da *assistenza*... a ...*salute*); giova rilevare invece che afferiscono alla disciplina *latu sensu* sanitaria la tutela e la sicurezza sul lavoro, l'ordinamento delle professioni, l'alimentazione, inserite anch'esse nella materie di competenza legislativa concorrente ex art. 117, comma 3, della nuova l.c.; così come va citata la profilassi internazionale, che rimane ascritta alla legislazione esclusiva statale.

Aziende sanitarie. Se si esce da una considerazione della sanità e dell'igiene pubblica improntata a logiche di gestione e composta esclusivamente da ambulatori, strutture o personale, non sarà difficile comprendere, infatti, la capacità di Comuni e Province di incidere efficacemente sugli obiettivi di salute attraverso le proprie politiche generali, in materia di urbanistica, ambiente, trasporti ed educazione sanitaria e quindi quale delicatissimo ruolo giochino tali politiche sulla tutela e sulla prevenzione del benessere psico-fisico delle proprie comunità di riferimento.