

POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

Cesare Belmonte

LA PRODUZIONE NORMATIVA REGIONALE DELL'ANNO 2015 IN MATERIA SANITARIA LOCALE

1. IL PROCESSO DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE: ANTEFATTI E ATTUALI SBOCCHI

Con la legge regionale 16 marzo 2015, n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), poi abrogata con la legge regionale 84/2015, ha subito una forte accelerazione il processo di riorganizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale, che già si era sviluppato nel corso di tutta la IX legislatura.

La legge regionale 28/2015 delineava le linee di indirizzo per l'organizzazione del sistema sanitario regionale rimettendo ad un successivo intervento normativo la funzione di una compiuta disciplina del nuovo assetto istituzionale ed organizzativo. Le scelte di politica legislativa compiute contemplavano l'accorpamento delle dodici aziende unità sanitarie locali in tre aziende unità sanitarie locali, una per ciascuna area vasta, fissando al 1° gennaio 2016 la formale istituzione delle nuove aziende.

La fonte normativa identificava l'area vasta quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale configurando i dipartimenti interaziendali di area vasta come strumento organizzativo di riferimento per la corrispondente programmazione; ribadiva il ruolo del dipartimento aziendale quale strumento organizzativo delle aziende unità sanitarie locali enucleandone quelli considerati indefettibili; confermava la zona-distretto come ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi; incardinava il processo di riordino su specifiche figure commissariali, e in particolare sulla nomina di un commissario unico per tutte le aziende unità sanitarie locali incluse in ciascun ambito territoriale di area vasta, in carica fino alla costituzione delle nuove aziende unità sanitarie locali di area vasta.

Si noti per inciso che nella versione originale la legge non affrontava le tematiche proprie della sanità territoriale, divenute poi oggetto di specifica disciplina per effetto di una ampia opera emendativa svoltasi nel corso dei lavori di commissione. La stessa legge è stata interessata da una iniziativa referendaria volta all'abrogazione integrale della medesima.

Il processo di riordino è proseguito nella X legislatura con la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84, che ha contestualmente abrogato la legge regionale 28/2015.

La legge motiva il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale con l'esigenza di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e con la necessità di assicurare la sostenibilità del sistema a fronte del mutato quadro finanziario ed epidemiologico, in una fase di crisi economica e di restrizione delle risorse.

Confermando la scelta già fatta con la predetta legge regionale 28/2015, di impennare il sistema su tre sole aziende unità sanitarie locali di area vasta, l'atto normativo attende ad un'ampia revisione della legge regionale 40/2005.

Il sistema della governance istituzionale, ossia della concertazione fra i vari livelli di governo, viene rivisto. In particolare, cambia la composizione della conferenza aziendale dei sindaci, vuoi in quanto ne sono membri i presidenti delle conferenze zonali anziché i sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale aziendale, vuoi in quanto l'organo non ha più fra i componenti il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, che nell'assetto previgente disponeva di un sostanziale diritto di veto in ordine alle determinazioni di competenza della conferenza.

Il versante della programmazione sanitaria è toccato dalla legge dettando una nuova complessiva disciplina degli strumenti di programmazione di livello regionale e locale.

Il piano di area vasta è lo strumento per integrare su obiettivi unitari di salute, i livelli di programmazione dell'unica azienda unità sanitaria locale di area vasta e dell'azienda ospedaliero-universitaria insistente sulla stessa area. La novità non consiste nel piano in quanto tale, ma nell'introduzione di due nuovi soggetti nei processi di elaborazione ed attuazione di questo strumento: il direttore per la programmazione di area vasta, nominato dal Presidente della Giunta regionale, che cura la predisposizione del piano ed esercita funzioni di monitoraggio e controllo sulle iniziative aziendali attuative del piano stesso; e il dipartimento interaziendale di area vasta, che formula proposte per la realizzazione degli obiettivi di piano.

La competenza all'approvazione dei piani di area vasta è stata trasferita dal Consiglio alla Giunta regionale. Questo spostamento di competenze è stato parzialmente attenuato per effetto di un emendamento approvato in commissione, a seguito del quale il piano di area vasta è approvato dalla Giunta regionale, su proposta del direttore per la programmazione di area vasta, previo parere della commissione consiliare competente.

Il sistema della programmazione regionale si è arricchito di due nuovi strumenti di livello regionale, introdotti con due emendamenti durante i lavori di commissione, costituiti dagli atti della programmazione della rete pediatrica regionale e dall'atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

A livello locale, viene data una nuova configurazione al piano integrato di salute, che torna ad assumere una valenza di livello zonale e non più aziendale.

Un altro ambito inciso dalla riforma è quello relativo all'assetto organizzativo interno delle aziende unità sanitarie locali.

I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione aziendale. La legge ne predetermina le tipologie prevedendo dipartimenti di tipo ospedaliero, dipartimenti territoriali, il dipartimento della medicina generale, i dipartimenti delle professioni, oltre al dipartimento della prevenzione. L'elemento maggiormente innovativo è senz'altro il dipartimento territoriale come modello ordinario per il governo clinico delle attività territoriali delle aziende di unità sanitaria locale.

La zona-distretto è confermata quale livello ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali nonché di erogazione dei servizi.

E' nuova la figura del direttore di rete ospedaliera, cui competono funzioni di coordinamento delle strutture ospedaliere.

Sotto altro aspetto, la direzionale aziendale si amplia ricomprendendo anche i direttori di zona, il direttore dei servizi sociali e il responsabile della rete ospedaliera.

A seguito di alcuni emendamenti approvati in commissione, nel testo è stato enfatizzato il ruolo di controllo e valutazione da parte del Consiglio regionale, in particolare nell'ambito dei procedimenti di definizione e approvazione degli statuti aziendali e dei regolamenti interni aziendali.

Con riferimento all'erogazione dei servizi, la legge introduce alcuni principi programmatici, destinati ad essere successivamente declinati con specifici atti di organizzazione: quello che impone di assicurare l'uniformità dei sistemi di prenotazione nonché l'immediata registrazione delle modifiche di posizione nelle liste di attesa; quello che impegna le aziende sanitarie ad avviare in forma sperimentale iniziative per assicurare ai cittadini residenti in Toscana aperture serali e domenicali oltre il normale orario di almeno un presidio per provincia, per alcuni servizi diagnostici; quello che promuove il diritto del minore ad un accesso e ad una permanenza in aree riservate del pronto soccorso ospedaliero.

Ha invece carattere di maggior cogenza la norma con cui l'accesso ai servizi da parte degli stranieri e dei cittadini italiani non residenti è subordinato al pagamento del ticket sanitario.

Per quanto concerne l'iter normativo, le osservazioni della scheda di legittimità hanno investito essenzialmente la coerenza interna dell'articolato, la conformità con l'ordinamento regionale vigente e l'uso appropriato della tecnica legislativa. Sono stati altresì segnalati elementi di criticità attinenti ora alla indeterminatezza o non univocità del dettato normativo, ora alla necessità di introdurre correttivi e integrazioni al testo per assicurarne una adeguata tenuta anche in termini di legittimità.

Molte delle osservazioni formulate nella scheda sono state recepite nel testo di legge anche a seguito di confronto tecnico con i competenti uffici della Giunta regionale. Quanto alle norme transitorie, è stata in particolare evidenziata la natura eccezionale della norma che, nelle more delle procedure ordinarie di affidamento del servizio, demandano la gestione dei servizi di cassa delle nuove aziende unità sanitarie locali all'istituto di credito che al 31 dicembre 2015 svolge tale servizio nel maggior numero di aziende soppresse afferenti alla medesima area vasta.

Durante i lavori di commissione sono state svolte consultazioni in forma telematica, come consentito dal nuovo regolamento interno consiliare. La fase consultiva ha prodotto la presentazione di un numero considerevole di osservazioni e proposte modificative che sono state puntualmente vagliate dalla Terza Commissione in aggiunta all'altrettanto ingente numero di emendamenti presentati in commissione da tutti i gruppi consiliari.

In Aula, la discussione e trattazione del testo di legge si è articolata nel corso di una settimana di lavori. Gli emendamenti presentati sono stati nell'ordine delle migliaia. Vi è stato un esercizio pieno dei tempi che il regolamento interno riserva ai consiglieri per la discussione generale e per la discussione dei singoli articoli, nonché per l'illustrazione degli emendamenti e le dichiarazioni di voto.

Molti degli ordini del giorno collegati al testo di legge sono stati rinviati in commissione ai sensi dell'articolo 176, comma 9, del regolamento interno consiliare al fine di una riformulazione o modifica del contenuto degli stessi per un successivo esame da parte dell'aula.

Inoltre, cinquantasette articoli della proposta di legge - quelli in materia di assistenza farmaceutica, commissione terapeutica regionale, Agenzia regionale di sanità, Consiglio sanitario regionale, Commissione regionale di bioetica, Comitati etici, Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale (ESTAR), contabilità, norme transitorie finali della legge regionali 40/2005, istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), collegi sindacali delle nuove aziende unità sanitarie locali - sono stati stralciati dal testo ai sensi dell'articolo 129 del regolamento interno consiliare.

Fra le norme stralciate vi è quella che sostituiva l'allegato A della legge regionali 40/2005, identificativo delle singole aziende sanitarie e dei relativi ambiti territoriali. Lo stralcio della norma fa sì che allo stato il nuovo assetto ordinamentale si fondi su di una interpretazione sistematica del quadro normativo, legata per un verso agli espliciti riferimenti del testo alle nuove aziende di area vasta, e per l'altro alla circostanza che il testo stesso richiama nelle norme transitorie quelle disposizioni della abrogata legge regionali 28/2015 che attendevano alla identificazione delle nuove aziende e dei relativi ambiti territoriali.

2. IL SISTEMA SANITARIO DI EMERGENZA URGENZA

Con la legge regionale 13 aprile 2015, n. 47 è stata innovata la disciplina del sistema sanitario di emergenza urgenza, includendo fra i soggetti del sistema anche gli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e il Comitato regionale della Croce Rossa. Tali organismi svolgono funzioni di supporto, raccordo e tenuta del sistema di emergenza urgenza, integrative dell'attività di materiale erogazione del servizio di trasporto, come rese dalle aziende unità sanitarie locali, dalle singole associazioni di volontariato e dai comitati locali della Croce Rossa.

L'originaria proposta di legge, di iniziativa consiliare, è stata assegnata il giorno antecedente la sua iscrizione all'ordine del giorno della commissione competente. La scheda di legittimità rilevava una pluralità di vizi di legittimità eccedendo in particolare la violazione dell'articolo 3 della Costituzione giacché l'atto determinava una indebita disparità di trattamento fra gli organismi rappresentativi, prendendo in considerazione solo i due organismi maggiormente rappresentativi a livello regionale.

A seguito dei rilievi dell'Ufficio, il testo è stato modificato in più punti dalla Commissione, eliminando ogni riferimento al grado di rappresentatività degli organismi esponenziali del volontariato. Al contempo, anche le modalità di allocazione delle risorse sono state modificate prevedendo una puntuale rendicontazione delle spese e rapportando l'entità delle risorse conferite agli organismi esponenziali non a quelle dei soggetti aderenti ai suddetti organismi, bensì a quelle spettanti alle singole associazioni o comitati che deleghino a tali organismi le funzioni di supporto e coordinamento di cui trattasi.

In Aula, il testo è stato ulteriormente modificato eliminando la disposizione che ammetteva l'esercizio delle funzioni di supporto anche da parte di singole associazioni o comitati.

Il contesto normativo nel quale si cala la legge in parola aveva già visto una radicale revisione del sistema di emergenza urgenza all'inizio della IX legislatura, ad opera della legge regionale 70/2010, che ha inquadrato le

associazioni del volontariato fra i soggetti che compongono il sistema territoriale di soccorso.

3. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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, unitamente alla giurisprudenza costituzionale, avevano indotto il legislatore regionale, con le leggi regionali 44 e 45 del 2014 ad intervenire sul sistema di integrazione dei servizi socio sanitari, prima incentrato sul modello consortile delle società della salute, con una revisione complessiva del sistema della “governance” territoriale e prevedendo un modello alternativo di raccordo fra comuni e azienda sanitaria, costituito dalla stipula della convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria.

Proprio a causa delle difficoltà segnalate dai territori nella elaborazione delle convenzioni, con la legge regionale 26 marzo 2015, n. 36 è stato differito al 30 settembre 2015 il termine per l'inoltro alla Regione delle predette convenzioni. Per analoghi motivi sono stati altresì adeguati i termini previsti ai fini della continuazione dell'attività delle società della salute o del loro scioglimento.

Sul testo per due volte si è registrata la mancanza del numero legale in Aula. Nella seconda occasione, è stato disposto il rinvio in commissione per ragioni di coordinamento formale.

Sulla iniziale proposta di legge ha espresso parere il Collegio di garanzia ai sensi dell'articolo 14 della legge regionale 34/2008, su richiesta del Presidente del Consiglio regionale. Il quesito posto verteva sulla legittimità della norma di differimento del termine per la stipula delle convenzioni. Il Collegio ha concluso per l'ammissibilità del differimento, argomentando che il legislatore regionale ha posto il termine come stimolo ad agire sollecitamente, ma non ha stabilito che, non rispettandolo puntualmente, mutino gli obiettivi strategici regionali in tema di funzioni socio-sanitarie nei territori interessati.

4. LA POLITICA DEL FARMACO

La legge regionale 19 febbraio 2015 n. 20, interviene in materia di somministrazione ad uso terapeutico dei farmaci cannabinoidi apportando alcune modifiche e integrazioni alla legge regionale 18/2012.

E' ampliato l'ambito applicativo della legge regionale 18/2012 contemplando l'ipotesi, prima non prevista, dell'avvio della somministrazione dei farmaci cannabinoidi in ambito domiciliare dietro prescrizione del medico di base. In questo caso, il medico di medicina

generale prescrive la terapia sulla base del piano terapeutico redatto dal medico specialista del servizio sanitario regionale. Le modalità della fornitura restano tuttavia invariate, in quanto i farmaci possono essere forniti, con oneri a carico del sistema sanitario, esclusivamente tramite la farmacia ospedaliera, nei limiti del budget aziendale.

Si rammenta che la legge regionale 18/2012 assumeva come presupposti sia l'avvenuto inserimento, ad opera della legislazione statale, di taluni principi attivi a base di cannabis fra le sostanze impiegabili a fini terapeutici, sia la disciplina ministeriale sull'importazione di specialità medicinali registrate all'estero: disciplina rilevante in quanto non erano ancora presenti nel mercato nazionale medicinali a base di tali principi attivi autorizzati all'immissione in commercio.

Nel tempo, si è registrata una notevole evoluzione del quadro giuridico e fattuale.

Un primo elemento di novità si è registrato con la sopravvenuta immissione in commercio anche in Italia di farmaci cannabinoidi, quindi reperibili ordinariamente presso le sedi farmaceutiche. Inoltre, nel ridefinire in via amministrativa la disciplina di attuazione della legge regionale 18/2012, la Giunta regionale ha legittimato anche i medici di medicina generale alla prescrizione dei farmaci cannabinoidi in caso di dimissione assistita, in conformità al piano terapeutico rilasciato dal medico ospedaliero.

La previsione giuntale manteneva tuttavia intatto l'originario presupposto normativo di un iniziale trattamento in ambito ospedaliero e dilatava la nozione di dimissione assistita, legittimando alla prescrizione anche il medico di medicina generale, in conformità al necessario piano terapeutico.

La deliberazione regionale, peraltro, trovava pieno riscontro in varie leggi di altre regioni, che enfatizzano il ruolo prescrittivo del medico di medicina generale.

E' poi sopravvenuta anche la legislazione ombra, che si è spinta sino ad escludere la necessità di un avvio del trattamento in ambito ospedaliero quale presupposto per l'erogazione del farmaco a carico del servizio sanitario regionale.

Il precedente della legge ombra è stato segnato dalla mancata impugnativa della legge stessa da parte dello Stato. In particolare, il Ministero della sanità è tornato sulla questione dei farmaci cannabinoidi manifestando un orientamento diverso rispetto al passato. Se in una prima fase la gratuità nell'erogazione del farmaco è stata subordinata ad un uso strettamente ospedaliero, in linea con la disciplina relativa all'importazione del farmaco dall'estero, l'attenzione si è poi spostata sul piano della sostenibilità finanziaria, cosicché il limite alla facoltà dei sistemi sanitari regionali di accollarsi gli oneri d'erogazione è ora identificato con la

disponibilità da parte regionale delle risorse necessarie.

La soluzione prescelta dal legislatore toscano equipara quindi la fattispecie dell'avvio del trattamento in sede ospedaliera e quella dell'avvio in sede domiciliare, contemplando per entrambe le ipotesi un medesimo canale di finanziamento, quello dell'acquisto tramite la farmacia ospedaliera nei limiti del budget ospedaliero, di fatto continuando a configurare il diritto alla erogazione del farmaco a titolo gratuito come un diritto economicamente condizionato, esercitabile nei limiti del predetto budget.

La stessa previsione di possibili convenzioni con centri autorizzati alla produzione in Italia dei farmaci cannabinoidi è l'ulteriore effetto di questo progressivo mutamento del contesto storico e normativo, trovando un solido fondamento nell'esperienza fattuale, ovvero nella intervenuta stipula di una convenzione fra la Regione e l'Istituto farmaceutico militare, mediante la quale viene istituito un canale di accesso al farmaco a costi più contenuti rispetto a quelli di mercato.

La novella normativa regionale è dunque il portato di una serie di processi normativi e culturali sedimentatisi nel tempo, ma affonda pur sempre le radici in una legge, quella del 2012, che disegnava una nuova politica del farmaco, mettendo in conto il rischio di possibili conflitti rispetto al quadro normativo settoriale statale e creando i presupposti per gli scenari futuri.

5. LA TUTELA SANITARIA IN AMBITO SPORTIVO

Nella X legislatura è stata approvata la legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68, la quale detta una nuova organica disciplina in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva, provvedendo alla contestuale abrogazione della legge regionale 22/2013.

Viene ampliato il novero delle definizioni contenute nella legge previgente introducendo anche quelle di esecutore, di istruttore, di impianto sportivo e di sport in movimento, nonché quella di gestore dell'impianto.

Al contempo, l'ambito di applicazione dell'obbligo di dotazione dei defibrillatori è circoscritto, in conformità a quanto previsto da linee guida ministeriali, escludendo quegli impianti in cui si praticano sport a ridotto impegno cardiocircolatorio.

L'obbligo di dotazione dei defibrillatori è a carico dei gestori. Per contro, l'obbligo di assicurare la presenza di personale autorizzato all'uso del defibrillatore durante lo svolgimento dell'attività sportiva grava sul gestore stesso oppure sulle società sportive nel caso in cui siano assegnatarie di determinati spazi, anche in forma occasionale, all'interno dell'impianto.

La legge ribadisce che la formazione degli addetti per l'uso in

sicurezza del defibrillatore è erogata dalle aziende unità sanitarie locali nell'ambito del sistema sanitario di emergenza urgenza territoriale nonché dai soggetti formatori accreditati. Per quanto concerne la vigilanza e il controllo è introdotta una semplificazione procedimentale esentando i gestori dall'obbligo di trasmissione ai comuni della documentazione inerente la dotazione, ubicazione e funzionalità del defibrillatore nonché l'osservanza degli obblighi formativi, limitandosi a richiedere la detenzione presso l'impianto di un fascicolo recante la predetta documentazione.

La legge contiene la clausola di entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana. L'urgenza è derivata dalla necessità di spostare il termine di decorrenza dell'obbligo di dotazione dei defibrillatori, inizialmente fissato al 1° gennaio 2015 e poi spostato al 1° ottobre 2015. La nuova data, è quella del 1° luglio 2016, frutto di un emendamento in Aula, sottoscritto da diversi consiglieri.

La reiterata proroga di questo termine è sintomatica delle difficoltà riscontratesi in sede applicativa nell'assicurare la più ampia formazione degli operatori entro la scadenza originariamente prevista per l'operatività dell'obbligo di dotazione dei defibrillatori.

La proposta di legge iniziale si configurava come modificativa della legge regionale 22/2013. Al riguardo, trattandosi praticamente della totale riscrittura del testo originario, la scheda di legittimità rilevava l'opportunità, ai fini di chiarezza normativa e per una migliore fruibilità del testo da parte dei destinatari, di formulare una nuova legge regionale autonoma e regolativa del settore, abrogando contestualmente la legge regionale 22/2013.

Questo rilievo è stato condiviso e su indicazione del Presidente della Commissione, gli uffici hanno rielaborato il testo nella forma di una nuova legge, integralmente sostitutiva della precedente, curando quindi anche il preambolo, affatto diverso da quello originario. In particolare, sono state riviste le disposizioni di attuazione della legge, sopprimendo il rinvio a linee guida della Giunta regionale e demandando la disciplina di attuazione alla fonte regolamentare, ovvero ad un atto normativo sottoposto al parere obbligatorio della commissione consiliare. Al contempo, è stata ravvisata la necessità di superare un possibile profilo di indeterminatezza normativa, legato alla circostanza che la proposta di legge non declinava le singole tipologie di impianti sportivi, limitandosi ad una enumerazione delle sole fattispecie escluse. Conseguentemente, si è disposto che la legge si applica agli impianti sportivi rispondenti alla classificazione stabilita dal regolamento di attuazione.

In commissione, il dibattito ha suscitato ampio interesse da parte dei componenti, concordi nel ritenere di estrema rilevanza l'oggetto in discussione in ragione della finalità di tutela dell'attività fisica in sicurezza.

La discussione si è incentrata essenzialmente sui costi per la formazione degli esecutori, in quanto veniva evidenziata la difficoltà, specie per le piccole società, di affrontarli.

Sempre in commissione, è stata soppressa la disposizione che poneva gli oneri per la formazione degli esecutori addetti all'uso del defibrillatore a carico dei soggetti gestori degli impianti. L'assenza di una esplicita indicazione dei soggetti sui quali ricadono gli oneri necessari per la formazione, ha indotto, in aula, diversi capigruppo a proporre un ordine del giorno, poi approvato, che invita la Giunta ad impegnarsi per assicurare che la formazione sia curata dalle aziende unità sanitarie locali ed erogata a titolo gratuito al personale preposto all'uso dei defibrillatori.

6. ALTRI INTERVENTI SETTORIALI

La legge regionale 20 gennaio 2015, n. 9, di iniziativa consiliare, sulla falsariga di analoghe leggi adottate da altre regioni, ha inteso colmare l'attuale vuoto della normativa statale disciplinando la fattispecie dei cimiteri per animali d'affezione.

La legge assegna ai comuni la facoltà di individuare, nell'ambito della pianificazione urbanistica territoriale, le zone idonee alla localizzazione di dette strutture. I cimiteri sono soggetti ad autorizzazione del comune competente per territorio, rilasciata previo parere della competente azienda unità sanitaria locale per ragioni di sanità pubblica.

Alla luce dei rilievi formulati dagli uffici consiliari, è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico che ha provveduto ad un'ampia revisione del testo. In particolare, il testo originario prevedeva un regime autorizzatorio solo per i cimiteri gestiti da soggetti privati, mentre analoga autorizzazione non era richiesta per i cimiteri realizzati e gestiti da enti pubblici. Questa diversità di disciplina si atteggiava come arbitraria, secondo quanto evidenziato dalla scheda di legittimità, giacché le esigenze di vigilanza sanitaria sottese al regime dell'autorizzazione cimiteriale ricorrono a prescindere dalla natura pubblica o privata del soggetto gestore. Tale profilo di irragionevolezza normativa è stato risolto prevedendo - come già precisato - l'autorizzazione comunale a prescindere dalla natura del soggetto gestore.

Passando alle leggi trasversali, con la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 81 (legge di stabilità per il 2016) viene innovato il procedimento per il riconoscimento alle persone disabili dell'esenzione dalle tasse automobilistiche. Inoltre, le associazioni di volontariato sono esentate dalla tassa automobilistica a condizione che il veicolo sia utilizzato ad ambulanza di trasporto, al trasporto di disabili ed al trasporto di organi e sangue, equiparando sotto questo profilo le predette organizzazioni a quelle non lucrative di utilità sociale. Infine, è rifinanziato anche per l'anno 2016 il programma triennale in materia di redistribuzione delle eccedenze alimentari,

così come è assicurato anche per lo stesso anno il sostegno finanziario degli interventi in materia di violenza di genere.

La legge regionale 28 dicembre 2015, n. 82 (Collegato alla legge di stabilità per il 2016) a sua volta istituisce per il triennio 2016 - 2018 un contributo annuale per le famiglie con figli disabili minori di diciotto anni, dando continuità ad una misura di sostegno finanziario già contemplata da una normativa regionale, la legge regionale 54/2013, che ha esaurito i suoi effetti nell'anno 2015.

7. LE POLITICHE SOCIALI

La legge regionale 24 marzo 2015, n. 33, composta di un unico articolo, prevede che la Giunta regionale, in caso di flussi straordinari e di eccezionale intensità che riguardino minori stranieri non accompagnati, possa disporre, sulla base di intese tra i livelli di governo nazionale, regionale e locale ovvero di atti di protezione civile, l'aumento fino ad un massimo del 25 per cento, in via temporanea, della capacità ricettiva massima delle strutture di accoglienza per minori.

In questo modo è assicurata la necessaria copertura normativa ad una serie di provvedimenti assunti nel tempo dalla Giunta regionale, sulla base di indirizzi concordati fra il livello statale, quello regionale e quello locale, per fronteggiare l'attuale afflusso straordinario di cittadini stranieri, tra i quali molti sono i minori stranieri non accompagnati.

Nel corso dei lavori della Commissione è stata recepita una osservazione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza, fissando un limite per l'aumento massimo della capacità ricettiva delle strutture per minori. Al contempo, a seguito di confronto tecnico fra i competenti uffici della Giunta e del Consiglio, è stata specificata la natura delle intese istituzionali richiamate dalla norma, evidenziando la necessità che si tratti di intese necessariamente coinvolgenti anche il livello regionale.

8. UN BILANCIO COMPLESSIVO DELLA IX LEGISLATURA CON RIFERIMENTO ALLA LEGISLAZIONE REGIONALE IN MATERIA SANITARIA E SOCIALE

Molti degli elementi che hanno caratterizzato la produzione legislativa regionale in materia sanitaria e sociale della IX legislatura sono già deducibili da quanto evidenziato nell'illustrazione delle leggi regionali settoriali approvate nel corso del 2015.

Tutta la legislatura trascorsa è stata costellata, prima di giungere al riordino delle aziende unità sanitarie locali, da interventi normativi che hanno toccato di volta in volta singoli aspetti dell'ordinamento sanitario regionale in un contesto storico fortemente condizionato dalla crisi economica globale.

Con uno dei primi atti legislativi della suddetta legislatura, ovvero con la legge regionale 30 dicembre 2010, n. 70, è stata di fatto chiusa una fase di contenzioso con le istituzioni comunitarie inquadrando le associazioni del volontariato fra i soggetti (munera ex lege) che compongono il sistema del trasporto sanitario di emergenza urgenza, al dichiarato scopo di salvaguardare il ruolo, storicamente consolidato, del volontariato nell'ambito di tale sistema.

Un secondo rilevante intervento normativo di riordino è stato quello effettuato con la legge regionale 23 maggio 2014, n. 26 che ha sostituito gli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta con un unico Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR). L'intervento legislativo rispondeva a logiche di economie di scala, configurando in particolare il livello regionale quale dimensione ordinaria delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi.

Un terzo rilevante intervento di riforma è quello che si è compiuto con le leggi regionali 44 e 45 del 2014, che hanno affiancato al modello consortile delle società della salute il modello convenzionale per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria. In questo caso, la ratio della legge stava nell'esigenza di un parziale adeguamento dell'ordinamento regionale ad un quadro normativo statale avverso all'utilizzo della forma consortile per l'esercizio di funzioni fondamentali degli enti locali.

L'altro elemento che ha caratterizzato la IX legislatura è rappresentato dall'approvazione di un considerevole numero di leggi regionali di iniziativa consiliare; basti pensare alle legge regionale 8 maggio 2012, n. 18, in materia di farmaci cannabinoidi; alla legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 in materia di contrasto alla ludopatia; alla legge regionale 8 maggio 2013, n. 22 in materia di diffusione dei defibrillatori negli impianti sportivi, poi sostituita dalla già citata legge regionale 68/2015. Sono tutte leggi innovative, che hanno coperto vuoti normativi a livello sia regionale che statale, servendo poi da modello per successive leggi approvate da altre regioni nelle stesse materie.

Il fatto che tutte queste leggi siano state soggette nel tempo a vari interventi correttivi non ne sminuisce la portata; semmai evidenzia un limite tipico delle iniziative legislative consiliari, ovvero la non compiuta disponibilità di quel complesso di dati e di elementi valutativi che viceversa le strutture tecniche della Giunta sono ordinariamente in grado di fornire all'organo di governo regionale nell'ambito dell'istruttoria legislativa.