

POLITICHE SANITARIE E SOCIALI

Cesare Belmonte

LA PRODUZIONE NORMATIVA REGIONALE DELL'ANNO 2019 IN MATERIA SANITARIA E SOCIALE

PREMESSA

Il processo di riordino del sistema sanitario regionale, che ha segnato l'intera legislatura, manifesta in questa annualità una pausa di riflessione, se non la prossimità al suo epilogo.

Certo, è stata licenziata una ulteriore legge a carattere ordinamentale, quella in tema di società della salute, ma si tratta di una legge sostanzialmente ricognitiva, che in realtà ratifica l'esistente elevando al rango normativo un istituto sorto in via amministrativa e sperimentale ed ormai consolidatosi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria.

Le altre leggi dell'anno 2019 inerenti la materia sanitaria rispondono a specifiche esigenze settoriali, o disciplinando nuove fattispecie (come il sostegno economico ai residenti toscani in caso di trapianto di organi fuori della Regione) o intervenendo sulla composizione di un organismo quale la commissione unica di accertamento della condizione di disabilità, o aggiornando singole discipline, come nel caso della nuova legge in materia di autorizzazione al trasporto sanitario.

Per quanto concerne le politiche sociali, sono state approvate alcune leggi a forte carattere etico e valoriale, volte all'affermazione di principi che informano l'ordinamento regionale.

È così con la legge recante disposizioni per la tutela dei bisogni essenziali della persona umana. Questa da un lato adegua la normativa regionale alla più recente legislazione nazionale in materia di asilo e immigrazione, e dall'altro reagisce a taluni elementi di incertezza e non univocità del nuovo quadro normativo statale declinando i principi fondanti il sistema toscano dell'accoglienza, anche attraverso il richiamo alla giurisprudenza costituzionale in materia di diritti inviolabili della persona.

È così del pari con la legge regionale recante disposizioni in materia di prevenzione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo.

Risponde invece a logiche propriamente procedurali l'intervento normativo che ha innovato la disciplina regionale in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

1. LE POLITICHE SANITARIE

1.1 DISPOSIZIONI DI NATURA ORDINAMENTALE: LE CASE DELLA SALUTE

Il modello assistenziale delle case della salute trova la sua genesi nella legge finanziaria statale per l'anno 2007¹, che aveva previsto specifiche risorse per la sperimentazione di questo modello. Sulla scorta di tali finanziamenti la Giunta regionale ha approvato un nutrito numero di progetti pilota, sino a giungere alla definizione delle linee guida regionali nel corso dell'anno 2015.

Superata la fase di avvio, viene ora ravvisata l'esigenza che la casa della salute sia disciplinata non solo al livello amministrativo ma anche a livello legislativo quale ordinaria modalità di gestione dei servizi di base e di integrazione socio-sanitaria: è questo il motivo sotteso all'approvazione della legge regionale 29/2019².

In questo quadro, la casa della salute si configura quale struttura polivalente che opera nell'ambito della zona-distretto e che è dunque inserita nella programmazione zonale, coerentemente con l'analisi dei bisogni.

Le finalità perseguite sono l'unitarietà di accesso ai servizi; la presa in carico complessiva della persona; l'integrazione delle prestazioni territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali attraverso la contiguità spaziale dei servizi e la multidisciplinarietà degli interventi, col coinvolgimento in particolare dei medici di medicina generale, degli specialisti, degli infermieri, dei terapisti; la valorizzazione del ruolo delle comunità locali.

Viene demandato alla Giunta regionale il compito di impartire indirizzi alle aziende unità sanitarie locali sul funzionamento delle case della salute. È stato altresì fissato il termine per la revisione dei previgenti indirizzi.

La legge assicura la partecipazione dei cittadini alla vita delle case della salute, in funzione della valutazione dei bisogni, della definizione delle progettualità, della valutazione di impatto delle iniziative rispetto agli obiettivi individuati.

Le modalità attuative della partecipazione sono definite mediante gli atti regionali di indirizzo in conformità a quanto disposto dal decreto legislativo 502/1992³, ossia garantendo la partecipazione degli organismi del volontariato e di tutela dei diritti che abbiano stipulato appositi accordi di collaborazione con le aziende sanitarie; assicurando in ogni caso il coordinamento con le attività del comitato di partecipazione di zona-distretto.

¹ Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007").

² Legge regionale 4 giugno 2019, n. 29 (Le case della salute. Modifiche alla l.r. 40/2005).

³ 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).

La legge non ha comportato nuovi oneri, dal momento che le case della salute rappresentano un modo diverso di organizzare attività già esistenti (principalmente quelle afferenti alla medicina generale e all'assistenza distrettuale). Al finanziamento delle attività svolte all'interno di queste strutture si fa quindi fronte, nell'ambito del fondo sanitario regionale, con le risorse del fondo ordinario di gestione, ripartito annualmente dalla Giunta regionale fra le aziende unità sanitarie locali, ai sensi della legge regionale 40/2005⁴.

Nel corso dell'iter legislativo alla originaria proposta di legge hanno fatto seguito due successivi testi sostitutivi.

La prima scheda di legittimità evidenziava la lacunosità del testo originario nella regolazione dell'assetto organizzativo di queste strutture, posto che gli snodi organizzativi essenziali delle medesime erano rimessi a fonti regolative di livello amministrativo e negoziale.

Al contempo, la disciplina della partecipazione non era tale da garantire la sua rispondenza ai principi dettati dalla normativa statale di riferimento.

Anche la seconda versione del testo non comportava il superamento delle criticità evidenziate dall'ufficio legislativo.

L'ultima versione della proposta di legge, per contro, è stata elaborata a seguito di un confronto tecnico fra i competenti uffici della Giunta e del Consiglio, che ha permesso la rimozione della maggior parte delle criticità prima accennate.

Il testo normativo è stato approvato all'unanimità dalla Terza Commissione e non ha subito modifiche durante i lavori d'aula.

1.2 DISPOSIZIONI DI NATURA PROCEDURALE E REGOLATIVE DI ORGANISMI

1.2.1 TRASPORTO SANITARIO

La legge regionale 83/2019⁵ interviene in materia di autorizzazione e vigilanza sulle attività di trasporto sanitario, abrogando e sostituendo la disciplina previgente⁶.

Gli elementi più innovativi dell'atto sono rinvenibili nella scelta di disciplinare direttamente, in sede di normazione primaria, e non più in via amministrativa, la composizione minima degli equipaggi delle autoambulanze; nella variazione della composizione della commissione di vigilanza e controllo, con compiti di vigilanza sul sistema, cui si accompagna l'introduzione del

⁴ Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale).

⁵ Legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario).

⁶ Legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'esercizio del trasporto sanitario).

metodo delle verifiche a campione; nell'istituzione di un organismo collegiale (nucleo tecnico permanente) comprensivo dei rappresentanti degli organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato, chiamato a monitorare l'attuazione della legge e a formulare eventuali proposte in merito all'aggiornamento dei requisiti prescritti per l'esercizio dell'attività di trasporto sanitario.

La legge disciplina il rilascio dell'autorizzazione, da parte del comune, alle attività di trasporto sanitario di soccorso e definisce le tipologie autorizzabili distinguendo fra trasporto sanitario di soccorso di base, trasporto sanitario di primo soccorso, trasporto sanitario di soccorso avanzato. Ai fini del rilascio dell'autorizzazione e delle successive verifiche in ordine alla permanenza dei requisiti (con metodo a campione su una percentuale non inferiore al 30 per cento dei soggetti che operano nel territorio di competenza) il comune si avvale della commissione di vigilanza e controllo, collocata presso l'azienda unità sanitaria locale.

Nella sua nuova conformazione la commissione di vigilanza e controllo è composta dal responsabile del dipartimento di prevenzione o suo delegato, dai direttori delle centrali operative 118 o loro delegati.

È prevista inoltre, rispetto alla precedente disciplina, una procedura semplificata per l'utilizzo, in via straordinaria, di un mezzo appartenente ad un altro soggetto autorizzato in sostituzione di un mezzo di soccorso indisponibile, procedura che si sostanzia in una semplice comunicazione allo Sportello unico per le attività produttive (SUAP) competente per territorio.

Un'altra novità è quella per la quale le aziende unità sanitarie locali utilizzano autoveicoli di soccorso di loro proprietà a supporto e integrazione del sistema di trasporto sanitario. Il relativo equipaggio è costituito da personale medico in rapporto di dipendenza o convenzionale con l'azienda unità sanitaria locale, da personale infermieristico in rapporto di dipendenza con l'azienda medesima, da soccorritori di livello avanzato. Si rinvia al regolamento regionale la definizione della composizione minima degli equipaggi di questi autoveicoli nonché la disciplina delle attrezzature tecniche degli autoveicoli stessi.

La legge dispone in merito ai requisiti di esercizio richiesti per il trasporto mediante autoambulanze, rinviando al regolamento d'attuazione il compito di disciplinare le attrezzature tecniche e il materiale delle ambulanze, i requisiti e i percorsi formativi dei soccorritori e dei formatori, i requisiti e la formazione specifica degli autisti.

Per quanto riguarda l'utilizzo di nuove autoambulanze da parte del soggetto autorizzato, la messa in esercizio del mezzo acquistato è soggetta ad autorizzazione comunale.

Il regime sanzionatorio declinato a fronte della violazione degli obblighi di legge si sostanzia in sanzioni amministrative, di natura pecuniaria e ripristinatoria. La competenza all'accertamento delle violazioni spetta alla

commissione di vigilanza e controllo, mentre la competenza all'applicazione delle sanzioni spetta al comune nel cui territorio la violazione è accertata.

A seguito dell'approvazione di un emendamento d'aula, la commissione di vigilanza e controllo esercita la vigilanza sul rispetto degli obblighi e dei requisiti di legge anche nei confronti dei soggetti che effettuano attività di trasporto sanitario senza necessità di autorizzazione preventiva (aziende sanitarie e Croce Rossa).

Le norme transitorie regolano il passaggio dal vecchio al nuovo regime.

La scheda di legittimità formulava varie osservazioni. Il testo originario della proposta di legge ampliava le fattispecie soggette a regime autorizzativo richiedendo specifica autorizzazione non solo per il trasporto sanitario di soccorso di base o avanzato, ma anche per l'attività di soccorso avanzato mediante autoveicolo di soccorso. Poiché anche le organizzazioni di volontariato rientrano fra i possibili beneficiari di quest'ultima autorizzazione, si invitava a chiarire se ciò determinasse una ricaduta sul sistema sanitario di emergenza urgenza dettato dalla legge regionale 40/2005, che configura le organizzazioni di volontariato come incaricati ex lege delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale mediante ambulanza.

Come detto, questa fattispecie autorizzativa non è più contemplata dal testo di legge.

La proposta di legge rimetteva inoltre a deliberazioni della Giunta regionale la definizione dei requisiti tecnici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività di trasporto sanitario e di soccorso sanitario.

La scheda esprimeva il dubbio che ciò potesse comportare l'esercizio in via amministrativa di una funzione regolativa avente caratteri di generalità e astrattezza, eccedente la definizione di specifiche tecniche. In tal caso sarebbero stati disattesi i principi che informano i rapporti fra la fonte normativa, primaria o secondaria, e l'atto amministrativo.

Inoltre, la disciplina procedimentale dettata rispettivamente in funzione dell'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario e in funzione dell'acquisto di nuovi mezzi di soccorso, manifestava alcune carenze, in particolare per gli aspetti inerenti la fase endoprocedimentale volta alla rimozione delle irregolarità sanabili.

La proposta di legge era poi indeterminata nella parte in cui non erano definiti i criteri per l'identificazione degli organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato, i cui legali rappresentanti sono membri del nucleo tecnico permanente.

Alla luce dei rilevati dell'ufficio legislativo e degli altri uffici consiliari è stato costituito un gruppo di lavoro composto dai competenti uffici di Giunta e di Consiglio che ha provveduto ad una serie di riformulazioni tecniche del testo atte al superamento delle criticità rilevate.

In commissione sono stati apportati significativi cambiamenti al testo iniziale, vuoi disciplinando direttamente la composizione minima degli equipaggi delle autoambulanze; vuoi escludendo dal novero delle fattispecie autorizzative gli autoveicoli di soccorso e prevedendo che questi possano operare nel sistema a supporto delle ambulanze a condizione che si tratti di autoveicoli di proprietà delle aziende unità sanitarie locali; vuoi rinviando la disciplina attuativa della legge alla fonte regolamentare anziché a meri provvedimenti amministrativi; vuoi regolando in maniera puntuale la composizione del nucleo tecnico permanente.

Durante i lavori di commissione si è svolta inoltre una fase di consultazione dei soggetti e delle categorie interessati.

1.2.2 L'ACCERTAMENTO SANITARIO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ

Ai sensi della normativa nazionale e regionale, e in particolare ai sensi della legge regionale 60/2017⁷, l'accertamento sanitario della condizione di disabilità è svolto da una commissione unica di accertamento, costituita presso i servizi dell'azienda unità sanitaria locale che svolgono funzioni in materia medico legale.

Tale commissione è composta in modo da rappresentare le specifiche professionalità e competenze specialistiche di riferimento. In particolare, fra i vari componenti era sinora prevista la presenza di un medico dipendente o convenzionato dell'azienda USL, scelto *“prioritariamente tra gli specialisti nella branca medica relativa alla patologia oggetto di accertamento”*

Nel tempo, si sono evidenziate criticità del sistema nel garantire in via prioritaria e abituale la presenza dello specialista in sede di accertamento della condizione di disabilità. Per rimuovere tali criticità la legge regionale 61/2019⁸ interviene sulla disciplina della commissione unica prescrivendo che all'interno della stessa sia sempre garantita la presenza di un medico specialista nella branca medica di riferimento qualora in sede di domanda la persona interessata lo richieda.

Il testo originario della proposta di legge imponeva in termini assoluti la presenza dello specialista; presenza che è poi stata condizionata ad una specifica richiesta dell'interessato per effetto di un emendamento approvato dalla Terza Commissione.

La proposta di legge è stata sottoposta ad una fase di audizioni ed è stata approvata all'unanimità dall'aula nella seduta del 24 settembre 2019. Sul testo non sono state formulate osservazioni di legittimità.

⁷ Legge regionale 18 ottobre 2017, n. 60 (Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità).

⁸ Legge regionale 1° ottobre 2019, n. 61 (Disposizioni in merito alla Commissione unica di accertamento sanitario della condizione di disabilità. Modifiche alla l.r. 60/2017).

1.3 LE MISURE DI SOSTEGNO ECONOMICO: TRAPIANTO DI ORGANI

La legge regionale 12/2019⁹ fornisce un sostegno economico ai soggetti residenti in Toscana che siano in attesa o che abbiano subito un trapianto d'organo presso centri trapianto situati in altre regioni italiane, prevedendo - entro limiti specifici - il rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio correlate ai predetti interventi di trapianto.

Le prestazioni cui sono correlati i rimborsi consistono in esami preliminari, tipizzazione tissutale ed iscrizione in lista, interventi di trapianto e ritrapianto, interventi conseguenti ad eventuali complicanze, controlli successivi.

I residenti in Toscana possono richiedere il rimborso qualora ricorra una di queste condizioni:

- la prestazione non sia erogabile in Toscana per assenza di specifico programma di trapianto presso i centri trapianto attivi in ambito regionale;
- il paziente sia stato iscritto in una lista d'attesa regionale per un tempo superiore allo standard, in base alle norme vigenti;
- il paziente, già iscritto in lista regionale per trapianto renale, si avvalga della possibilità di effettuare la seconda iscrizione consentita, per il solo trapianto di rene, in altra lista extra regionale;
- il paziente, giudicato, per ragioni cliniche, non idoneo al trapianto presso un centro trapianti della Toscana, intraprenda un percorso valutativo presso un centro trapianti extra regionale;
- il paziente minore di età sia già iscritto nella lista nazionale pediatrica o abbia intrapreso il percorso finalizzato a tale iscrizione.

Il rimborso delle spese è esteso ad un eventuale accompagnatore per tutta la durata del soggiorno se il soggetto sottoposto alle prestazioni sanitarie è minorenne oppure non autosufficiente e se la presenza di un accompagnatore è richiesta sulla base di specifici protocolli del centro trapianti extraregionale; esclusivamente per il giorno dell'intervento e per i due giorni successivi negli altri casi.

Qualora il trapianto necessiti, sulla base di specifici protocolli del centro trapianti extra regionale, di sanificazione dell'alloggio fuori regione, i rimborsi ricomprendono anche tali costi.

Infine, le percentuali del rimborso sono determinate sulla base di tre fasce economiche differenziate relative al reddito annuo complessivo IRPEF del nucleo familiare o al valore ISEE, garantendo una copertura totale per la fascia economica più bassa e una copertura parziale decrescente per le altre due.

Per i minori di età l'entità del rimborso è comunque pari al totale delle spese sostenute. Il rimborso è riconosciuto anche a favore dell'eventuale donatore

⁹ Legge regionale 21 febbraio 2019, n. 12 (Disposizioni in merito ai rimborsi connessi alle procedure di trapianto di organi presso centri trapianto collocati in altre regioni italiane).

vivente nonché del suo eventuale accompagnatore, a prescindere dalle fasce economiche.

Le fasce economiche e le relative percentuali di riduzione sono adeguate con deliberazione della Giunta regionale in conformità alle eventuali variazioni delle fasce economiche previste per la compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria.

Sempre con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le modalità procedurali con cui le aziende unità sanitarie locali procedono alla erogazione dei rimborsi.

Nell'iter legislativo, vi è stata una fase di audizioni dei soggetti interessati.

Su mandato del Presidente della Terza Commissione è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico composto dai competenti uffici della Giunta e del Consiglio.

Il gruppo ha provveduto ad alcune riformulazione tecniche dell'atto normativo alla luce delle osservazioni mosse dall'ufficio legislativo e dagli altri uffici consiliari, ed ha altresì fornito il proprio supporto per la disamina delle osservazioni prodotte dai soggetti ascoltati e per l'elaborazione di alcuni emendamenti promossi dal Presidente della Commissione.

In particolare, il testo riformulato dal gruppo di lavoro ha eliminato una lacuna, annoverando espressamente fra le condizioni che legittimano il rimborso anche la fattispecie dell'iscrizione dei minori nella lista nazionale pediatrica, inizialmente non contemplata.

Per quanto attiene alla copertura finanziaria, dai dati forniti dall'Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana (IRPET) e relativi alla distribuzione della popolazione toscana fra le diverse fasce di reddito, emerge che la legge è in grado di assicurare rimborsi totali o parziali ad oltre il 90 per cento dei pazienti toscani oggetto di trapianto.

In commissione, sono stati approvati vari emendamenti: quello che differenzia i rimborsi in ragione di una pluralità di fasce di reddito, mentre il testo originario ammetteva al rimborso solo i pazienti con un reddito IRPEF inferiore ad euro 36.000,00 o con un valore ISEE inferiore ad euro 50.000,00; quello che ha incluso fra i costi rimborsabili le eventuali spese di sanificazione degli alloggi; quello che consente il rimborso dell'accompagnatore anche nell'ipotesi che la sua presenza sia richiesta sulla base di specifici protocolli del centro trapianti extraregionale; quello che assicura la copertura totale delle spese, entro i limiti di ammissibilità, a favore dei minori e dei donatori, a prescindere dalle fasce di reddito.

La legge è stata approvata all'unanimità sia in commissione che in aula.

2. LE POLITICHE SOCIALI

2.1 POLITICHE PER L'ACCOGLIENZA

La legge regionale 45/2019¹⁰ innova sia la legge regionale 41/2005¹¹ che la legge regionale 29/2009¹² adeguando la legislazione regionale alle nuove disposizioni statali in materia di immigrazione, rinvenibili in particolare nel decreto legge 113/2018¹³.

Il suddetto decreto legge 113/2018 tratta il fenomeno dei richiedenti asilo e delle forme di protezione e accoglienza, ed abroga la tipologia del permesso di soggiorno rilasciato per protezione umanitaria.

Il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) viene ridenominato come “Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati” e limitato ai soli rifugiati o titolari di protezione sussidiaria e ai minori stranieri non accompagnati.

Nell'abrogare l'istituto del rilascio del permesso di soggiorno per motivi umanitari, la fonte statale introduce una tipizzazione delle tipologie di tutela complementare, definendo i seguenti casi:

- a) condizioni di salute di eccezionale gravità;
- b) situazioni contingenti di calamità naturale nel Paese di origine che impediscono temporaneamente il rientro dello straniero in condizioni di sicurezza;
- c) premio per il cittadino straniero che abbia compiuto atti di particolare valore civile;
- d) altre ipotesi di tutela per esigenze di carattere umanitario già previste dal decreto legislativo 286/1998¹⁴ relative a vittime di tratta, vittime di violenza domestica, vittime di sfruttamento lavorativo.

Tornando alla legge regionale in questione, sono recepite nell'ordinamento regionale le nuove disposizioni statali sulle tipologie di permesso di soggiorno, statuendo altresì il principio secondo cui a tutte le

¹⁰ Legge regionale 17 luglio 2019, n. 45 (Disposizioni per la tutela dei bisogni essenziali della persona umana. Modifiche alla l.r. 41/2005 e alla l.r. 29/2009).

¹¹ Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

¹² Legge regionale 9 giugno 2009, n. 29 (Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana).

¹³ Decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113 (Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 1° dicembre 2018, n. 132.

¹⁴ Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

persone dimoranti sul territorio regionale è assicurato l'accesso alle prestazioni sanitarie e assistenziali essenziali previste dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

È poi specificato che alle persone a qualunque titolo dimoranti in Toscana in condizione di grave marginalità o a rischio di vulnerabilità sociale è comunque garantito:

- l'accesso alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, anche di carattere continuativo, per malattia o infortunio, nonché ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva;
- l'accesso agli interventi di natura sociale e a carattere emergenziale e il soddisfacimento dei bisogni essenziali primari anche attraverso soluzioni e sistemazioni temporanee di accoglienza;
- l'accesso dei minori all'istruzione obbligatoria e ai servizi per l'infanzia.

Gli interventi urgenti indifferibili di cui sopra sono definiti nell'ambito della programmazione regionale e posti in essere in collaborazione con le amministrazioni locali e con i soggetti del terzo settore.

Inoltre, la Regione sostiene iniziative e progetti rivolti a favorire l'integrazione delle persone destinatarie delle misure di accoglienza previste dalla normativa statale a favore dei richiedenti protezione internazionale, in collaborazione con le comunità locali e attraverso la partecipazione alle opportunità di finanziamento di livello nazionale e comunitario vincolate a tali obiettivi nonché nel quadro della programmazione integrata socio-sanitaria.

Il preambolo illustra i motivi dell'intervento evidenziando la necessità di adeguare la normativa regionale a quella nazionale e di tutelare al contempo i diritti inviolabili fondamentali di tutte le persone che si trovino in condizioni di estremo bisogno, assicurando continuità degli interventi anche a coloro che si vengano a trovare fuori dal sistema dell'accoglienza per effetto del mutato quadro normativo statale.

Come esplicitato nelle relazioni di accompagnamento, la legge non estende la platea dei beneficiari delle attuali misure di intervento e non comporta nuove spese per l'accesso alle prestazioni sanitarie, sociali e socio-assistenziali.

Tuttavia, a fini di chiarezza e univocità normativa, la scheda di legittimità suggeriva di fare riferimento nel testo alle prestazioni assistenziali e sanitarie "essenziali", quale dizione atta a rappresentare la sostanziale coincidenza fra le prestazioni attualmente garantite dal sistema socio-sanitario e quelle contemplate dalla legge in parola. In commissione il testo di legge è stato emendato accogliendo il suggerimento della scheda di legittimità.

La scheda sottolineava inoltre come sul piano soggettivo la legge riferisca gli interventi previsti alle "persone dimoranti", dizione già presente nella normativa regionale, comprendente tutte le situazioni personali soggettive delle persone presenti sul territorio regionale.

In tale senso la legge interpreta le competenze regionali alla luce dei doveri di intervento riconosciuti in capo alla Regione dalla giurisprudenza costituzionale, ed in particolare dalla sentenza 269 del 2010.

Tale sentenza ha espressamente statuito che lo straniero è titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona ed in particolare, con riferimento al diritto all'assistenza sanitaria, che esiste un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione di quel diritto. Quest'ultimo deve perciò essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso.

Per contro, la scheda riscontrava un profilo di illegittimità nella norma della originaria proposta di legge con cui si stabiliva che tutti gli stranieri dimoranti in Regione in possesso di idoneo titolo di soggiorno sono iscritti al servizio sanitario regionale; norma che contemplava una sorta di iscrizione "*ope legis*" al servizio sanitario regionale.

In sostanza, la previsione regionale si poneva in contrasto col testo unico in materia di immigrazione¹⁵, che prevede sia casi di iscrizione obbligatoria sia casi di iscrizione facoltativa, così violando la potestà legislativa esclusiva statale in tale materia.

In aula, la norma è stata soppressa anche alla luce del rilievo dell'ufficio legislativo.

2.2 L'ACCREDITAMENTO SOCIALE

Ancorché entrata in vigore ai primi del 2020, la legge regionale 1/2020¹⁶ è sostanzialmente ascrivibile all'attività legislativa consiliare dell'anno 2019, posto che la legge è stata approvata in aula nella seduta del 18 dicembre 2019.

L'atto normativo in questione apporta una serie di modifiche alla legge regionale 82/2009¹⁷, in tema di accreditamento delle strutture e dei servizi del sistema sociale integrato, intervenendo sulla disciplina del procedimento di accreditamento e sulle modalità di esercizio delle funzioni di controllo.

Per quanto concerne le strutture, i controlli sono svolti su tutte le strutture per la prima volta, e a campione in caso di rinnovo. Anche il controllo sul mantenimento dei requisiti è effettuato con metodo a campione.

¹⁵ D.lgs. 286/1998, già citato.

¹⁶ Legge regionale 3 gennaio 2020, n. 1 (Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

¹⁷ Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

Un'altra rilevante novità attiene al procedimento di accreditamento delle nuove strutture. Esse presentano alla Giunta regionale istanza di accreditamento corredata da apposita dichiarazione sostitutiva attestante il possesso dei requisiti di esercizio. Nei trenta giorni successivi la Giunta regionale rilascia l'accredimento previa verifica della regolarità formale dell'istanza medesima e ne dà comunicazione alla struttura e al comune dove essa è ubicata.

L'accredimento ha validità cinque anni, decorrenti dalla data di presentazione dell'istanza.

Sono poi disciplinati in maniera organica i casi di decadenza delle strutture e dei servizi. Infine, il regime transitorio sancito dalla già citata legge regionale 82/2009 per le strutture e i servizi già accreditati viene aggiornato a fini di coordinamento con le altre previsioni dell'articolato.

La scheda di legittimità formulava varie osservazioni in ordine alla proposta di legge.

Il testo originario innovava sostanzialmente la natura del procedimento di accreditamento delle strutture, che non si concludeva più con il rilascio di un provvedimento amministrativo esplicito.

La presentazione dell'istanza corredata da una dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di esercizio produceva "*ex lege*" l'effetto abilitativo dell'accredimento, fermi i controlli "*ex post*" da parte dell'amministrazione.

In sostanza il provvedimento amministrativo era sostituito con una fattispecie in qualche modo riconducibile all'istituto della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA).

Si trattava tuttavia di una SCIA anomala, posto che la nuova disciplina procedimentale non risultava affatto conforme alla disciplina della SCIA quale dettata dalla legge 241/1990¹⁸.

Siffatta variazione procedimentale presentava anche un'altra conseguenza. La legge regionale 82/2009 si applica in generale non solo alle strutture sociali ma anche a quelle socio-sanitarie. La disciplina relativa all'accredimento di queste ultime deve risultare tuttavia omogenea a quella propria dell'accredimento delle strutture sanitarie, secondo quanto espressamente previsto dal decreto legislativo 502/1992; e come peraltro ribadito dalla Corte costituzionale con la sentenza 127 del 2018.

La proposta di legge appariva quindi discutibile sotto il profilo della conformità ai principi sanciti dalla normativa statale, giacché determinava una evidente differenziazione fra le strutture sanitarie e quelle socio-sanitarie in ordine alle modalità di conseguimento dell'accredimento: per le prime richiedendosi il rilascio di un provvedimento amministrativo ai sensi del decreto

¹⁸ Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi).

legislativo 502/1992 e della legge 51/2009; per le seconde richiedendosi la presentazione di una sorta di SCIA “*sui generis*”.

Per quanto concerne il regime dei controlli, la scheda rilevava inoltre alcuni elementi di indeterminatezza e alcune imprecisioni tecniche.

Alla luce dei rilievi dell’ufficio legislativo e degli altri uffici consiliari è stato costituito un gruppo di lavoro composto dai competenti uffici di Giunta e Consiglio, che ha provveduto ad un’ampia riformulazione tecnica del testo normativo.

In particolare, come prima precisato, nella sua versione finale la legge richiede che il procedimento di accreditamento delle strutture si concluda comunque mediante un formale provvedimento di rilascio, ancorché l’accreditamento produca i suoi effetti a decorrere dalla presentazione della relativa istanza.

2.3 IL CONTRASTO AL BULLISMO E AL CYBERBULLISMO

Con la legge regionale 71/2019¹⁹ sono promosse azioni di prevenzione e di contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo al fine di tutelare e valorizzare la crescita educativa, sociale e psicologica delle persone di minore età nei loro contesti di vita, nonché azioni di monitoraggio-analisi dello sviluppo del fenomeno e dell’efficacia delle misure attuate. Per la disamina della legge si rinvia alla relazione del rapporto riguardante le politiche giovanili, culturali e del lavoro.

3. POLITICHE PER LA CASA

La legge regionale 36/2019²⁰ reca norme in materia di alienazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP), siti nella frazione di Cardoso del Comune di Stazzema, a favore degli assegnatari conduttori di cui alla legge regionale 46/1996²¹. Sul tema, si rinvia alla relazione del rapporto riguardante l’edilizia residenziale pubblica.

¹⁹ Legge regionale 26 novembre 2019, n. 71 (Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo).

²⁰ Legge regionale 20 giugno 2019, n. 36 (Norme in materia di alienazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP), siti nella frazione di Cardoso del Comune di Stazzema, a favore degli assegnatari conduttori di cui alla l.r. 46/1996).

²¹ Legge regionale 27 giugno 1996, n. 46 (Interventi straordinari ed urgenti per gli eventi calamitosi verificatisi in Toscana il 19 giugno 1996), abrogata con l.r. 23 luglio 2009, n. 40, art. 70.

4. LE LEGGI TRASVERSALI

La legge regionale 79/2019²² prevede un contributo all'Azienda unità sanitaria locale Toscana Centro per la stipula di un accordo di collaborazione fra l'azienda medesima e il Comune di Prato atto a consentire lo svolgimento da parte della polizia municipale di attività di affiancamento nelle azioni di vigilanza effettuate nell'ambito del piano straordinario di controlli per il lavoro sicuro nell'Area Toscana centro.

A sua volta, la legge regionale 80/2019²³ provvede a rifinanziare le leggi regionali concernenti la redistribuzione delle eccedenze alimentari, il contrasto della violenza di genere, la mobilità individuale e l'autonomia personale delle persone con disabilità.

La stessa legge regionale 80/2019 apporta altresì alcuni aggiustamenti alla legge regionale 65/2018²⁴ e alla legge regionale 66/2018²⁵ al fine di adempiere ad impegni assunti dalla Regione col Governo, secondo il principio della leale collaborazione, in occasione del vaglio governativo su quest'ultime leggi regionali.

²² Legge regionale 23 dicembre 2019, n. 79 (Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla legge di stabilità per l'anno 2020).

²³ Legge regionale 23 dicembre 2019, n. 80 (Legge di stabilità per l'anno 2020).

²⁴ Legge regionale 27 novembre 2018, n. 65 (Disposizioni in merito alle articolazioni territoriali delle zone-distretto).

²⁵ Legge regionale 28 novembre 2018, n. 66 (Disposizioni in merito al trattamento domiciliare del paziente emofilico).