

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3316

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato SAPIA

Disposizioni concernenti la ripartizione delle competenze in materia di tutela della salute tra lo Stato, le regioni e gli enti locali e l'attribuzione al sindaco di funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo in materia di salute pubblica

Presentata il 13 ottobre 2021

ONOREVOLI COLLEGHI! — Un complesso e variegato quadro normativo sviluppatosi nel tempo, a decorrere dall'entrata in vigore del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, disciplina l'attribuzione delle responsabilità, in ambito locale, per quanto concerne la tutela della salute pubblica.

In tale ottica, le predette funzioni, non espressamente riservate allo Stato e alle regioni, ai sensi degli articoli 6 e 7 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, e dell'articolo 117, secondo comma, della Costituzione, sono attribuite alle ex unità sanitarie locali, ora aziende sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 14 della stessa legge, fatte salve le attribuzioni previste in capo ai sindaci, quali autorità sanitaria locale, ai sensi dell'articolo 13, secondo comma, della medesima legge.

La diversa configurazione del potere decisionale in materia di igiene e sanità pubblica in ambito locale, prevista per macro interventi, non opportunamente individuati, si è ulteriormente arricchita con l'emanazione del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, di seguito « TUEL », il quale, ai sensi dell'articolo 50, comma 5, attribuisce al sindaco il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti, non in qualità di ufficiale del Governo, bensì di capo dell'amministrazione locale, una disposizione che trae origine dall'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Posto ciò, la disciplina stabilita dall'articolo 107 del TUEL in materia di funzioni e responsabilità della dirigenza, suffragata dai prevalenti orientamenti dottrinali e giurisprudenziali, può prevedere la delega ai

profili dirigenziali degli enti locali per quanto attiene alle ordinanze contingibili e urgenti.

La recente emergenza pandemica da COVID-19, con la dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria, ai sensi del codice della protezione civile, di cui al decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, ha rafforzato il potere di ordinanza straordinaria e urgente dei sindaci, quali massima espressione di vertice per la tutela sanitaria delle comunità locali, al fine di preservare le comunità medesime dal rischio epidemiologico, con la previsione di interventi maggiormente restrittivi rispetto alle disposizioni emanate dall'autorità governativa, secondo la previsione dettata dall'articolo 32, terzo comma, della legge n. 833 del 1978.

Il ruolo di straordinarietà e di urgenza riservato dalla legge ai sindaci in materia di igiene e medicina preventiva, per la tutela delle popolazioni amministrate, rappresenta una « *deminutio capitis* », lesiva delle prerogative che devono essere assegnate agli stessi tutori delle comunità locali, in quanto massimi organi di vertice, primi rappresentanti degli interessi sanitari individuali e collettivi.

La tutela della salute delle comunità deve costituire uno scopo precipuo e ordinario per i sindaci, soprattutto in materia di prevenzione, di fabbisogno dei servizi della rete territoriale, ospedaliera e di emergenza e urgenza, sulla base dei dati di morbilità, di comorbilità e di vulnerabilità sanitaria e sociale, nonché degli indici di deprivazione socio-economica. Contemporaneamente deve essere modificato, in sede legislativa, il criterio di fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, basato, allo stato, su algoritmi matematici e sui bacini di utenza, nonché su logiche econometriche e contabili che, in nome della sostenibilità del debito pubblico e del principio del pareggio di bilancio, introdotto nell'ordinamento italiano con la legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, hanno progressivamente compresso le spese destinate all'investimento strutturale e tecnologico, all'adeguamento e al miglioramento sismico e alla dotazione organica degli enti del Servizio sanitario nazionale,

sia in ambito preventivo sia territoriale, ospedaliero e di emergenza e urgenza.

A tale proposito si ricorda che in sede di adozione del Piano nazionale della salute 2022-2024, si è auspicato che gli enti locali agiscano sinergicamente, quali programmatori, attori e fruitori dei servizi sanitari individuali e collettivi.

A riscontro di quanto esposto, risulta evidente che le prerogative di tutela della salute delle comunità locali, conferite ai sindaci, sono in realtà vincolate e subordinate agli apparati amministrativi delle aziende sanitarie locali, che esercitano *de facto* il potere di controllo sui territori, con l'emanazione di precetti ai quali i sindaci devono necessariamente adeguarsi, diventandone meri esecutori. Viene meno, pertanto, nella sostanza, l'autonomo potere decisorio dei sindaci in materia di tutela della salute. La logica aziendalistica, introdotta con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e confermata dalle modifiche apportate allo stesso decreto dai decreti legislativi 7 dicembre 1993, n. 517, e 19 giugno 1999, n. 229, ha connotato l'impianto normativo del Servizio sanitario nazionale, invertendone la logica universalistica e sussidiaria prevista dalla legge n. 833 del 1978, sminuendo, senza dubbio, il ruolo dei sindaci in materia di prevenzione, vigilanza e controllo epidemiologico dei territori e riducendone il potere di intervento alla sola contingibilità e urgenza, secondo la disciplina stabilita dall'articolo 32, terzo comma, della legge n. 833 del 1978 e dall'articolo 50, comma 5, del TUEL.

È auspicabile, ai fini del ripristino del reale potere di programmazione, indirizzo, verifica e controllo delle necessità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria dei territori, una modifica radicale delle norme ordinamentali previste dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che individui nei sindaci i primi decisori per quanto concerne la programmazione, l'indirizzo, la verifica e il controllo in materia di tutela della salute dei territori amministrati, anche mediante modalità associative tra comuni, sancendo, in tal modo, il primato della sana politica di tutela sanitaria, sia ordinaria che contingibile e urgente.

Alle strutture amministrative delle aziende sanitarie locali, diversamente organizzate a livello regionale, va attribuito il ruolo di supporto, con l'individuazione dei sindaci quali organi di vertice, primi responsabili e titolari di un potere in materia sanitaria che deve andare oltre la straordinarietà e l'urgenza, fermi restando il criterio di individuazione dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari, ai sensi del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, nonché le altre disposizioni legislative vigenti, in quanto compatibili con la presente proposta di legge.

L'articolo 1 della presente proposta di legge definisce l'ambito di applicazione e i principi generali.

L'articolo 2 stabilisce le competenze e le prerogative dello Stato.

L'articolo 3 riordina le competenze delle regioni.

L'articolo 4 definisce le competenze della conferenza dei sindaci.

L'articolo 5 fissa le competenze dei sindaci.

L'articolo 6 determina il fabbisogno dei servizi della rete di prevenzione e dei servizi della rete territoriale.

L'articolo 7 determina il fabbisogno dei servizi della rete ospedaliera di emergenza e urgenza.

L'articolo 8 prevede l'abrogazione delle disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992 incompatibili con la legge.

L'articolo 9 prevede l'invarianza finanziaria della legge.

L'articolo 10 fissa l'entrata in vigore della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali)

1. A integrazione di quanto disposto dagli articoli 13, secondo comma, e 32, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dall'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, i sindaci sono individuati, attraverso la conferenza dei sindaci, organizzata a livello regionale, quali organi di programmazione del fabbisogno di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria dei territori di riferimento, in ambito preventivo nonché di rete territoriale, ospedaliera e di emergenza e urgenza, in conformità con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, nell'ambito delle attribuzioni di cui all'articolo 117, commi secondo e terzo, della Costituzione.

2. Le disposizioni del comma 1 del presente articolo si applicano anche alle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi sanitari regionali, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e alla procedura di commissariamento, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione e dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Art. 2.

(Competenze dello Stato)

1. Lo Stato, nel rispetto delle disposizioni dei commi secondo e terzo dell'articolo 117 della Costituzione, provvede all'emanazione degli atti di programmazione sanitaria nazionale, mediante l'adozione del Patto per la salute e delle altre disposizioni in materia sanitaria, tenuto conto delle prerogative riservate ai sindaci in materia di programmazione del fabbisogno di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria dei territori di riferimento, di cui

all'articolo 1, comma 1, della presente legge. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, il criterio di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale basato sulla quota capitaria pesata, di cui al comma 34 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è sostituito, previa determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, nonché dei criteri di perequazione, dal criterio di ripartizione fondato sui dati epidemiologici di morbilità, di comorbilità e di vulnerabilità socio-sanitaria e sugli indici di deprivazione socio-economica.

Art. 3.

(Competenze delle regioni)

1. Ai sensi dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, competono alle regioni, nel rispetto degli atti della programmazione demandati allo Stato, gli atti legislativi di programmazione del fabbisogno di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, tenuto conto della necessità preventiva e inderogabile di acquisire, attraverso le regioni, gli indirizzi programmatici espressi, quale organo istituzionale, dalla conferenza dei sindaci.

2. Le regioni tengono conto, in sede di adozione dei piani sanitari regionali, nonché degli altri atti di programmazione sanitaria, delle determinazioni adottate dalla conferenza dei sindaci, dando priorità alle spese destinate all'investimento strutturale e tecnologico, all'adeguamento e al miglioramento sismico e alla dotazione organica degli enti del Servizio sanitario nazionale.

3. Le disposizioni dei commi 1 e 2 del presente articolo si applicano anche alle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi sanitari regionali, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e alla procedura di commissariamento, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione e dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Art. 4.

(Competenze della conferenza dei sindaci)

1. Al fine di assicurare, da parte dei sindaci, l'efficace adempimento delle loro funzioni di programmazione, di indirizzo, di verifica e di controllo in materia di tutela della salute dei cittadini, la conferenza dei sindaci determina il fabbisogno di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria dei territori di riferimento, sulla base dei dati di morbilità, di comorbilità e di vulnerabilità socio-sanitaria e degli indici di deprivazione socio-economica, ai fini di una completa, reale e concreta garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in ambito preventivo nonché di rete territoriale, ospedaliera e di emergenza e urgenza.

2. Al fine di assicurare una programmazione unitaria dei fabbisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria dei cittadini, la conferenza dei sindaci recepisce in propri atti formali le istanze provenienti dai territori di riferimento relative alla prevenzione primaria e secondaria nonché all'assistenza di rete territoriale, ospedaliera e di emergenza e urgenza.

3. La conferenza dei sindaci esamina, con cadenza semestrale, lo stato di attuazione degli atti di programmazione e di gestione da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, ai fini della verifica della realizzazione degli obiettivi contrattualmente fissati e della conferma degli incarichi conferiti ai sensi del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171. La valutazione negativa annuale dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, da parte della conferenza dei sindaci, comporta la loro automatica decadenza dall'incarico.

Art. 5.

(Competenze dei sindaci)

1. I sindaci, quali primi rilevatori del fabbisogno di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria e allo scopo di modificare le attuali competenze straordinarie e urgenti in materia sanitaria e socio-sanitaria, effettuano, con cadenza seme-

strale, la rilevazione del fabbisogno dei territori di riferimento in ambito preventivo nonché di rete territoriale, ospedaliera e di emergenza e urgenza, che è trasmessa alla conferenza dei sindaci ai fini del formale recepimento dei citati fabbisogni e del successivo invio alla direzione strategica dell'azienda sanitaria locale competente e agli organi della programmazione regionale.

Art. 6.

(Determinazione del fabbisogno dei servizi della rete di prevenzione e dei servizi della rete territoriale)

1. Ai fini della determinazione del fabbisogno dei servizi della rete di prevenzione e dei servizi della rete territoriale, i sindaci provvedono all'adozione dei relativi atti formali, tenendo conto del principio di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, dei livelli essenziali di assistenza e della necessità di un eventuale ricorso ai fondi perequativi. Le determinazioni assunte sono recepite in sede di conferenza dei sindaci e trasmesse agli organi della programmazione sanitaria regionale e aziendale.

Art. 7.

(Determinazione del fabbisogno dei servizi della rete ospedaliera e di emergenza e urgenza)

1. Ai fini della determinazione del fabbisogno dei servizi della rete ospedaliera e di emergenza e urgenza non si tiene conto dei parametri e degli algoritmi basati su logiche econometriche e sui bacini di utenza, bensì della necessità di modificare gli attuali *standard* di determinazione dei posti letto della rete ospedaliera pubblica e privata accreditata effettivamente in carico ai servizi sanitari regionali, allo scopo di assicurare un'assistenza ospedaliera cosiddetta «di prossimità», in una logica di continuità tra l'ospedale e il territorio di riferimento e di filtro nei confronti della rete ospedaliera basata sul modello *hub*

and spoke, ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, secondo una graduazione di complessità assistenziale.

Art. 8.

(Abrogazioni)

1. Sono abrogate le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, incompatibili con la presente legge.

Art. 9.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e ai relativi oneri si provvede a carico degli ordinari stanziamenti di bilancio delle amministrazioni interessate.

Art. 10.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore decorsi centottanta giorni dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

