

GUIDO GUIDI

COMUNI E UNITA' SANITARIE LOCALI

SOMMARIO: 1. Individuazione del rapporto tra Comuni e USL. — 2. La qualificazione delle USL quali «strutture operative» dei Comuni e delle CM. — 3. La soluzione adottata nel disegno di legge del Governo e la scelta di autonomia contenuta nella legge n. 833. — 4. USL pluricomunali. — 5. «Utilizzazione» delle CM.

1. Non poche sono le novità introdotte dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, sulla struttura del sistema preesistente.

La legge punta, nella traccia delineata dall'ormai noto d.p.r. 616, su un sistema essenzialmente locale e coinvolge, con funzioni diverse, la Regione, le Province, i Comuni e le Unità Sanitarie Locali, adottando una soluzione già sperimentata in altri Paesi europei.

In Italia tuttavia la riforma assume un significato particolare. Infatti, oltre a costituire l'occasione per riorganizzare su basi nuove il settore sanitario, rappresenta anche il primo esperimento per il riassetto dei poteri locali, da attuarsi attraverso il riaccorpamento e la riqualificazione delle funzioni socio-sanitarie locali assegnate al complesso delle USL.

Attorno a tali nuove strutture è giusto che si concentri l'attenzione degli operatori e di quanti si occupano di problemi sanitari; l'unità sanitaria costituisce infatti la cellula fondamentale nel cui ambito si riorganizzerà l'intero settore. Questione essenziale è la sua collocazione giuridica nell'ambito dei poteri locali.

L'art. 10 la definisce: «Complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli o associati, e delle comunità montane» cui spetta l'assolvimento dei compiti del servizio sanitario nazionale. Argomentando in tal modo però non delinea alcuna caratterizzazione giuridica e finisce per affermare due principi già

assodati, secondo cui: da un lato, l'unica autorità per la gestione locale del settore sanitario s'individua nelle Unità sanitarie locali; dall'altro, che tra queste e i Comuni (o le Comunità montane) esiste una relazione strettissima, la cui natura, ancora incerta, dovrà essere definita nel contesto delle reciproche interrelazioni delineate nella legge e nelle prospettive di riforma delle autonomie locali.

È sulla tipologia di tale relazione che ci si vuole soffermare dal momento che, attraverso questa, possiamo ricavare una prima concreta indicazione del modo in cui il legislatore intende attuare le previsioni di potenziamento del ruolo degli enti comunali enunciate nel decreto n. 616 ⁽¹⁾.

2. L'art. 13 della legge 833, nel trattare delle attribuzioni sanitarie spettanti ai Comuni, afferma che questi «esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata *mediante* le unità sanitarie locali» ⁽²⁾; e più oltre, nell'art. 15, specifica che queste costituiscono la «*struttura operativa*» dei Comuni e delle Comunità montane ⁽³⁾. Tali caratterizzazioni costituiscono l'unico contributo letterale all'individuazione della natura delle USL.

Su questa base sembrerebbe scontata la loro classificazione tra gli enti strumentali ⁽⁴⁾, tra quegli organismi cioè che si collocano in un rapporto di subordinazione rispetto ad altri. A questo dato però si contrappongono disposizioni contrastanti.

In verità, anche in mancanza di indicazioni contrarie, dalla

⁽¹⁾ Nell'ambito della vasta bibliografia a commento del d.p.r. 616, si può ricordare l'intero fascicolo della rivista *Le Regioni*, 1977 n. 6, con interventi di: PASTORI, MOR, POTOTSCHNIC, BARTOLE, MORBIDELLI, DOMENICHELLI.

⁽²⁾ La medesima formulazione era contenuta nel progetto approvato dalla XIV Commissione permanente della Camera (Art. 13 comma 2).

⁽³⁾ Tale qualificazione non si riscontra nel testo approvato dalla XIV Commissione della Camera.

⁽⁴⁾ Per la tipologia di tali enti si può vedere: GIANNINI, *Diritto Amministrativo*, Milano 1970, I, 191 sgg.

semplice definizione del ruolo «operativo» delle USL non si può trarre la conclusione del loro carattere strumentale. Tale rapporto, così genericamente definito, può oggettivarsi infatti in modi notevolmente diversi. Uno di questi è senz'altro il rapporto di strumentalità; non si può escludere, a priori, tuttavia, l'istaurazione di un rapporto di vera e propria delegazione.

Per arrivare ad una qualificazione giuridica più rigorosa è indispensabile quindi analizzare più da vicino le reciproche interrelazioni tra Comuni e USL.

Dal legislatore nazionale in ogni caso non ci si poteva attendere di più. La legge n. 833 infatti non è nata quale legislazione sugli enti ⁽⁵⁾, per cui le USL sono prese in considerazione soprattutto per le attività che svolgono e i servizi che prestano, trascurandosi ogni problematica di classificazione o inquadramento giuridico, di fatto rinviata all'emananda normativa di riforma delle autonomie locali.

La soluzione di questi problemi spetta quindi per ora all'interprete.

3. Sulla base del disegno di legge approvato dalla XIV Commissione parlamentare della Camera dei Deputati l'USL veniva definita mera unità di gestione ⁽⁶⁾, del tutto simile alle aziende municipalizzate comunali estese dal settore industriale al settore dei servizi sociali e dell'assistenza sanitaria.

Tale conclusione era determinata da una serie di elementi concordanti tutti volti a confermare la natura strumentale dell'USL: organo al servizio dei Comuni.

È sufficiente ricordare in proposito la netta distinzione praticata in quel progetto tra funzioni deliberanti, di esclusiva spettanza

⁽⁵⁾ Si veda in proposito: *Il servizio sanitario nazionale*, a cura di ROVERSI MONACO, Milano 1979, 103-104.

⁽⁶⁾ Si veda ad esempio la relazione del Prof. MOR, *L'unità sanitaria locale: configurazione giuridica e competenze*, tenuta al convegno nazionale sulla riforma sanitaria — Milano, 21-22 ottobre 1977. Nello stesso senso: COLOMBO, *Principi ed ordinamento della assistenza sociale*, Milano 1977, special. 173.

tanza dei Comuni ⁽⁷⁾, e funzioni gestionali, di competenza delle strutture socio-sanitarie. Oltre al regime dei controlli, in base al quale tutte le delibere dei nuovi enti sanitari avrebbero dovuto essere sottoposte al vaglio dei singoli Comuni operanti nell'ambito della medesima unità locale ⁽⁸⁾.

Quel progetto ha però subito notevoli modificazioni che hanno capovolto le conclusioni qui riportate.

In base alla legge di riforma sanitaria infatti gli enti comunali perdono la maggior parte dei poteri deliberanti attribuiti loro precedentemente, per essere assegnati a un organo decisionale e politico proprio dell'USL: l'Assemblea generale. Le delibere della nuova struttura socio-sanitaria, inoltre, invece di passare al controllo del Comune, devono essere sottoposte al vaglio del Comitato regionale di controllo competente sugli atti degli enti locali.

Forse che le USL s'inquadrano per questo tra gli enti autonomi? ⁽⁹⁾.

A giudicare anche dal regime adottato per i beni (artt. 65-66), le finanze (art. 51) e il personale (artt. 15 n. 4 e 47), sembrerebbe proprio che l'interrogativo debba ricevere una risposta affermativa ⁽¹⁰⁾.

Per quanto concerne poi i problemi di natura costituzionale, si può ricordare che, accogliendo l'interpretazione prevalente della categoria *de quo*, secondo cui autonomie locali sarebbero soltanto gli enti di cui all'art. 128 Cost. e le altre strutture di questi «proiezione», le USL rientrerebbero ugualmente in quella. Infatti, nella specie, ci troviamo addirittura in un'ipotesi d'im-

⁽⁷⁾ Art. 15 n. 5 del testo.

⁽⁸⁾ Art. 42.

⁽⁹⁾ Per PIZZETTI, *Il sistema costituzionale delle autonomie locali*, Milano 1979, in specie 506 e 555, dal tipo di controllo previsto sugli atti non si possono ricavare indizi sulla tipologia dell'ente.

⁽¹⁰⁾ In tal senso anche CIPOLLA, *Prime riflessioni su servizio sanitario nazionale e autonomie locali*, in *Le Regioni*, 1979, I, 119-120.

medesimazione degli organi deliberanti del Comune e dell'unità sanitaria.

Questa si può considerare quindi una struttura essenzialmente autonoma, anche se tale autonomia viene esercitata congiuntamente ai Comuni con i quali costituisce un *unicum* amministrativo. Con questi opera su un medesimo territorio e sulla stessa popolazione in un rapporto che vede i Comuni, enti a fini generali, titolari di «tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni» (art. 13 L. n. 833), e le USL, strutture specializzate, competenti soltanto alla loro gestione. Tale rapporto può qualificarsi quale rapporto di delegazione necessaria tra organismi autonomi per la gestione specializzata dei servizi socio-sanitari.

4. Fin'ora abbiamo ipotizzato soltanto il caso in cui l'ambito d'azione socio-sanitaria coincide con l'ambito di un Comune o di una sua parte. Si deve però ritenere che, dato il sistema ampiamente polverizzato, l'ipotesi più ricorrente vedrà ricomprendere in un'unica USL più Comuni.

È quanto consente l'art. 13 della legge nel prevedere l'attribuzione delle funzioni di assistenza sanitaria e ospedaliera a Comuni «in forma associata», permettendo di addivenire al trasferimento diretto di competenze ai poteri locali pur in presenza dell'attuale assetto degli enti municipali ⁽¹¹⁾.

In questo caso i poteri deliberanti sono assunti da un'apposita Assemblea composta dai rappresentanti eletti dei Comuni associati. Tale Assemblea consente d'individuare una personalità giuridica propria dell'associazione in quanto tale, che, in tal modo, assurge anch'essa a struttura autonoma ed autosufficiente ⁽¹²⁾.

⁽¹¹⁾ Sulle diverse conclusioni cui era giunta la Commissione per il completamento dell'ordinamento regionale presieduta dal prof. Giannini, si può vedere: *Il completamento dell'ordinamento regionale*, Bologna 1977.

⁽¹²⁾ Ai singoli Comuni associati viene conservata una qualche autonomia ri-

Anche qui si deve ipotizzare un rapporto di delegazione necessaria tra Comuni e USL, con la particolarità che in quest'ipotesi i primi diventano titolari delle funzioni di cui all'art. 13 della legge soltanto in quanto e se associati.

5. Qualora l'ambito territoriale dell'USL coincidesse con il territorio di una Comunità montana, le funzioni deliberanti e gestionali saranno esercitate rispettivamente dal Consiglio e dalla Giunta comunitaria, evitandosi così la proliferazione di altri organismi decisionali locali. In questo modo le CM vengono inserite nel sistema di amministrazione del servizio sanitario nazionale.

Ora, ci si domanda, tale inserimento coinvolge la struttura dell'ente in quanto tale, oppure si sostanzia in un'ipotesi di mera *utilizzazione* di organi già esistenti ed operanti a livello intermedio?

Nel testo approvato dalla XIV Commissione della Camera le Comunità montane erano perfettamente equiliate ai Comuni, sia per essere titolari delle stesse competenze comunali ⁽¹³⁾, sia per il regime dei controlli sulle USL. In base a quel progetto la Comunità montana era considerata il grande Comune montano e, quale ente locale di livello comprensoriale, s'inseriva nella gestione del servizio sanitario nazionale in un ruolo attivo di primaria importanza.

Diversa è però la soluzione adottata dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Infatti, conformemente a quanto previsto dall'art. 32 del d.p.r. 616, titolari delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera sono riconosciuti unicamente i comuni, mentre le Comunità montane, private di ogni titolarità

levanza soltanto nel momento dell'assunzione di «decisioni di particolare rilievo», in coincidenza delle quali devono essere consultati preventivamente (art. 15 comma 6), e per l'espletamento dei compiti di cui all'art. 50 n. 2.

⁽¹³⁾ Si veda in tal senso anche l'art. 25 comma 4 del d.p.r. n. 616.

di funzioni, sono escluse anche dall'esercizio del controllo sulle USL ⁽¹⁴⁾.

Si deve concludere quindi che la legge n. 833 ha fatto cadere il dato più caratterizzante della parificazione tra Comuni e CM, le quali non entrano a far parte del S.S.N. se non per il tramite dei propri organi che sono semplicemente *utilizzati* dall'associazione dei Comuni per la gestione dell'USL. In altre parole si deve affermare che anche nelle zone ove operano, in base alla legge n. 1102 del 1971, le Comunità montane, nel caso di costituzione di USL pluricomunali, ai fini dell'attribuzione e dell'esercizio delle funzioni socio-sanitarie, esistono soltanto i Comuni associati, che operano attraverso gli organi delle CM, e non le CM.

Probabilmente sarebbe stato più opportuno che le strutture comunitarie non venissero utilizzate affatto.

Il coinvolgimento di queste aveva certamente un preciso significato nelle indicazioni di parificazione con i Comuni contenute nell'art. 1 lett. e) della notissima legge 382. Caduto però tale progetto, anche per la coraggiosa previsione della figura dell'associazione obbligatoria di Comuni, sarebbe stato più opportuno, al fine di ottenere strutture gestionali uniformi su tutto il territorio nazionale, che gli organismi comunitari fossero stati utilizzati soltanto per l'esercizio di compiti di programmazione generale. Invece, nell'attuale situazione finiamo per avere: nelle zone montane, un Comitato di gestione che, in quanto coincidente con la giunta comunitaria, è espressione delle sole forze di maggioranza; mentre, nelle restanti zone, in quanto eletto dall'Assemblea generale con voto limitato, rappresenta anche le minoranze.

⁽¹⁴⁾ Si vedano soltanto le funzioni d'iniziativa assegnate ai Presidenti delle CM dall'art. 50.