

## RAPPORTI FRA L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ E GLI ENTI REGIONALI ED INFRAREGIONALI

G. DE CESARE

*Ordinario di Diritto amministrativo, Università degli studi, Perugia; Capo dell'Ufficio legislativo del Ministero del Bilancio*

Innanzitutto, chiedendo venia al Presidente, vorrei iniziare da un fatto personale. Sono stato molto lieto dell'invito ad essere relatore in questo convegno, perché proprio da questo Istituto ho iniziato in qualche misura ad interessarmi delle questioni sanitarie e a dare il supporto tecnico al legislatore nel campo sanitario. Sono entrato in questo Istituto in un'epoca infausta, cioè ai tempi del processo Marotta; fui chiamato per alcune questioni, inerenti i contratti, dall'allora Direttore del Laboratorio di Fisica Prof. Ageno; data infausta, direi, non per l'Istituto, ma data infausta per la ricerca scientifica pubblica in Italia, perché non c'è dubbio che da quei tempi sia l'Istituto Superiore di Sanità che altri prestigiosi organismi hanno conosciuto un generale appiattimento degli apparati burocratici dell'amministrazione. Si deve saper distinguere che l'ufficio tecnico e l'ufficio burocratico sono due organismi diversi, devono rispondere a leggi diverse; una cosa è, per citarne il più prestigioso, la Ragioneria Generale dello Stato, organo burocratico, altra cosa è l'Istituto Superiore di Sanità. Devo inoltre dire che, in verità, avendo seguito le leggi che hanno "toccato" l'Istituto Superiore di Sanità in questi venti anni, la legge 519 rispecchia abbastanza fedelmente e quanto si era detto e quanto si era proposto prima e quanto si pensa oggi. Per quanto si era proposto prima, basta andare a vedere gli atti della Commissione Nigro, da cui in fondo discende la legge 519 e anche una bozza di disegno di legge, predisposto da una Commissione permanente del personale, proprio in questa aula negli anni 1968-69.

L'altro giorno, preparandomi a questa relazione, ho riletto quel libretto azzurro in cui si proponeva un disegno di legge sull'Istituto Superiore di Sanità e, a parte le questioni del personale, si ritrovano tali e quali le dizioni giuridiche che poi sono state introdotte — per quanto attiene all'attività dell'Istituto Superiore di Sanità, ai compiti e alle funzioni — dal legislatore nel 1973. E, del resto, è anche da tener presente che il Governo, in questi ultimi giorni, sta predisponendo un testo organico sull'Istituto Centrale di Statistica, e, in effetti, non fa che conformare l'Istituto Centrale di Statistica ad un organo tecnico con ordinamento autonomo tal quale, ripeto, la legge 519 ha disposto per l'ISS. Ora, il Con-

sigliere Iannotta, e non è per plageria, ha magistralmente incardinato l'Istituto Superiore di Sanità nelle sue attribuzioni, nei suoi compiti, nell'attuale ordinamento.

Per andare a vedere quali sono i rapporti tra Istituto Superiore di Sanità, Regioni, Enti infraregionali, occorre fare una breve premessa sulla situazione attuale della materia sanitaria nel nostro Paese. Perché? Ve lo spiego. Vedete, sino agli anni '40 la materia igiene e sanità, in fondo, non era che un capitolo del diritto amministrativo e nessuno lo può dire meglio, avendolo illustrato, del Presidente Papaldo che è qui presente, perché più che la quantità degli atti normativi dei diversi ordini, reggenti la materia, prevaleva la semplicità delle linee di disciplina della materia medesima. Nei suoi tratti essenziali il quadro della materia sanitaria negli anni '40 consisteva in una congiunzione di servizi di assistenza e di funzioni di polizia. Un servizio di assistenza che faceva centro soprattutto negli ospedali, supportato da una contribuzione degli istituti mutualistici e un servizio di assistenza veterinaria, di polizia sanitaria per l'igiene del suolo, dell'abitato, un sistema di controllo pubblico per le specialità medicinali, ordini e collegi per le professioni sanitarie. Per il resto la materia sanitaria, la normativa sanitaria mutuava dalla normativa di diritto amministrativo i caratteri generali, diciamo, quindi le prestazioni degli uffici gli atti amministrativi e così via (v. Giannini). La Costituzione con le disposizioni degli artt. 32 e 38 ha stabilito, invece, il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo, anche se poi, in effetti, parla con terminologia settecentesca. Dalla Costituzione si mette in movimento l'intero settore della materia sanitaria. Si ha un'espansione, direi, quasi generalizzata del sistema mutualistico; si ha una configurazione in enti pubblici degli ospedali, che derivano, o almeno dipendevano dalle IPAB, e l'amministrazione sanitaria assumeva un ruolo politico istituzionale attraverso l'istituzione del Ministero della Sanità. E in questo periodo tutti gli istituti della materia sanitaria si perfezionano da un lato, ma in qualche misura si complicano proprio perché tendono a perfezionarsi. Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale la materia subisce profonde modifiche, non solo per quanto attiene alle istituzioni amministrative, quindi alle

strutture, ma in qualche misura anche per quanto attiene ai rapporti di diritto privato.

In questo quadro la legge 833 apre un periodo traumatico per tutta la materia sanitaria, perché tutti gli istituti precedenti alla 833 vengono coinvolti nella legge e sicuramente oggi siamo in una situazione ancora di transizione; basti pensare a tutto il sistema sanitario nazionale, alle Unità Sanitarie Locali e così via. Un po' per l'inefficienza dell'apparato, del nostro apparato amministrativo, ma, in verità, soprattutto per la complessità oggettiva dei problemi. Se è vera questa premessa, oggi noi ci troviamo in una situazione, per quanto attiene alla materia sanitaria, complicata e molto intricata per tanti motivi di carattere oggettivo, perché, anche le nuove strutture, come le Unità Sanitarie Locali, hanno necessità di conformarsi nella prassi in fatto prima di poter dare un giudizio negativo o positivo. Ed allora si spiega perché sia difficile ipotizzare rapporti tra l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni, reperire leggi regionali che in qualche misura facciano riferimento a questa forma di collaborazione, se volete, dell'art. 9 o di congiunzione di servizi o di attività. Le leggi regionali, debbo dire, al più contribuiscono, attraverso erogazione di somme, alle attività che possono essere o sono di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità.

C'è un ulteriore motivo a questo che in effetti né il decreto 616, né la legge 833 hanno risolto il problema della eventuale competenza anche regionale dell'attività di ricerca. Io ho dubbi sulla soluzione anche costituzionale data dal 616, della riserva statale di tutta l'attività di ricerca anche nel settore sanitario e non; da questo dato discende probabilmente la carenza di leggi regionali e quindi di interventi delle regioni relativi a forme collaborative tra l'Istituto e gli enti regionali. La sostanza è questa, che l'Istituto ha la possibilità di collaborare con le Regioni e con le USL ma, posso benissimo esser contraddetto, ho l'impressione che in fatto queste forme collaborative, tra virgolette, non esistono. Non esiste una possibilità organica di collaborazione rinvenibile nella legislazione regionale se non per specifiche attività, del tutto residuali che si possono far rientrare nelle attribuzioni del Ministero della Sanità: non esisto-

no se non tre o quattro forme di collaborazione attraverso convenzioni tra l'Istituto Superiore di Sanità e le Unità Sanitarie Locali. Ma perché non esistono? Per una ragione oggettiva, per quello che dicevo prima che la materia sanitaria è stata investita da tutta l'innovazione prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e allora occorre attendere che gli organismi, che nella loro dimensione locale reggono la materia sanitaria, cioè le Unità Sanitarie Locali, si siano conformati ed organizzati. Oggi, nel campo delle attività delle USL, sicuramente l'aspetto più delicato e determinante è quello organizzativo ed è quello più carente. L'attività organizzativa delle Unità Sanitarie Locali, è evidente, è il presupposto delle forme di collaborazione, seppur tramite le regioni, con l'Istituto Superiore di Sanità, per l'attività di controllo, di accertamento tecnico. Le Unità Sanitarie Locali sono dei nuovi organismi, si stanno conformando ad una situazione giuridica che sino ad oggi è abbastanza indefinita; sono in qualche misura una struttura ancora vaga, anche dal punto di vista giuridico, e per quanto riguarda le attribuzioni, ma soprattutto per quanto riguarda la loro dipendenza dagli enti locali e dall'apparato statale, e quindi anche qui c'è una ragione oggettiva alla mancata risposta o richiesta di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Ad oggi l'Istituto Superiore di Sanità ha stipulato tre o quattro convenzioni, come prevede l'art. 9, direttamente con le USL ed una sola con una Regione, sempre per attività svolte dalle Unità Sanitarie Locali. Ed è questa forse la via che bisogna percorrere. Bisogna percorrerla in un quadro già delineato, cioè attraverso un atto di indirizzo e di coordinamento. Perché dico questo? Perché sicuramente l'atto d'indirizzo e di coordinamento non è che possa spingere le Unità Sanitarie Locali o le Regioni, se non vogliono o se ritengono di non volere, ad una sorta di collaborazione su determinate attribuzioni dell'Istituto Superiore di Sanità o competenze dell'Istituto. Ma sicuramente, un atto di indirizzo e di coordinamento potrebbe dettare le linee generali di uno schema—tipo di convenzione o di una normativa, per quanto riguarda i comportamenti e dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Unità Sanitarie Locali.