

Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*

Carlo Colapietro**

SOMMARIO: 1. Contenuti e limiti del regionalismo differenziato. – 2. L'autonomia differenziata in ambito sanitario. – 3. Le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia correlate alla disciplina del personale sanitario dipendente dal Servizio sanitario regionale e delle professioni sanitarie. – 4. Acquisizione di ulteriori competenze in materia di *governance*.

ABSTRACT:

Il contributo, dopo aver ricostruito il percorso che ha condotto alle bozze di intesa tra lo Stato e le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, prende in esame le proposte di differenziazione aventi ad oggetto il personale dipendente del SSN, con particolare riferimento alla dirigenza medica e ai direttori generali delle aziende sanitarie.

This paper, after having reconstructed the path that led to the draft agreements between the State and the Regions Emilia-Romagna, Lombardy and Veneto, examines the proposals of asymmetric regionalism concerning the employees of the NHS, with particular reference to medical practitioners and general managers of healthcare agencies.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il testo costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto nell'ambito del XVII Convegno nazionale di diritto sanitario "La salute alla carta: il Ssn di fronte alle sfide del regionalismo differenziato", organizzato a Roma l'8 novembre 2019 dalla Società italiana di Diritto sanitario in collaborazione con l'ALTEMS dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il CEIMS dell'Università del Piemonte Orientale.

** Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli studi Roma Tre, carlo.colapietro@uniroma3.it.

1. Contenuti e limiti del regionalismo differenziato

Il riconoscimento di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» si esprime nella possibilità di acquisire maggiori ambiti di autonomia normativa che alcune Regioni (in particolare Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna) hanno chiesto di ottenere, in aggiunta a quelli ordinariamente riconosciuti dal Titolo V della Costituzione. Ciò ha luogo attraverso il trasferimento di quote di competenza dallo Stato alle Regioni in singole materie specificamente indicate¹.

Il Parlamento, con legge ordinaria (approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti), può, infatti, attribuire alle Regioni «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» sulla base di un'intesa fra lo Stato e la Regione interessata. Tale facoltà è prevista dall'articolo 116, comma 3, Cost., introdotto con la riforma costituzionale del 2001. L'attivazione della relativa procedura ha avuto avvio con l'indizione dei referendum consultivi, svoltisi il 22 ottobre 2017, in Lombardia e in Veneto.

In particolare, la Regione Veneto ha posto il quesito del seguente tenore: «Vuoi che alla Regione del Veneto siano attribuite ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia?», lasciando intendere di riferirsi a tutte le materie di cui all'art. 116, comma 3, Cost.².

Il quesito referendario proposto dalla Regione Lombardia ha fatto «riferimento a ogni materia legislativa» riconducibile all'art. 116, comma 3, Cost.³.

La Regione Emilia-Romagna, invece, non ha fatto ricorso allo strumento referendario, ma sono state approvate dall'Assemblea legislativa regionale risoluzioni con le quali il Presidente della Giunta regionale è stato impegnato ad avviare il negoziato con lo Stato relativamente a una serie di ambiti in cui dotare la Regione di ulteriori forme di autonomia⁴.

¹ All'acquisizione di ulteriori ambiti di autonomia normativa si accompagna, ovviamente, l'acquisizione delle competenze amministrative in essa rientranti. Per quanto riguarda i profili di ordine finanziario, va richiamato quanto dispone l'art. 14, l. 42/2009, ai sensi del quale «con la legge con cui si attribuiscono, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, forme e condizioni particolari di autonomia a una o più regioni si provvede altresì all'assegnazione delle necessarie risorse finanziarie, in conformità dell'articolo 119 della Costituzione e ai principi della presente legge» (sul punto, con particolare riferimento alle implicazioni connesse alla individuazione delle risorse che devono accompagnarsi all'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, cfr. M. MEZZANOTTE, *L'art. 116, comma 3, Cost. tra obblighi finanziari e vincoli di contenuto*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 23, pp. 4 ss.).

² L'esito del referendum consultivo, svoltosi il 22 ottobre 2017, ha visto la prevalenza dei sì con il 98,1%. Ad esso ha fatto seguito l'approvazione da parte del Consiglio regionale, con deliberazione n. 155 del 15 novembre 2017, di un progetto di legge statale, di iniziativa della Giunta, da considerare, in conformità della normativa regionale vigente, come base per il negoziato da avviare con il Governo.

³ L'esito del referendum consultivo, svoltosi anch'esso il 22 ottobre 2017, ha visto la prevalenza dei sì con il 95,29%. Ad esso ha fatto seguito la risoluzione del Consiglio regionale n. 97, in data 7 novembre 2017, diretta a impegnare il Presidente della Regione ad avviare il confronto con il Governo.

⁴ La prima è stata la risoluzione n. 5321 del 3 ottobre 2017, con la quale sono stati individuati i seguenti ambiti, aventi carattere prioritario: tutela e sicurezza del lavoro; istruzione tecnica e professionale; internazionalizzazione delle imprese; ricerca scientifica e tecnologica; sostegno all'innovazione; territorio e rigenerazione urbana; ambiente e infrastrutture; tutela della salute; competenze complementari e accessorie riferite alla *governance* istituzionale e al coordinamento della finanza pubblica. Nel contempo il Consiglio regionale conferiva mandato al Presidente di avviare in una seconda fase il negoziato con il Governo ai fini dell'intesa in materia di organizzazione della giustizia di pace. Con successiva

Va considerato che il senso, per così dire, autentico del regionalismo differenziato è proprio quello di consentire alle Regioni, le quali abbiano conseguito su specifiche materie risultati altamente positivi, di potersi dotare di ulteriori regole e procedure idonee a far loro conseguire ancora migliori risultati.

La logica del regionalismo differenziato non è, infatti, quella di pervenire a «modificare la forma di Stato regionale o di creare un'ulteriore tipologia regionale che si affianchi alle Regioni ad autonomia speciale e a quelle ad autonomia ordinaria»⁵, anche perché in tal caso si assisterebbe ad «una vera e propria eterogenesi dei fini»⁶.

risoluzione n. 5600 del 15 novembre 2017, oltre a ricomprendere tra gli ambiti prioritari anche l'organizzazione della giustizia di pace, l'Assemblea legislativa ha impegnato il Presidente della Giunta a definire «eventuali ulteriori competenze» attraverso un confronto nelle Commissioni assembleari. Alle due risoluzioni innanzi richiamate hanno fatto seguito la risoluzione n. 6129 del 18 febbraio 2018, con cui l'Assemblea legislativa ha impegnato il Presidente a proseguire il negoziato con il Governo e la risoluzione n. 7158 del 18 settembre 2018, contenente la richiesta di acquisire quindici competenze.

⁵ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, p. 6.

Sui rischi di divaricazione tra Regioni ricche e Regioni meno ricche, tali da far intravedere ipotesi «secessionistiche», si vedano A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 8, pp. 9 ss.; M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 6, pp. 7, ss.; F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 6; G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Laterza, Bari-Roma, 2019; M. VILLONE, *Italia, divisa e diseguale. Regionalismo differenziato o secessione occulta*, Editoriale scientifica, Napoli, 2019. Nel senso di ricondurre l'autonomia differenziata all'interno di una previsione che intenda privilegiare l'efficiente gestione delle risorse in coerenza con i principi costituzionali, cfr. E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *www.forumcostituzionale.it*, 28 febbraio 2019, pp. 1 ss.; R. BIN, *La "secessione dei ricchi" è una fake news*, in *www.lacostituzione.info*, 16 febbraio 2019, pp. 1 ss.

Occorre comunque ricordare, se non altro a titolo di cronaca, che l'indizione, nel 2017, del referendum consultivo da parte della Regione Veneto era stata accompagnata dalla emanazione della legge regionale 19 giugno 2014, n. 16, con cui si prevedeva l'indizione di una consultazione popolare sul seguente quesito: «Vuoi che il Veneto diventi una Repubblica indipendente e sovrana? Sì o no?». La legge regionale venne impugnata dal Governo dinanzi alla Corte costituzionale, la quale si pronunciò dichiarandone l'illegittimità costituzionale, in quanto essa mostrava l'esplicito intento di suggerire «sovertimenti istituzionali radicalmente incompatibili con i principi di unità e indivisibilità della Repubblica, di cui all'art. 5 Cost.» (Corte cost., 25 giugno 2015, n. 118). La Corte costituzionale, nella circostanza, ebbe modo di richiamare la sentenza 15 dicembre, 1988, n. 1146 con la quale aveva espresso l'assunto che l'unità della Repubblica può configurarsi come uno degli elementi essenziali dell'ordinamento costituzionale, tali da ritenersi sottratti persino al potere di revisione costituzionale. Peraltro, la coeva legge regionale 19 giugno 2014, n. 15, allo scopo di «definire il contenuto di un referendum consultivo finalizzato a conoscere la volontà degli elettori del Veneto circa il conseguimento di ulteriori forme di autonomia della Regione del Veneto» (anch'essa impugnata dal Governo) prevedeva, oltre al quesito, che potremmo definire principale (ritenuto costituzionalmente legittimo dalla Corte costituzionale nella sentenza sopra citata), altri quattro quesiti (tre dei quali concernenti la materia tributaria e i vincoli di destinazione, finalizzati a prefigurare una più ampia autonomia economico-finanziaria dell'Ente Regione e, l'ultimo, l'inserimento del Veneto nell'elenco delle Regioni a statuto speciale) che sono stati ritenuti illegittimi dalla Corte costituzionale (in proposito, cfr. F.G. CUTTAIA, *Il referendum consultivo regionale sulla maggiore autonomia del Veneto e il problema della sua eventuale concomitanza con il referendum confermativo nazionale sulle riforme costituzionali*, in *Federalismi.it*, 2016, n. 15).

⁶ Come rileva V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario/verso una sanità a macchia di leopardo?*, in *Sanità 24, Il Sole 24 ore*, 13 febbraio 2019, secondo cui «la strada intrapresa dal Veneto e dalla Lombardia, con la richiesta di maggiore e particolare autonomia in tutte le 23 materie, va oltre l'intenzione del riformatore costituzionale del 2001 e finisce per configurare un vero e proprio *tertium genus* di regione da collocare tra le regioni speciali e quelle ordinarie: una nuova regione differenziata». Secondo L. RONCHETTI, *L'autonomia e le sue esigenze*, Giuffrè, Milano, 2018, p. 250, l'autonomia deve svolgersi nella direzione del miglior perseguimento dell'eguaglianza sostanziale, nell'ottica della formazione di «un ordinamento che si pretende costituzionale e sociale».

Tale premessa appare indispensabile ai fini della valutazione della concreta applicabilità delle opzioni formulate alla luce del parametro di riferimento desumibile dal tenore letterale del comma 3 dell'art. 116 Cost.⁷

Nella parte conclusiva della XVII legislatura sono stati avviati i negoziati tra il Governo e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna⁸.

In particolare, il 28 febbraio 2018 si è giunti alla definizione di tre distinti accordi preliminari, sottoscritti dal Rappresentante del Governo e dai Presidenti della Regioni interessate, con cui le parti hanno inteso dare rilievo al percorso intrapreso e alla convergenza su principi generali, metodologie e l'individuazione delle materie ritenute indispensabili per l'attribuzione dell'autonomia differenziata⁹.

All'iniziativa assunta dalle tre Regioni sopra indicate hanno fatto seguito iniziative da parte di quasi tutte le altre Regioni (con l'eccezione, attualmente, di Abruzzo e Molise) intese ad attivare percorsi, seppur tra di loro diversificati, caratterizzati dalla ricerca di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia»¹⁰.

Si può affermare che il primo scorcio della diciottesima legislatura ha fatto registrare la continuità di tale processo anche in considerazione del fatto che nel programma del primo governo Conte era espressamente prevista l'attuazione del regionalismo differenziato: in-

⁷ Sul tema del federalismo differenziato è stata svolta nel 2017 una indagine conoscitiva da parte della Commissione bicamerale per le questioni regionali, la quale si è conclusa con la stesura di un documento conclusivo in cui viene evidenziato come il percorso autonomistico delineato dal comma 3 dell'art. 116 Cost. miri ad arricchire i contenuti dell'autonomia ordinaria, completandola, nell'ambito del disegno delineato dal Titolo V della parte II della Costituzione, delineando un orizzonte caratterizzato dalla «competizione virtuosa tra i territori». Il documento conclusivo mette in rilievo come l'attuazione del comma 3 dell'art. 116 Cost. non debba in alcun modo essere intesa come lesiva dell'unitarietà della Repubblica e del principio solidaristico che la contraddistingue, tenendo sempre ben presente l'esigenza della costante osservanza del principio elaborato dalla giurisprudenza costituzionale in ordine alla necessaria correlazione tra funzioni e risorse (sul punto, cfr. Camera dei Deputati, Servizio Studi XVIII legislatura, *L'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario*, 8 ottobre 2019).

⁸ Giova rammentare che, ai sensi dell'art. 1, comma 57, l. 27 dicembre 2013, n. 147 (c. d. legge di stabilità per il 2014), entro 60 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione delle iniziative *de quibus* da parte delle Regioni, il Governo è tenuto ad attivarsi dando impulso alla relativa procedura, caratterizzata da confronti e intese con le Regioni interessate e fermo restando che il procedimento si conclude con l'emanazione di una legge rinforzata (per la quale è richiesta la maggioranza assoluta delle Camere), il cui contenuto è determinato in base ad una intesa tra Regione e Governo. Con d.p.c.m., da adottarsi entro 30 giorni dalla data di approvazione dell'intesa, è istituita una Commissione paritetica Stato-Regione, la quale, entro 120 giorni dalla sua istituzione, determina le risorse finanziarie, umane e strumentali e le forme di raccordo con le Amministrazioni centrali.

⁹ Si tratta di pre-intese che, non essendo previste dalla disposizione costituzionale, sono da ritenersi atti esterni rispetto alle intese previste dal comma 3 dell'art. 116. In quanto tali, hanno una funzione preparatoria e in qualche modo, sia pur in parte, prefigurano il contenuto delle future intese, in quanto contengono la descrizione delle materie sulle quali andranno ad incidere le ulteriori competenze riconosciute alle Regioni richiedenti (in tal senso, cfr. P. GIANGASPERO, *Ancora sul processo di differenziazione dell'autonomia regionale ordinaria. Le prospettive di applicazione dell'art. 116 comma 3, Cost. tra principio negoziale, vincoli procedurali ed impatto sul sistema delle fonti del diritto*, in *Le Regioni*, 2018, n. 2, pp. 164 ss.).

¹⁰ Al riguardo, per un quadro di insieme, cfr. Senato della Repubblica, Servizio Studi, *Verso un regionalismo differenziato: le regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari*, Dossier n. 45, luglio 2018. In relazione alle dinamiche di quella che potrebbe aver dato la sensazione di una «rincorsa» delle diverse Regioni, con accelerazioni e frenate, cfr. I.A. NICOTRA, *Le regioni tra uniformità e differenze: autonomia responsabile o egoismi dei territori?*, in *Diritti regionali*, 2019, n. 1.

fatti, nelle comunicazioni rese alle Camere in occasione della fiducia espressa al Governo, il Presidente del Consiglio dei Ministri aveva dichiarato che fra gli impegni dell'Esecutivo vi era proprio l'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. nei confronti delle Regioni che ne avessero fatto motivata richiesta¹¹.

D'altra parte, l'azione dell'Esecutivo si fondava sul c.d. «contratto di governo» sottoscritto tra i due partiti dell'allora maggioranza¹², nel quale rientrano il riconoscimento alle Regioni di ulteriori competenze che avrebbe dovuto essere accompagnato dal trasferimento delle risorse necessarie per un autonomo esercizio delle stesse, con la garanzia di un equo soddisfacimento dei servizi a garanzia dei cittadini e in termini di efficienza ed efficacia dell'azione svolta e il rafforzamento del regionalismo attraverso l'applicazione della logica della geometria variabile, con l'esplicito vincolo di tener conto sia delle peculiarità e delle specificità delle diverse realtà territoriali, sia della solidarietà nazionale.

L'attuazione dell'articolo 116, comma 3, Cost. ha, peraltro, costituito una delle principali linee di intervento del Governo, di cui si è dato conto nella nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (DEF) 2018.

È stata coinvolta anche la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, la quale, nella seduta del 18 ottobre 2018, ha approvato il documento «Le Regioni e le nuove sfide del regionalismo». In particolare, in tale documento si è dato atto della necessità di garantire una differenziazione efficiente e sostenibile, che consenta di destinare risorse alle Regioni che beneficeranno di maggiore autonomia, stante la correlazione con le ulteriori funzioni che saranno ad esse riconosciute.

Il processo evolutivo ha subito una brusca interruzione a seguito della crisi di governo apertasi nell'agosto 2019. Tuttavia, il tema del regionalismo differenziato è entrato co-

¹¹ Come è stato evidenziato in dottrina, grazie soprattutto al protagonismo delle Regioni Lombardia e Veneto, dopo circa un decennio di interesse sopito sia da parte degli studiosi che del mondo politico, il tema del regionalismo differenziato è rientrato nell'agenda di Governo e, in prospettiva, del Parlamento: sulle relative dinamiche, cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., pp. 1, ss.; L. VIOLINI, *L'autonomia delle Regioni italiane dopo il referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3 Cost.*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 4; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: una differenziazione solidale?*, in G. BELLOMO, M. FERRARA, F. MASCI, M. SALERNO (a cura di), *Secessionismi Autonomismi Federalismi. Frammenti di una rosa olografica*, (contributi alle giornate di studio, Chieti-Pescara, Università G. D'Annunzio, 28 febbraio-2 marzo 2018), in *Federalismi.it*, 2018, n. spec. 7, pp. 318 ss.). Proprio il lungo tempo trascorso dalla riforma del 2001 del Titolo V della seconda parte della Costituzione, secondo G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, p. 627, fa sì che l'attuazione del regionalismo differenziato abbia come riferimento un quadro originario di cui «non è rimasto praticamente nulla, a cominciare dalla stessa rigidità del rapporto operato dall'art. 117 Cost.». Sul carattere controverso dell'art. 116, comma 3, Cost., cfr., altresì, A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Giappichelli, Torino, 2019, pp. 290, ss.; A. MORELLI, *Articolo 116*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, Il Mulino, Bologna, 2018, pp. 328 ss.; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura dell'art. 116 comma 3 della Costituzione*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 18.

¹² Su cui sia consentito rinviare a C. COLAPIETRO, *Il Governo e la pubblica amministrazione*, in F. MODUGNO (a cura di), *Diritto Pubblico*, IV edizione, Giappichelli, Torino, 2019, p. 424.

munque a far parte del programma del secondo governo Conte, sia pur con più evidenti richiami al principio solidaristico¹³.

2. L'autonomia differenziata in ambito sanitario

Una delle materie oggetto di differenziazione, e forse la più importante per le implicazioni di ordine sociale-istituzionale ed economico-finanziario che pone, è quella relativa alla salute, ricomprendendosi in essa aspetti legati, in generale, al sistema di *governance* dei sistemi sanitari regionali e alle politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato, con inevitabili ripercussioni sull'effettiva garanzia del «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost.¹⁴.

Come si è già avuto modo di accennare, la strada che finora è stata percorsa è costituita dalla stipula di pre-accordi tra le Regioni richiedenti l'autonomia differenziata ed il Governo.

Sulla base dell'esame di tali documenti, integrati dalle ulteriori richieste formulate da dette Regioni già in questo primo scorcio della diciottesima legislatura, può essere tracciato il seguente quadro di sintesi.

La Regione Lombardia ha chiesto una piena autonomia rispetto alla definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei conseguenti profili organizzativi, in ragione anche della sperimentazione avviata con la legge regionale 11 agosto 2015, n. 23. La Regione Emilia Romagna ha individuato proprio nella tutela della salute una delle sei aree strategiche per le quali ha richiesto ulteriori forme di autonomia.

Per quanto riguarda la Regione Veneto sono indicati gli aspetti collegati alla organizzazione del Servizio Sanitario regionale in un quadro di piena devoluzione della definizione normativa dell'organizzazione sanitaria alla potestà legislativa regionale residuale.

¹³ Significativa, al riguardo, è la dichiarazione rilasciata dal Ministro degli Affari regionali, Francesco Boccia, a margine dell'incontro avuto il 23 settembre 2019 con il Presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, sul tema del regionalismo differenziato, con riferimento alla bozza di proposta formulata dalla Regione Veneto. Nell'occasione, il rappresentante del governo ha inteso affermare come «l'autonomia differenziata sia un punto fermo del programma del nostro Governo. Vogliamo farla e farla bene, ma in maniera coerente e deve diventare lotta alle disuguaglianze tra Nord e Sud, tra Nord e Nord, tra Sud e Sud»; di rilievo appare la considerazione che il modello operativo che sarà adottato «capovolge il meccanismo che finora è stato seguito», avendo come obiettivo finale quello di «eliminare le disuguaglianze» (per le dichiarazioni del Ministro degli Affari regionali, v. *Quotidianosanità.it* del 15 ottobre 2019, *Regionalismo differenziato. Incontro tra Boccia e Zaia: resta punto fermo del programma di governo. Consegnata la bozza di proposta della Regione Veneto*).

¹⁴ Il rischio di un *vulnus* alla tutela del principio di eguaglianza e di solidarietà che può riflettersi sul concreto esercizio del diritto alla salute è sottolineato da F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 15, pp. 3 ss. ed E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2018, n. 2, pp. 6 ss.

Le richieste di maggiore autonomia in ambito sanitario, buona parte delle quali comuni alle tre Regioni, sia pur con diverso grado di intensità, possono essere sintetizzate nelle seguenti:

- maggiore autonomia finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alle politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato;
- previsione di incentivi e misure di sostegno, anche mediante l'utilizzo di risorse aggiuntive regionali da destinare in particolare al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate;
- maggiore autonomia in materia di disciplina dell'accesso alle scuole di specializzazione;
- avvio di percorsi finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato di «specializzazione lavoro» per i medici, alternativi al percorso delle scuole di specializzazione;
- definizione delle modalità per l'inserimento dei medici titolari del suddetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- maggiore autonomia nell'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione;
- maggiore autonomia in ordine alla definizione del sistema di *governance* delle Aziende e degli enti trasversali del Servizio Sanitario Regionale;
- maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi¹⁵.

¹⁵ Nel dettaglio, in relazione agli ambiti che qui interessano specificamente, l'art. 25 della proposta di intesa formulata dalla Regione Veneto, dopo aver previsto l'attribuzione alla Regione della competenza legislativa in materia di tutela della salute ai sensi dell'art. 117, comma 4, Cost. – «con riferimento ad ogni aspetto relativo alla organizzazione e al governo del sistema sociosanitario regionale, anche in superamento dei limiti di spesa fissati dallo Stato, inclusa la disciplina del reclutamento e del regime dei dirigenti e dei dipendenti del servizio sanitario regionale» – enumera, tra le altre, le seguenti competenze che la Regione intende esercitare: «a) disciplina del personale del servizio sanitario regionale, compresa la regolamentazione della libera professione dei dirigenti medici e sanitari e la previsione di contratti di lavoro libero-professionali tra i professionisti sanitari e le aziende ed enti del servizio sanitario regionale anche per lo svolgimento di funzioni ordinarie; b) istituzione di un livello di contrattazione regionale, in cui destinare specifiche risorse aggiuntive regionali, per integrare la struttura retributiva del personale dipendente del servizio sanitario regionale al fine di incentivare e valorizzare la professionalità, e per prevedere incentivi e misure di sostegno al personale che opera presso sedi disagiate; c) disciplina dell'accesso dei medici al servizio sanitario regionale con possibilità di impiego presso strutture ospedaliere e territoriali di medici in possesso di laurea in medicina e chirurgia e abilitazione ma non specializzati per attività medico chirurgiche di supporto; d) ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche e sanitarie, con attivazione di percorsi alternativi di formazione specialistica dei medici presso le aziende sanitarie e ospedaliere del servizio sanitario regionale, in raccordo con le università che continuano a svolgere la parte teorica della formazione, e di previsione di contratti a tempo determinato finalizzati alla specializzazione – lavoro per i laureati in medicina e chirurgia che vengono inseriti, per la durata della specializzazione, nelle strutture del servizio sanitario regionale; (...) f) determinazione del numero di contratti di formazione specialistica al fine di rispondere ai fabbisogni espressi dalla Regione; g) facoltà di stipulare specifici accordi con le università presenti su tutto il territorio dell'Unione Europea per l'accesso dei laureati in medicina e chirurgia alle scuole di specializzazione».

L'articolo 24 della proposta della Regione Lombardia, attribuisce alla Regione la potestà legislativa in relazione anche ai seguenti aspetti: «definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili di *governance* e organizzativi; (...) definizione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, anche in raccordo con le università, comprese la formazione continua dei medici di medicina generale, nonché la programmazione delle borse di

Come si può notare, si tratta di profili intrecciati tra di loro in quanto la definizione di ulteriori forme di autonomia nella materia della tutela della salute non può prescindere dalla previsione di adeguate misure economico-finanziarie e dall'intervento sulla *governance* dell'intero sistema sanitario.

Peraltro, in relazione ai testi delle pre-intese, è stato espressamente chiarito che l'eventuale riconoscimento della maggiore autonomia nella definizione del sistema di *governance* delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale non può prescindere dal necessario rispetto dei livelli essenziali di assistenza, specificamente finalizzato a garantire un assetto organizzativo della rete ospedaliera, dei servizi territoriali, di supporto e delle relative forme di integrazione più coerente alle esigenze specifiche della Regione, ferme restando, altresì, le disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria¹⁶. Nel contempo, uno degli aspetti di maggiore complessità, sia sotto l'aspetto tecnico-giuridico che politico, è quello connesso alla individuazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie per l'esercizio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia richieste dalle tre Regioni e che ovviamente riguarderà anche le altre Regioni che seguiranno questo percorso.

È previsto che sia una Commissione paritetica Stato-regione a provvedere a determinare le risorse da assegnare o trasferire dallo Stato alla Regione¹⁷.

studio per specializzandi e la loro progressiva integrazione operativa con il sistema aziendale; definizione dell'utilizzo delle risorse finanziarie da impiegare per il personale».

L'art. 1 della proposta di intesa formulata dalla Regione Emilia Romagna prevede che siano attribuite alla Regione le ulteriori competenze legislative per il perseguimento, tra le altre, delle seguenti finalità: «b) improntare il sistema di accesso alle scuole di specializzazione e la dotazione organica del personale medico all'integrazione operativa con il sistema aziendale, alla qualità e alle specifiche esigenze del territorio»; (...) d) efficientare l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale attraverso la definizione del sistema di *governance*. Inoltre, nell'ambito della disciplina dei percorsi di specializzazione, alla Regione «è attribuita autonomia legislativa e amministrativa in materia di accesso alle scuole di specializzazione (...); la Regione può avviare percorsi formativi di specializzazione anche attraverso contratti a tempo determinato di specializzazione lavoro per i medici, alternativi ai contratti di formazione specialistica e tali da assicurare una qualità equivalente delle competenze acquisite. La Regione definisce le modalità per l'inserimento dei medici titolari del suddetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle proprie strutture sanitarie, fermo restando che il contratto in esame non attribuisce un diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, né da luogo all'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, restando ferma la disciplina in materia di accesso al pubblico impiego».

¹⁶ Si vedano, rispettivamente, l'art. 5 dell'«Allegato: salute» all'«Accordo preliminare in merito all'Intesa prevista dall'articolo 116, terzo comma della Costituzione tra il Governo della Repubblica italiana e la Regione Veneto»; l'art. 4 dell'«Allegato: salute» dell'«Accordo preliminare tra il Governo e la Regione Lombardia» e l'art. 4 dell'«Allegato salute» dell'«Accordo preliminare tra il Governo e la Regione Emilia-Romagna».

¹⁷ Tale modalità non è andata esente da critiche in sede dottrinale, essendo stato paventato il rischio che il Parlamento non sia pienamente posto in grado di operare con piena cognizione fondamentali scelte strategiche in temi di grande impatto sociale, quali la salute e l'istruzione: cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit., pp. 13 ss. e C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura dell'art. 116 comma 3 della Costituzione*, cit., pp. 17 ss.

In particolare, detta Commissione è tenuta ad operare nei termini indicati dall'art. 4 (Risorse) contenuto nella parte dispositiva comune ai tre pre-accordi¹⁸.

Quanto agli investimenti, viene garantita una programmazione certa del loro sviluppo, essendo conferita allo Stato e alla Regione la facoltà di determinare congiuntamente modalità per assegnare risorse, anche mediante forme di crediti di imposta, facendo ricorso ai fondi destinati allo sviluppo infrastrutturale del Paese.

Il percorso individuato e programmato dovrebbe consentire di pervenire ad una maggiore efficienza, in un'ottica di razionalizzazione delle spese in funzione di una gestione del servizio che abbia i suoi centri decisionali sul territorio regionale e quindi più vicino alla volontà dei cittadini.

Tutto ciò considerato, sotto l'aspetto metodologico e dell'*iter* che è necessario seguire, si evidenziano aspetti, collegati precipuamente alla disciplina del personale dipendente dal Servizio sanitario regionale e delle professioni sanitarie, i quali presentano profili di particolare delicatezza che non possono essere affrontati tenendo presente esclusivamente il parametro offerto dal comma terzo dell'art. 116 Cost., Cost., ma esigono una rigorosa ricognizione della loro compatibilità anche con altre norme costituzionali.

3. Le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia correlate alla disciplina del personale sanitario dipendente dal Servizio sanitario regionale e delle professioni sanitarie

Uno dei punti più qualificanti in ordine al riconoscimento della piena autonomia richiesta dalle Regioni nella definizione dell'assetto istituzionale del sistema sanitario regionale e dei conseguenti profili organizzativi, come già si è avuto modo di anticipare, riguarda la disciplina del personale dipendente dal Servizio sanitario regionale e delle professioni sanitarie.

¹⁸ I termini di riferimento sono così esplicitati dall'art. 4 comma 1: «a) di compartecipazione o riserva di aliquota al gettito di uno o più tributi erariali maturati nel territorio regionale, tali da consentire la gestione delle competenze trasferite o assegnate, in coerenza con quanto disposto dall'art. 119, quarto comma della Costituzione; b) di spesa sostenuta dallo Stato nella Regione (quale criterio da superare in via definitiva) riferita alle funzioni trasferite o assegnate; di fabbisogni standard, che dovranno essere determinati entro un anno dall'approvazione dell'Intesa e che dovranno essere determinati entro un anno dall'approvazione dell'Intesa e che progressivamente, entro cinque anni, dovranno diventare, in un'ottica di superamento della spesa storica il termine di riferimento in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturato nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali fatti salvi gli attuali livelli di erogazione dei servizi». Il successivo comma 2 prevede che i provvedimenti di determinazione delle risorse di cui alla lett. c) del comma 1, stabiliscano altresì la decorrenza dell'esercizio da parte della Regione delle nuove competenze conferite, prevedendo che tale decorrenza dovrà avere luogo contestualmente all'effettivo trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative.

Per un'analisi dettagliata degli aspetti collegati alla individuazione di tali risorse, cfr. *Servizio studi del Senato XVIII Legislatura, Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, febbraio 2019, n. 104, pp. 22-23.

Va osservato preliminarmente che l'art. 19, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, al comma 1 stabilisce che «le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 della Costituzione»¹⁹.

In tale contesto assume una particolare valenza derogatoria la richiesta di *disapplicare* la disposizione contenuta nell'art. 15 del d.lgs. citato, concernente *la disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie*. La richiesta in argomento è articolata in modo diverso dalle tre Regioni.

La Regione Lombardia ha chiesto di poter intervenire «limitatamente alla possibilità di integrare su base regionale le funzioni da attribuire, la dimensione integrativa della remunerazione, i profili attinenti la formazione e la programmazione del fabbisogno».

La Regione Veneto – chiedendo la devoluzione dell'intera materia della salute alla competenza residuale regionale – ha ritenuto di dover esercitare le competenze legislative e amministrative in tema di disciplina del personale sanitario regionale, compresa la regolamentazione della libera professione dei dirigenti medici e sanitari e la previsione di contratti di lavoro libero professionali tra i professionisti sanitari e le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, anche per lo svolgimento di funzioni ordinarie. Ha inoltre rivendicato alla propria competenza legislativa e amministrativa l'istituzione di un livello di contrattazione regionale, nonché la disciplina dell'accesso dei medici al Servizio sanitario regionale e l'ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche e sanitarie.

Per quanto riguarda, invece, la Regione Emilia Romagna la problematica in argomento sembrerebbe rientrare in modo meno invasivo nella maggiore autonomia di cui si chiede il riconoscimento in ordine alla definizione del sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, restando ferme le disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria.

La prima considerazione da svolgere è che la disciplina del personale sanitario, pur avendo indubbia attinenza con la tutela della salute, è ascrivibile al settore del pubblico impiego e, come tale, rientra nella competenza legislativa statale esclusiva. La normazione avente ad oggetto la disciplina dei rapporti intersoggettivi tra datore di lavoro e lavoratore rientra, infatti, nell'ordinamento civile e non attiene alla materia della tutela e sicurezza del lavoro, la quale è, invece, oggetto di legislazione concorrente.

Come noto, a seguito dell'intervenuta privatizzazione del rapporto di lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, che interessa anche il personale delle Regioni, la materia *de qua*, sulla base dell'espressa indicazione in tal senso formulata dalla Corte

¹⁹ In particolare i principi fondamentali ai quali si chiede di derogare sono quelli contenuti negli articoli: 3 (Organizzazione delle Unità sanitarie locali); 3-bis (Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore Sanitario); 3-quater (Distretto); 3-quinquies (Funzioni e risorse del distretto); 3-sexies (Direttore di distretto); 4 (Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri); 6 (Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università); 6-ter (Fabbisogno personale sanitario); 7-bis (Dipartimento di prevenzione); 7-ter (Funzione del Dipartimento di prevenzione); 7-quater (Organizzazione del Dipartimento di prevenzione); 8 (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali); 15 (Disciplina della dirigenza medica e delle professioni); 17 (Collegio di direzione); 17-bis (Dipartimenti).

costituzionale, deve intendersi «regolata dalla legge dello Stato e, in virtù del rinvio da essa operato, dalla contrattazione collettiva»²⁰.

In effetti, la disciplina normativa del rapporto di lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni (comprese, quindi, le Regioni) è «riconducibile alla materia dell'ordinamento civile»²¹, appartenente alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, il quale «ben può intervenire...a conformare gli istituti del rapporto di impiego attraverso norme che si impongono all'autonomia privata con il carattere dell'inderogabilità, anche in relazione ai rapporti di impiego dei dipendenti delle Regioni»²².

È lo Stato, pertanto, che deve determinare gli schemi contrattuali tipici²³, individuando il bilanciamento degli interessi fondamentali coinvolti e regolando gli istituti che incidono sulla struttura del contratto.

In secondo luogo, la disciplina del rapporto di lavoro in ambito sanitario incide, poi, sulle prestazioni attinenti ai diritti sociali e civili, riguardo alle quali lo Stato è competente (ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.) a determinare i livelli essenziali (si pensi, ad esempio, all'orario di lavoro, ai congedi, alle retribuzioni...).

Di conseguenza, sembrerebbe rientrare nella competenza legislativa regionale solo ciò che esula dalle linee ordinamentali e dalla fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni, venendosi a realizzare in materia di pubblico impiego regionale una concorrenza tra potestà legislativa statale e regionale, essendo riservata alla competenza statale la disciplina dei profili ordinamentali e alla fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni connesse a diritti civili e sociali, rimanendo invece riservata alla competenza regionale la definizione dei profili pubblicistico – organizzativi, in quanto rientranti nell'ordinamento e nell'organizzazione amministrativa delle Regioni.

Infine, con riferimento alla dirigenza medica pubblica, la Corte Costituzionale ha avuto modo di chiarire che solo alcuni profili della dirigenza sanitaria, pur afferendo all'ordinamento civile – stante la natura privatistica del rapporto di lavoro intercorrente tra i dirigenti e l'Amministrazione – sono comunque da ricondurre alla materia concorrente della tutela della salute.

Ne consegue che anche la disciplina della dirigenza medica non può essere devoluta interamente alla competenza regionale, trovando l'attuazione (con legge ordinaria) del comma terzo dell'art. 116 Cost. un limite insormontabile nella sussistenza delle competenze legislative dello Stato nelle materie indicate dall'art. 117 Cost. (che non siano quelle afferenti

²⁰ Corte cost., 20 novembre 2013, n. 286.

²¹ Corte cost., 7 marzo 2007, n. 95.

²² Corte cost., 16 luglio 2013, n. 228.

²³ In particolare, poi, per quanto riguarda la disciplina della dirigenza pubblica, il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione della legge di delega 4 marzo 2009, n. 15 è intervenuto a rafforzare il principio di distinzione tra politica e amministrazione conformemente alle linee già tracciate dalla Corte costituzionale (sul punto, cfr. C. COLAPIETRO, *Il Governo e la Pubblica Amministrazione*, cit., pp. 477 ss.).

all'organizzazione della giustizia di pace, alle norme generali sull'istruzione, alla tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali).

Peraltro, le ultime bozze di intesa, predisposte dal Governo il 15 maggio 2019²⁴, distintamente con le tre Regioni, risultano accomunate dal riconoscimento di ulteriori competenze legislative in favore delle Regioni, concernenti i seguenti aspetti:

- impiego (per tutte e tre le Regioni) presso strutture ospedaliere e territoriali – previa procedura concorsuale, in attività di supporto coerentemente al grado di conoscenza, competenza e abilità acquisite, senza assumere la responsabilità clinica di un paziente e comunque con autonomia vincolata alle direttive ricevute da un dirigente medico responsabile dell'unità – di medici in possesso della laurea in medicina e chirurgia e dell'abilitazione, esclusivamente per esigenze temporanee volte a garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, con previsione di ulteriori cautele per la eventuale utilizzazione in altri ambiti al fine di fronteggiare il probabile rischio dell'interruzione di pubblico servizio.

Al riguardo, non sembra possano evidenziarsi, in prospettiva, censure di illegittimità costituzionale, dal momento che la portata derogatoria alle competenze statali dell'ulteriore forma di autonomia legislativa regionale in argomento è limitata dalla temporaneità dell'impiego di personale medico di cui trattasi, avente peraltro valenza di supporto, in funzione della soddisfazione della continuità della erogazione dei livelli essenziali di assistenza e ferma restando l'osservanza della procedura concorsuale;

- previsione (per Veneto e Lombardia) che la Regione possa legiferare in ordine alla attività libero professionale dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle disposizioni statali in materia di ordinamento civile e di quanto previsto dalla contrattazione collettiva nazionale;
- destinazione, in sede di contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, di specifiche risorse aggiuntive regionali, al fine di incentivare e valorizzare la professionalità del personale dipendente dal Servizio sanitario regionale, prevedendo inoltre incentivi e misure di sostegno al personale che opera presso sedi disagiate (per Veneto e Lombardia).

In proposito, come è stato ben evidenziato in dottrina, «l'autonoma regolamentazione dell'attività libero professionale dei medici, oggetto di tante diatribe anche giurisdizionali, incide su una pluralità di diritti fondamentali anche in contrapposizione fra di loro (diritto alla salute, diritto alla concorrenza, tutela dell'iniziativa economica privata) che non possono essere così semplicisticamente differenziati in alcune regioni. L'attuazione di tale norma porterebbe ad una totale diseguaglianza (di trattamento e dei diritti) dei medici professionisti che lavorano in regioni diverse», che finirebbe per dar luogo ad «un regime

²⁴ Per un raffronto con le pre-intese precedenti, cfr. F. PALLANTE, *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa tra Stato e Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 20.

ingovernabile e fonte di continue diseguaglianze»²⁵. Il che appare ancora più grave se si pone mente al fatto che le regole di fondo della c.d. libera professione intramuraria costituiscono «principi fondamentali ai sensi dell'art. 117, comma 3, in quanto posti a presidio di un delicato bilanciamento tra funzioni pubbliche ed attività economica privata, programmazione e concorrenza ...»²⁶;

- coesistenza nel Servizio sanitario regionale sia di personale dipendente a tempo indeterminato, sia di personale a tempo determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzione, in coerenza con la metodologia nazionale di valutazione dei piani di fabbisogno di personale e qualora la Regione mantenga l'equilibrio economico già raggiunto almeno negli ultimi cinque anni e garantisca livelli essenziali di assistenza (per tutte e tre le Regioni, pur con diverse puntualizzazioni da parte delle stesse, in ordine alla definizione dell'utilizzo delle risorse finanziarie da impiegare);
- ampliamento (per tutte e tre le Regioni) della rete formativa delle specializzazione mediche e sanitarie nel rispetto dei requisiti nazionali d'accreditamento delle scuole di specializzazione, previa stipula di specifiche intese con le Università interessate, cui in ogni caso compete la formazione teorica, con previsione che, nell'ambito della rete, la Regione possa assegnare – con risorse proprie e nel rispetto della programmazione nazionale, in sovrannumero rispetto ai contratti finanziati dallo Stato, e previa procedura concorsuale – specifici contratti di formazione-lavoro a laureati in medicina e chirurgia presso le strutture del Servizio sanitario regionale per una durata complessiva pari a quella del corso di formazione specialistica, tali da assicurare una qualità delle competenze acquisite equivalente a quella prevista a livello nazionale.

Tale enunciato dovrà comunque raccordarsi con quanto statuito dall'art. 37, comma 1, d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368, laddove è previsto che il contratto stipulato dal medico specializzando sia «finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole», giacché è altresì precisato che esso «non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale e dell'Università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti»²⁷. A meno

²⁵ E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., p. 8, secondo cui «questo sistema potrebbe anche implementare la tendenza di medici professionisti a migrare da una Regione all'altra oppure di eseguire attività per il servizio sanitario in una Regione ed attività libero professionale in regioni più vantaggiose dal punto di vista dell'autonomia professionale».

²⁶ COSÌ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p.8.

²⁷ Su tale materia, secondo E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., pp. 6 ss., sono già intervenute l'Ue e la normativa nazionale, «incidendo sia sul profilo dell'istruzione universitaria, sia sul tema della salute. Si tratta fra l'altro di un settore che può incidere anche sul diritto di circolazione all'interno dell'UE dei futuri medici specialisti, cosicché una disciplina differenziata può implicare conseguenze anche sui diritti dei destinatari della normativa. Un diverso trattamento in que-

che, come appare più verosimile, non si voglia creare un ulteriore *genus*, affiancando al contratto di formazione specialistica il «contratto di formazione-lavoro», che comporta l'ineludibile problema di definire «i compiti assegnabili a tali neo-laureati, nonché i caratteri del rapporto di lavoro propri al nuovo *status* professionale»²⁸.

A ben vedere, infatti, al di là dell'obiettivo finanziario di tale differenziazione, rinvenibile nello spostamento delle relative risorse dallo Stato alla Regione, l'obiettivo vero è quello di «spostare gli specializzandi dal loro ruolo di medici in formazione a quello di dipendenti del servizio sanitario regionale, così da poter trasferire quote di attività sanitaria sui giovani in formazione anziché su medici strutturati, con conseguente riduzione dei costi», ma anche con la conseguenza inevitabile e forse sottovalutata di mettere così in discussione «quel metodo di selezione degli specializzandi che viene fatto con un concorso nazionale e quindi con maggiori garanzie di meritocrazia». A ciò aggiungasi che una siffatta differenziazione, «apparentemente vantaggiosa per i vari soggetti coinvolti (regione e medici neolaureati) con un uso più disinvolto dei giovani medici», finirebbe per discriminare «sia i cittadini che gli stessi medici in formazione», il cui impiego non può essere equiparato «a quello di un medico che ha completato la propria formazione a garanzia della salute del cittadino»²⁹.

Come del resto evidenziato di recente dalla Corte costituzionale nella sentenza 27 dicembre 2018, n. 249, secondo cui l'attività dei medici in formazione specialistica a livello regionale deve essere comunque «conforme al paradigma della «autonomia vincolata» fissato dal legislatore statale», che rappresenta un ragionevole punto di equilibrio «tra l'esigenza di consentire la graduale assunzione di responsabilità e autonomia operativa in capo allo specializzando e la necessità di garantire in ogni caso la salute dei pazienti» Ed è proprio alla luce dei principi costituzionali richiamati da tale pronuncia della Consulta, che lascia ancora più perplessi «il discutibile arruolamento degli specializzandi nei sistemi sanitari regionali» che si va delineando a livello di legislazione regionale³⁰.

sta materia non pare ragionevole né legittimo, sia perché portatore di diseguaglianze all'interno del percorso formativo degli specializzandi, sia perché la previsione «dell'integrazione operativa con il sistema aziendale», come dice la norma contenuta nell'intesa, già ipotizza lo spostamento dell'attività degli specializzandi da una collocazione nel sistema universitario a quella nel servizio sanitario regionale. La giustificazione che viene data alla differenziazione di tale disciplina appare poi debolissima, ossia derivante dalla necessità «di rendere il sistema più coerente con le specifiche esigenze del territorio», quando il numero dei posti è quantificato già ora da indicazioni regionali, ma poi coordinato, ai fini dell'accesso nelle scuole, da un provvedimento nazionale».

²⁸ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 10, che sottolineano come una siffatta disciplina intersechi la materia dell'«ordinamento civile», «una competenza esclusiva statale non devolvibile con il procedimento del regionalismo differenziato».

²⁹ Così ancora E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., pp. 7 ss., la quale rileva come «il giovane medico impiegato in questo sistema potrebbe sviluppare più precocemente le proprie capacità operative a spese dei pazienti rispetto al medico in formazione specialistica, soggetto al tutoraggio costante, continuo e prevalente del medico strutturato».

³⁰ Cfr. A. CARMINATI, *I medici in formazione specialistica tra disciplina quadro statale, normativa regionale e interventi di riforma. Note a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 249 del 2018 sulla L. Reg. Lombardia n. 33 del 2017*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 1, secondo cui la Corte «lungi dall'avallare un possibile impiego dei medici

Da ultimo, per quello che concerne le professioni sanitarie, la materia delle «professioni» in generale, a mente dell'art. 117, comma 3, Cost., rientra nell'ambito della potestà legislativa concorrente Stato-Regioni e, pertanto, in teoria rivendicabile ai sensi dell'art. 116, comma 3, Cost.

Tuttavia, al riguardo, con diverse pronunce, la Corte costituzionale ha chiarito che l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata allo Stato nell'ambito della determinazione dei principi in materia, per il suo carattere necessariamente unitario, trattandosi di un limite generale, invalicabile³¹.

Questo significa che l'ampliamento dell'autonomia regionale non può debordare fino a limitare le competenze statali in materia di individuazione delle professioni sanitarie (con i relativi profili e titoli abilitanti), le quali hanno la finalità di garantire sull'intero territorio nazionale requisiti di professionalità e competenza uniformi, tali da consentire la circolazione dei professionisti in tutto il Paese³².

4. Acquisizione di ulteriori competenze in materia di *governance*

Uno degli aspetti più problematici, ancora lontano dall'essere definito in sede di pre-intese, è quello concernente l'acquisizione, da parte delle tre Regioni, di ulteriori competenze legislative in ordine alla *governance* sul sistema sanitario e quindi, sulla normazione in ordine alla determinazione e disciplina delle relative figure apicali.

La regolamentazione è attualmente contenuta negli artt. 3 e 3-bis, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel d.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e nel d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

Il sistema così definito prevede al vertice delle aziende e degli enti del S.s.n. la figura del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo, richiedendo per essi specifici requisiti di professionalità e prevedendo apposite procedure selettive per il

specializzandi per sopperire alle carenze di organico ... rende più stringenti i termini del rapporto fra specializzandi e tutor», ribadendo che «le attività autonomamente esercitabili dal corsista vanno comunque svolte in regime di "autonomia vincolata", il che presuppone ... la presenza o la vicinanza del personale strutturato».

³¹ Cfr. le sentenze della Corte costituzionale 11 giugno 2014, n. 178; 19 luglio 2011, n. 230; 18 ottobre 2010, n. 300; 11 dicembre 2009, n. 328; 11 aprile 2008, n.93; 2 marzo 2007, n. 57; 14 aprile 2006, n. 153; 25 novembre 2005, n. 424; 12 dicembre 2003, n. 353.

³² Con riferimento alla materia delle «professioni» l'art. 26 della bozza di intesa tra Governo e Regione Veneto prevede che a quest'ultima siano attribuite «le competenze legislative ed amministrative volte a rafforzare il proprio ruolo in relazione alle professioni non ordinistiche, anche istituendone di nuove, purché riguardino competenze strettamente ed esclusivamente connesse alle caratteristiche specifiche regionali». Di analogo tenore è l'art. 23 della bozza di intesa tra Governo e Regione Lombardia concernente le professioni. Nella bozza di intesa tra Governo e Regione Emilia Romagna non è invece contemplata la materia delle professioni.

In relazione a quanto sopra, giova rammentare che con la l. 11 gennaio 2018, n. 3 si è proceduto al riordino delle professioni sanitarie, aggiungendo nuovi ordini e collegi a quelli previsti in precedenza e ampliando il novero delle categorie professionali connesse al settore sanitario.

conferimento degli incarichi. Le scelte normative a livello nazionale sono state improntate alla finalità di operare la netta distinzione tra le figure che esercitano funzioni di carattere gestionali e l'organo politico³³.

Da ultimo, con il d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171, si è inteso rafforzare questa impostazione prevedendo l'adozione di una serie di misure volte a garantirne l'uniforme applicazione sul territorio nazionale, quali: l'istituzione presso il Ministero della Salute di un elenco nazionale di soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del S.s.n., con relativa previsione di apposita selezione per la formazione dello stesso, basata su requisiti e parametri di valutazione predefiniti; la previsione, per il successivo conferimento dell'incarico di direttore generale da parte delle Regioni, di apposite procedure selettive locali; la previsione di apposite procedure selettive locali per la formazione degli elenchi regionali contenenti gli idonei all'incarico di direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari.

L'eventuale disapplicazione della normativa statale conseguente ad un possibile ampliamento delle competenze legislative regionali in *subiecta materia* potrebbe comportare, di riflesso, il venir meno – su quella parte del territorio nazionale coincidente con i territori delle Regioni cui sia concessa maggiore autonomia – delle garanzie di trasparenza che il legislatore ha inteso assicurare in funzione del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa, con evidente rischio di ripercussioni negative sul concreto esercizio del diritto alla salute da parte del cittadino.

È da ritenere, pertanto, che proprio in virtù di tali valutazioni il Governo si sia limitato a esprimersi in modo estremamente generico allorquando nella elaborazione dell'ultima bozza di intesa, con riferimento all'attribuzione delle nuove competenze richieste dalle Regioni, abbia previsto una non meglio specificata competenza regionale «sulla definizione dell'assetto istituzionale del sistema socio-sanitario regionale e dei relativi profili organizzativi, tenendo conto degli *standard* definiti a livello nazionale»³⁴.

Da parte loro, le tre Regioni hanno formulato richieste difformi rispetto al testo governativo³⁵, insistendo: il Veneto, sull'attribuzione di competenze in ordine alla «definizione dell'assetto istituzionale del sistema sanitario e sociosanitario regionale e dei relativi profili organizzativi e di *governance*, tenendo conto degli *standard* definiti a livello nazionale»;

³³ Circa l'affermazione del principio della netta separazione tra politica e gestione dell'amministrazione sanitaria, cfr., *ex multis*, le sentenze della Corte costituzionale 19 luglio 2011, n. 228; 20 ottobre 2010, n.304; 21 giugno 2001, n. 224; 27 gennaio 2010, n. 32; 19 novembre 2008, n.390; 19 marzo 2007, n.104.

³⁴ Riferimento, questo, contenuto, rispettivamente, negli artt. 29, comma1, lett. a); 25, comma1, lett a); 35, comma1, lett. a) delle bozze di intesa, rispettivamente, con Veneto, Lombardia, Emilia Romagna.

³⁵ Peraltro, Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna sono state, negli ultimi anni, tra le Regioni più attive nell'individuare modelli di *governance* innovativi sulla implementazione delle dinamiche aziendalistiche: al riguardo cfr. F.G. CUTTAIA, *La governance delle aziende sanitarie pubbliche e la diversificazione dei suoi processi evolutivi*, in *Diritto e Salute*, 2019, n. 1, pp. 27 ss.).

l'Emilia Romagna, in ordine alla finalità di «efficientare l'organizzazione del S.s.r. attraverso la definizione del sistema di *governance*»; la Lombardia, in ordine alla «definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili di *governance* e organizzativi delle aziende sanitarie e degli enti del S.s.r., con particolare riguardo agli organi e alla direzione strategica, ferme restando le disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria»³⁶.

Proprio queste ultime proposte, laddove prevedono una maggiore autonomia in ordine alla definizione del sistema di *governance*, destano non poche perplessità, in quanto «o sono meramente ripetitive di quella competenza esclusiva in materia di organizzazione sanitaria riconosciuta anche da parte della Corte costituzionale, o invece, c'è il serio rischio che si voglia mettere in dubbio tutti i principi generali in materia di dirigenza sanitaria, aspetto questo non di per sé criticabile, ma lo potrebbe diventare in quanto espressione di una disciplina regionale ed origine di ulteriori diseguaglianze»³⁷.

Pertanto, è da ritenere che proprio il nodo, non ancora sciolto, dell'attribuzione dei poteri di *governance* costituisca in definitiva una delle chiavi di lettura con cui si potrà interpretare l'effettiva portata delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia che saranno attribuite alle Regioni nella materia della tutela della salute³⁸.

Tuttavia, in una partita ancora complessa da giocare nei rapporti Stato-Regioni, si può affermare che il contenuto delle bozze di intesa finora formulate (parte delle quali, peraltro, non ha ricevuto dalle tre Regioni interessate l'adesione, bensì l'indicazione di integrazioni e modifiche da apportare) sembra discostarsi dal tenore della proposta più radicale (quella del Veneto)³⁹, offrendo spunti alle mediazioni tuttora in corso tese a delineare una attribu-

³⁶ In altre parole, si è aggiunta da parte di tutte le Regioni la parola «*governance*» e, per il Veneto, anche quella «sistema sanitario» (mentre il Governo parla di «sistema socio-sanitario»). Peraltro, non si è mancato di sottolineare come la Regione Emilia Romagna abbia avanzato, in generale, richieste «forse mediaticamente meno appariscenti, ma, all'atto pratico, suscettibili di esplicitare conseguenze non così lontane da quelle che verrebbero a verificarsi nelle altre due Regioni» (F. PALLANTE, *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa tra Stato e Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna*, cit., p. 6).

Proprio in tema di *governance* del Servizio sanitario regionale, la Regione Emilia Romagna, rispetto alla precedente posizione, ha aggiunto la richiesta di ridefinirne le regole: in merito a tali richieste cfr. A. CANDIDO, *Prove di regionalismo differenziato. La richiesta della Regione Emilia Romagna*, in *Diritti regionali*, 2019, n. 3.

³⁷ E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., p. 8.

³⁸ Illuminante, sotto questo aspetto, è quanto dichiarato dall'attuale Ministro della Salute in un'audizione parlamentare. Egli, infatti, ha affermato che «l'eventuale trasferimento di competenze in materia di tutela della salute avverrebbe comunque nell'ambito della competenza legislativa concorrente, fermo restando il rispetto dei principi fondanti il nostro sistema sanitario», chiarendo al riguardo che «le competenze legislative e amministrative si configureranno comunque quali eccezioni concordate ai principi generali della materia» (Commissione parlamentare per le questioni regionali – resoconto stenografico indagine conoscitiva – seduta di giovedì 14 novembre 2019 – audizione del Ministro della Salute, Roberto Speranza).

³⁹ Cfr. sul punto L. GRAZZINI, P. LATTARULO, M. MACCHI, A. PETRETTO, *Il regionalismo differenziato universale e specificità territoriali*, in *Federalismo in Toscana*, 21/2018, IRPET, 11 gennaio 2019, i quali ritengono, in generale, come «negli Accordi Preliminari tra regioni e governo si sia di fatto attuato un riallineamento delle opzioni percorribili, portando alla costruzione di tre accordi tra di loro in ampia misura molto simili», pervenendo così ad «un approccio maggiormente precauzionale rispetto alle possibilità prospettate e richieste dalle Regioni».

zione di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» coerenti con lo spirito che sembra aver guidato il legislatore costituzionale del 2001, volto a favorire l'implementazione dell'autonomia regionale in un contesto unitario, soprattutto per quanto riguarda la tutela dei diritti fondamentali del cittadino.

L'individuazione di contorni più definiti di tale contesto potrà far delineare meglio la prospettiva nella quale dovrà collocarsi il processo evolutivo dell'autonomia regionale anche in ambito sanitario.

Un deciso, ma forse ancora non decisivo, contributo alla definizione del contesto di cui trattasi è rintracciabile nel contenuto della bozza di legge quadro che il 27 novembre 2019 il Ministro per gli affari regionali Boccia ha inviato ai Presidenti delle tre Regioni interessate⁴⁰ – nel tentativo di definire una cornice normativa unitaria in cui potranno poi inserirsi gli interventi di attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. – e nella quale sono riassunti i criteri che debbono presiedere alla concreta attribuzione alle Regioni dell'autonomia differenziata⁴¹, facendo ricorso a quegli strumenti di tenuta unitaria del sistema, «necessari per adempiere all'obbligazione costituzionale di protezione della salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività»⁴². Essi sembrano ispirati al *principio perequativo*, nel senso di tendere ad adeguare i meccanismi di finanziamento delle funzioni pubbliche territoriali al soddisfacimento dell'esigenza di mantenere saldi i *valori solidaristici e cooperativi* che la Repubblica esprime, senza mettere in discussione la

⁴⁰ Su cui cfr. le considerazioni critiche, in particolare sul *modus procedendi* ipotizzato dal Governo, di L. A. MAZZAROLI, *Considerazioni a prima vista di diritto costituzionale sulla «bozza di legge-quadro» consegnata dal Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie del Governo Conte II, Francesco Boccia, a i Presidenti Zaia, Fontana e Bonaccini, in materia di articolo 116, co. 3, Cost.*, in *Federalismi.it*, 2019, 21, che tuttavia sottolinea il radicale mutamento di prospettiva rispetto al passato: «prima lo Stato fissa ... i livelli essenziali delle prestazioni e i fabbisogni *standard* e solo dopo si procede alla firma delle *Intese*».

⁴¹ In particolare, l'attribuzione alle Regioni di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, dovrà avere quale parametro di riferimento la finalità di assicurare il perseguimento dei livelli essenziali delle prestazioni o gli obiettivi di servizio su tutto il territorio nazionale. Più precisamente, l'art. 1 della bozza di legge quadro prevede che le intese tra lo Stato e le Regioni debbano conformarsi ai seguenti obiettivi e modalità di attuazione: a) determinazione, nelle materie oggetto di attribuzione, dei diversi livelli essenziali delle prestazioni o degli obiettivi di servizio uniformi su tutto il territorio nazionale e dei fabbisogni *standard*, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) Cost.; b) finanziamento delle funzioni attribuite, ai sensi di quanto indicato nella lett. a), nel rispetto dei criteri di perequazione espressi dall'art. 17, l. 31 dicembre 2009, n. 196 e dal d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68; c) necessità di assicurare su tutto il territorio nazionale i livelli delle prestazioni o gli obiettivi di servizio di cui alla lett. a) anche attraverso la perequazione strutturale; d) richiamo, nella previsione del riparto tra Regione ed Autonomie locali delle funzioni amministrative oggetto di attribuzione, oltre che ai principi di sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza, anche al principio solidaristico; e) previsione del termine di 12 mesi, dall'entrata in vigore della legge di approvazione dell'intesa, entro cui siano determinati i livelli essenziali delle prestazioni, gli obiettivi di servizio e i relativi fabbisogni *standard*, scaduti i quali le relative risorse saranno assegnate con d.p.c.m. sulla base delle risorse a carattere permanente iscritte nel bilancio dello Stato a legislazione vigente; f) previsione, ai fini del coordinamento della finanza pubblica, che lo Stato possa stabilire, in relazione agli andamenti del ciclo economico e dei conti pubblici, misure a carico della Regione, a garanzia dell'equità nel concorso al risanamento della finanza pubblica, previa adozione delle medesime misure con impatto finanziario su tutto il territorio nazionale. L'art. 2 indica, invece, le modalità con le quali debbono essere determinati i livelli essenziali delle prestazioni, gli obiettivi di servizio e i fabbisogni *standard*, stabilendo la relativa tempistica.

⁴² R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9, secondo cui questa rappresenta «una chiave di lettura essenziale e non scontata della regionalizzazione della sanità italiana».

stessa unità repubblicana e, soprattutto, senza arrecare un *vulnus* al principio costituzionale di eguaglianza formale e sostanziale, in grado di pregiudicare tutta una serie di diritti fondamentali dei cittadini⁴³.

⁴³ Per una lettura in tal senso cfr. G. FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni di equilibrio di sistema, le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, in *Diritti regionali*, 11 gennaio 2020, pp. 37-39, il quale pone in rilievo la circostanza che il superamento della logica del riparto dei vari fondi di perequazione operato esclusivamente ed unilateralmente dal Governo centrale, potrebbe condurre di per sé ad «una sorta di eterogenesi dei fini», suscettibile di mettere a repentaglio il principio perequativo. Da ciò la necessità di «vigilare» affinché sia evitato il rischio che l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni possa tradursi in una automatica modalità che abbia l'effetto di ricodificare la redistribuzione interregionale delle risorse trattenendo, da parte delle Regioni più ricche, il residuo fiscale, ossia la differenza tra le tasse pagate e il costo dei servizi erogati».