

La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007) (*)

di Boris Vitiello

Sommario

1. Il finanziamento delle funzioni sanitarie – 1.1. Il Servizio sanitario nazionale e la sua evoluzione – 1.2. La consolidata pratica dello strumento pattizio dell'Accordo Stato-Regioni – 1.3. L'intervento della Consulta. – 2. L'organizzazione sanitaria – 2.1. Emilia-Romagna e Lombardia: la riconferma di due modelli opposti di sanità – 3. Le professioni sanitarie – 3.1. Le limitate (quasi nulle) possibilità d'intervento del legislatore regionale.

1. Il finanziamento delle funzioni sanitarie

Abbandonato l'impianto originario del finanziamento del Servizio sanitario nazionale fissato dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, a partire dalle riforme legislative dei primi anni novanta che hanno reso più incisive le funzioni delle Regioni in materia sanitaria, si è assistito ad una continua rimodulazione delle modalità di contribuzione finanziaria dello Stato e, allo stesso tempo, delle autonome capacità delle Regioni stesse di acquisire le risorse – o quantomeno una parte di esse – necessarie al funzionamento dei propri servizi sanitari.

Le Regioni hanno visto quindi accrescere nell'ultimo decennio il ruolo ad esse conferito dal potere statale in questa delicata

(*) Lo scritto rappresenta il frutto di un progetto di ricerca condotto presso l'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna e concluso nel dicembre 2005. In vista della pubblicazione in questa *Rivista* è stato tuttavia aggiornato alle più rilevanti innovazioni legislative e giurisprudenziali.

materia, che comprende fondamentali diritti dei cittadini ed in cui più si manifestano le scelte politiche di gestione della *res pubblica*, e si sono di conseguenza adoperate per preservarne ogni attribuzione, anche in ragione, certamente, del peso che il comparto sanitario ricopre nell'ambito dei bilanci regionali (più del 60 %) ⁽¹⁾.

La modifica del Titolo V, Parte II, della Costituzione intervenuta nel 2001 con la legge costituzionale n. 3 ha fornito al potere regionale, tra le altre cose, ulteriori occasioni di crescita del proprio intervento in materia sanitaria. Come è noto, a seguito di tale riforma è stato profondamente modificato l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni.

L'impianto costituzionale originario, infatti, nel quadro di una competenza generale dello Stato, prevedeva una precisa elencazione di materie su cui le Regioni avevano competenza esclusiva, pur nei limiti sia dei principi fondamentali fissati a livello centrale sia del principio di interesse nazionale. L'attuale art. 117 Cost., invece, contiene un elenco delle materie esclusive statali e assegna in via residuale al potere regionale le materie cd. "*innominate*", contemplando anche una serie di materie concorrenti disciplinate nei loro principi fondamentali dallo Stato e nel dettaglio dalle Regioni.

Con riguardo al tema della sanità, l'art. 117 contempla tra le materie attribuite alla competenza concorrente delle Regioni la "*tutela della salute*", a differenza del vecchio testo dello stesso articolo che limitava la competenza concorrente regionale al più ristretto ambito dell' "*assistenza sanitaria ed ospedaliera*".

Che l'ambito di disciplina della potestà regionale si sia ampliato fino a comprendere tutti gli aspetti inerenti la garanzia del fondamentale diritto alla salute è stato affermato e ribadito più volte dalla Corte costituzionale ⁽²⁾.

Va sottolineato, peraltro, che la competenza legislativa re-

(1) Dalla lettura del bilancio di previsione 2007 della Regione Emilia-Romagna, si desume che per ogni cittadino è attribuita una spesa *pro capite* di Euro 3.844,76 dei quali la maggior parte sono indirizzati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (*Fonte: Regione Emilia-Romagna*).

(2) Si vedano le sentenze n. 270/2005 e n. 181/2006.

gionale, anche nelle materie residuali, subisce inevitabili interferenze da parte del potere statale in virtù di quelle c.d. “*materie trasversali*” che il giudice costituzionale ha provveduto a evidenziare e legittimare e che permettono allo Stato di intervenire anche laddove sulla base dello schema delle competenze di cui all’art. 117 Cost. formalmente non potrebbe⁽³⁾.

In materia sanitaria, dove si rivela forse con più evidenza l’esigenza di conciliare il principio di uguaglianza e di parità di trattamento, da un lato, e le istanze di decentramento e di autonomia delle entità locali, dall’altro, la “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*” (cd. LEP), materia di esclusiva competenza dello Stato ex art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost., è fondamentale per garantire la tutela del diritto alla salute, così come sancito dall’art. 32 della nostra Carta fondamentale⁽⁴⁾.

Da un lato, quindi, in virtù di questa competenza lo Stato è legittimato ancora oggi, dopo la riforma costituzionale del 2001, a comprimere la libertà d’azione delle Regioni; dall’altro, tuttavia, va riscontrato che la Consulta ha limato i diversi tentativi di abuso da parte dello Stato del ricorso ai livelli essenziali delle prestazioni per giustificare i propri interventi legislativi. Infatti, è stato giudicato “improprio” il riferimento, spesso avanzato dallo Stato nelle sue difese in sede di giudizio di legittimità,

(3) La Corte costituzionale ha dimostrato una tendenza a “guadagnare” spazi di competenza a favore dello Stato, e quindi a discapito delle Regioni, sfruttando incongruenze, lacune e indeterminanze che il testo della riforma del 2001 presenta. Molto spesso la determinazione della competenza risponde al “criterio teleologico” del fine da perseguire o del valore da proteggere, in virtù del quale l’intervento statale può superare i confini oggettivi della materia, così da estendersi ad una molteplicità di oggetti pertinenti anche ad altre materie, ma comunque rispondenti all’esigenza finalisticamente assegnata allo Stato. Sulla questione delle “materie trasversali” (a volte si usano diverse locuzioni quali “materie-non materie” ovvero “materie-funzioni”). Cfr. Corte cost. 282/02, 497/02, 326/03, 222/03 e 536/03.

(4) Per economia dell’opera non si affronterà in maniera completa l’importante tematica dei “livelli essenziali delle prestazioni” (LEP), detti anche “livelli essenziali di assistenza” (LEA), dal momento che essa richiede una separata trattazione che tenga conto dei suoi numerosi aspetti non solo sanitari, ma anche, più in generale, sociali.

timità costituzionale, all'art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost., in quanto "tale titolo di legittimazione legislativa non può essere invocato se non in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione" ed è invece "inconferente il riferimento ad esso allorché si intenda individuare il fondamento costituzionale della disciplina, da parte dello Stato, di interi settori materiali" (sentenza n. 181/2006) ⁽⁵⁾.

La questione del finanziamento delle funzioni sanitarie, oggetto di questo capitolo, va inquadrata certamente in quella più ampia del coordinamento della finanza pubblica e del cosiddetto "federalismo fiscale", costituendone anzi, in virtù della loro stretta correlazione, un sorta di "banco di prova" ⁽⁶⁾. Prima della riforma costituzionale del 2001, il legislatore statale ha cercato di introdurre meccanismi fiscali di tipo federale con la legge delega 13 maggio 1999, n. 133, recante "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", e con il successivo decreto legislativo di attuazione n. 56/2000. Il suo tentativo però, come si avrà modo di evidenziare in seguito, è risultato vano e nemmeno con la modifica dell'art. 119 Cost. è stato possibile ad oggi modificare l'assetto delle competenze sulla finanza pubblica, che continua a riservare al potere centrale un ruolo principe. Le Alte Commissioni si avvicendano, analizzano, valutano, ma a tutt'oggi risulta difficile, di fronte alla sostanziale paralisi del legislatore sul tema, prevedere nel breve periodo significativi passi in avanti che affrontino la questione del "federalismo fiscale" in maniera organica e definitiva.

1.1. Il Servizio sanitario nazionale e la sua evoluzione

Al fine di comprendere compiutamente l'attuale sistema di

(5) Si vedano *ex multis* anche le sentenze n. 285/2005, n. 423/2004 e n. 282/2002.

(6) Vedi M. BARBERO, *Sanità e federalismo fiscale*, in www.federalismi.it, 6/2005. Cfr. N. DIRINDIN, *Federalismo e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, in N. DIRINDIN, E. PAGANO (a cura di), *Governare il federalismo*, Roma, 2002.

reperimento delle risorse da parte del Servizio sanitario nazionale, è utile innanzitutto vedere almeno in breve, in considerazione dell'economia della trattazione, come complessivamente nel nostro paese il sistema di finanziamento della salute sia nato, si sia evoluto e modificato fino ai giorni nostri.

Il Servizio sanitario nazionale nasce con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, segnando il superamento della precedente logica assicurativa/contributiva ⁽⁷⁾ e identificando, invece, l'unica fonte di finanziamento nel bilancio di previsione dello Stato: si ha un trasferimento diretto alla Regione delle risorse finanziarie ad essa necessarie per consentire il funzionamento del proprio sistema della salute, e cioè il Servizio sanitario regionale, attraverso il riparto tra le Unità sanitarie locali da adottare con provvedimento legislativo regionale ⁽⁸⁾.

Strumento primario per il funzionamento del sistema è il Fondo sanitario nazionale, imperniato sulla finanza derivata e consistente quindi, da un lato, nell'accentramento della raccolta dei mezzi finanziari ad opera dello Stato, drenati mediante il sistema erariale e fatti confluire nel bilancio dello stesso, e, dall'altro, nella ripartizione delle risorse stesse tra le Regioni e da queste distribuite alle singole Unità sanitarie locali. Il Fondo sanitario nazionale prevedeva un'articolazione in due distinti

(7) Per un'analisi dell'evoluzione nel nostro Paese dell'approccio dello Stato al tema della salute a partire dalla prima metà del novecento, si veda E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 1/2005.

(8) In verità già con le leggi attuative del decentramento funzionale e amministrativo delle Regioni (prima di tutte la legge 16 maggio 1970, n. 281), queste ultime assunsero un ruolo significativo: alle Regioni a statuto ordinario vengono trasferite le funzioni relative all'assistenza sanitaria ed ospedaliera (d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4). Più in specifico, in ragione del fatto che con la cd. "riforma ospedaliera" non si riusciva a contenere la spesa relativa alla ospedalità, pubblica e privata, determinando un progressivo indebitamento delle mutue verso gli enti ospedalieri, il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 (conv. legge 7 agosto 1974, n. 386) avviò un processo normativo inteso a superare l'ormai obsoleto sistema mutualistico. Il legislatore, infatti, con questo provvedimento, adottato innanzitutto per pianificare la definitiva estinzione dei debiti delle "casce mutue" nei confronti degli enti ospedalieri, determina le precondizioni utili al successivo avvio della riforma, consistenti nella soppressione degli enti mutualistici e nel passaggio generalizzato delle competenze in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni.

capitoli nei quali confluivano gli importi messi a disposizione annualmente dallo Stato per la parte corrente e per quella in conto capitale. Più in specifico, nel primo venivano destinate le risorse finalizzate a garantire lo scopo istituzionale (offerta di salute) del Servizio sanitario nazionale e, quindi, il funzionamento del sistema, mediante l'applicazione della quota capitaria "secca" nella distribuzione delle risorse; nel secondo venivano assegnate le somme destinate agli investimenti ritenuti necessari per un miglioramento del patrimonio funzionale delle Unità sanitarie locali.

In questo modo dunque si è garantito il finanziamento del Servizio sanitario nazionale ⁽⁹⁾. A partire dal 1992, anno della cd. "riforma *bis*", introdotta con il decreto legislativo n. 502/1992, poi modificato dal successivo ulteriore decreto legislativo n. 517/1993, esso non risulta più essere finanziato in via esclusiva dal tradizionale strumento del Fondo sanitario nazionale, ma anche dai contributi sanitari delle Regioni, dal prelievo erariale delle Regioni a statuto speciale, dalle entrate delle Unità sanitarie locali realizzate, per esempio, mediante la partecipazione e coadiuvate tutte dalla consistente integrazione del bilancio statale nel capitolo riguardante il Fondo sanitario nazionale.

Nella seconda metà degli anni novanta si registravano altre due novità per il sistema di finanziamento della salute: infatti, con la "finanziaria" per l'anno 1997 (legge 23 dicembre 1996, n. 662), cambiava la metodologia distributiva del Fondo sanitario nazionale a favore delle Regioni ⁽¹⁰⁾, e con il decreto legi-

(9) I principi ispiratori della riforma sanitaria del '78 possono così riassumersi:

- a) universalità della garanzia assistenziale, globalità delle prestazioni e dei servizi offerti, parità di trattamento e uniformità per tutto il territorio nazionale;
- b) unicità dell'intervento sanitario attraverso le Usl;
- c) accentramento del prelievo delle risorse di finanziamento e decentramento del potere decisionale della spesa;
- d) programmazione dell'individuazione delle risorse necessarie al funzionamento del sistema e preventivazione delle relative spese.

(10) Viene in specifico abbandonato l'ordinario criterio di finanziamento della salute, fondato sulla spesa storica, che individuava il suo strumento economico nella cd. "quota capitaria secca ed uniforme", e viene invece introdotto un nuovo modello di

slativo 15 dicembre 1997, n. 446 i contributi per il Servizio sanitario nazionale venivano sostituiti dall'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) ⁽¹¹⁾, esercitata nel singolo territorio regionale e determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 4,25 %.

L'istituzione di questo tributo, a diretta riscossione regionale, si collegava alla volontà politica, fatta propria dal Governo allora in carica, di superare la lettura restrittiva dell'art. 119 Cost. – ancora non novellato dalla riforma del Titolo V che vi sarà nel 2001.

Infatti, era prevista nello stesso decreto la facoltà per le Regioni di una maggiorazione dell'aliquota Irap, nonché dell'addizionale Irpef; in rapporto al Fondo sanitario nazionale la sua determinazione doveva far conto sull'intera addizionale Irpef dello 0,5 % e sull'utilizzo del gettito Irap, entro un limite massimo del 90 %, a compensazione dell'abolizione dei contributi sanitari ⁽¹²⁾.

determinazione della "unità monetaria", non più finalizzata a garantire gli storici livelli di offerta, bensì direttamente commisurata e cioè "pesata" a soddisfare i bisogni espressi dalla domanda salutare. Si veda E. JORIO, *op. cit.*

(11) Le novità legislative introdotte alla fine degli anni '90 svuotano il contenuto innovativo della cd. "riforma bis", che fu allora certamente un importante carattere innovativo. Il decreto legislativo n. 502/92, infatti, prevedeva la devoluzione alle Regioni il compito di farsi carico di una consistente porzione dello stanziamento necessario alla parte corrente del Fondo sanitario nazionale (50% delle spese funzionamento); in specifico, quindi, lo Stato trasferiva alle Regioni il compito di equilibrare il sistema in modo indiretto, riconoscendole destinatarie della contribuzione sanitaria in ragione del criterio della residenza dei soggetti obbligati ai relativi versamenti. In tal modo il potere centrale si affrancava dall'obbligo di ripianare i disavanzi sanitari, dal momento che le Regioni dovevano garantire con proprie risorse, ad esempio attraverso *ticket*, la copertura di prestazioni che superassero i livelli essenziali di assistenza. Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale, poi, veniva sempre assicurato dalla legge di bilancio statale, tenendo conto però, per la parte corrente, della detrazione dall'ammontare dello stanziamento complessivo dei contributi di competenza regionale, valutati presuntivamente.

(12) Non si può non richiamare la vicenda giudiziaria dell'Irap, tributo che ha alimentato a causa della sua struttura impositiva non solo dibattito scientifico, ma anche polemiche. La questione è arrivata alla Corte di giustizia europea, dove nonostante l'Avvocato Generale abbia sostenuto e concluso nella sua istruttoria che l'Irap fosse incompatibile con le norme fiscali comunitarie in quanto sostanzialmente equivalente

1.2. La consolidata pratica dello strumento pattizio dell'Accordo Stato-Regioni

Le novità normative degli anni '90, che sembravano aprire una fase nuova per il finanziamento del sistema sanitario o, meglio, dei singoli sistemi sanitari regionali, vengono però, di fatto, disattese dai successivi interventi del legislatore nazionale, spesso contraddittori. Infatti, a fronte della costante crescita della spesa sanitaria e della concreta incapacità di creare un sistema di finanziamento che garantisse, allo stesso tempo, autonomia regionale, contenimento delle uscite e riduzione dei disavanzi, nonché livelli essenziali di assistenza (cd. LEA), si è inaugurato un metodo nuovo, di tipo pattizio, per il governo della sanità. Va sottolineato che soltanto attraverso il ricorso a strumenti di raccordo, quale la Conferenza Stato-Regioni, e quindi solo con la leale collaborazione tra i due livelli di potere, è stato possibile sino ad oggi gestire gli aspetti finanziari delle politiche sanitarie, che altrimenti avrebbero patito una perniciosa conflittualità tra lo Stato e le Regioni, che comunque, va detto, non è mancata.

Il sistema di concertazione così creato, ed ancora oggi utilizzato, non è certamente esente da critiche, non fosse altro perché esso è espressione di un rapporto impari in cui lo Stato continua a riservarsi una posizione contrattuale predominante e ad utilizzare strumenti operativi introdotti con la riforma del '78 e almeno formalmente superati da successivi interventi normativi.

Tuttavia, allo stesso tempo, non può non evidenziarsi che gli accordi stipulati abbiano, quantomeno, prodotto alcuni risultati positivi che si avrà modo di evidenziare in questo paragrafo; va comunque sottolineato sin d'ora che la spesa sanitaria regionale

all'Iva, il tributo tanto discusso è stato "salvato". Un'eventuale condanna avrebbe messo a rischio un flusso di imposte pari a 120 miliardi di euro (arretrati compresi) destinati alle Regioni e di cui i contribuenti potrebbero chiedere la restituzione (nel periodo compreso tra il 2000 e la fine di agosto 2005 sono stati 93.712 i ricorsi contro l'Irap). Se si considera l'importanza di questa imposta per il finanziamento della sanità (l'Irap garantisce alle casse dello Stato un gettito annuo di circa 33 miliardi) si comprende appieno l'attenzione che la vicenda ha avuto.

non è mai stata contenuta nei limiti delle risorse preventivate e stanziare annualmente e che il bilancio di alcune Regioni è fortemente deficitario proprio a causa di una cattiva gestione della sanità.

Va detto che, prima di giungere alla fase concertativa, il legislatore statale aveva approntato a livello normativo un diverso sistema di finanziamento della sanità, un sistema inserito nel quadro del cd. "federalismo fiscale". Infatti, la legge delega 13 maggio 1999, n. 133, recante "*Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale*", e il suo decreto legislativo di attuazione n. 56 del 2000 sembravano dare avvio alla riforma della finanza regionale, apportando una seria modifica al modello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Al riguardo, più in specifico, le risorse del Fondo sanitario nazionale dovevano essere sostituite da una pluralità di fonti di finanziamento rappresentate dall'Irap, dalla confermata possibilità per le Regioni di imporre addizionali, ma incrementate, sull'Irpef, dall'aumento della compartecipazione delle benzine, dalla compartecipazione al gettito dell'Iva, da entrate proprie e, per importi residuali, da integrazioni a carico dello Stato¹³. Il decreto n. 56 quindi cancella lo stanziamento a carico del bilancio dello Stato che, come si è visto, aveva storicamente alimentato il Servizio sanitario nazionale dalla sua originaria istituzione, sottraendo al Fondo sanitario nazionale il suo tradizionale ruolo, sino a far supporre la sua implicita abolizione. Allo stesso tempo, alle nuove forme di finanziamento della sanità si accompagnava un apposito fondo di perequazione, necessario per allineare le differenze tra le Regioni, che tenesse conto delle diverse capacità fiscali per abitante¹⁴ e dei fabbisogni sanitari presenti nelle diverse realtà territoriali.

(13) Per più dettagliati approfondimenti, soprattutto sulla sua operatività, si veda M. BARBERO, *Processo al d.lgs. n. 56/2000*, in www.federalismi.it. Da evidenziare soprattutto le forti resistenze da parte soprattutto delle Regioni del sud, le quali hanno sempre ritenuto il summenzionato decreto fortemente lesivo dei propri interessi.

(14) Da sottolineare che l'Irap e l'Irpef sono distribuite in modo fortemente disomogeneo sul territorio nazionale.

Quello appena descritto tuttavia è il quadro teorico. I nuovi meccanismi della finanza pubblica introdotti con il decreto n. 56, infatti, non hanno mai trovato applicazione.

Gli obiettivi del superamento della dipendenza dei bilanci delle Regioni e degli enti locali dalle risorse del bilancio statale e, allo stesso tempo, della costruzione di un sistema di trasferimenti perequativi chiaro e condiviso non hanno mai visto luce: il decreto n. 56 è entrato, o meglio non è mai uscito da uno stadio di “letargo giuridico”, e può considerarsi oramai superata la sua impostazione del sistema di federalismo fiscale.

Per quanto riguarda la sanità, settore in cui le correlazioni finanziarie tra il potere centrale e quello regionale sono più intense, è facile riscontrare in diversi momenti normativi la volontà di far permanere in “stato di quiescenza” il suddetto decreto: il raggiungimento dell’accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni l’8 agosto 2001 va letto in questo senso ⁽¹⁵⁾.

Nota anche come “Patto di stabilità sanitario”, esso si propone di garantire, relativamente al suo periodo triennale di applicazione, “un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che, tenendo conto degli impegni assunti con il patto di stabilità e crescita, consenta di migliorarne l’efficienza razionalizzando i costi, attraverso l’assunzione di responsabilità recipro-

(15) La pratica della negoziazione Stato-Regioni riguardo al finanziamento della sanità è, tuttavia, precedente all’accordo dell’8 agosto 2001, il quale peraltro tenta per l’ennesima volta di porre le basi per superare la perdurante situazione di deficit del S.s.n. Nella consapevolezza, infatti, della confusione normativa e dell’urgenza di soluzioni rapide ai problemi finanziari della sanità, il Governo e le Regioni hanno raggiunto un accordo il 3 agosto 2000, poi integrato da quello successivo del 22 marzo 2001, allo scopo di regolare i disavanzi sino a tutto il ’99 e di definire realisticamente i fabbisogni sanitari con effetto sugli anni 2000 e 2001. Da notare che già in questa occasione, e quindi dopo pochissimo tempo dall’adozione del decreto n. 56, il contenuto di quest’ultimo viene contraddetto: infatti, con l’accordo del 22 marzo 2001, a compensazione di una maggiore responsabilizzazione delle Regioni in ordine al controllo sui disavanzi, viene soppresso il vincolo di destinazione delle risorse che pure costituiva una delle novità del decreto sul federalismo fiscale. Si veda S. PARRILLA, *Le risorse del servizio sanitario: dall’accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 4/2005.

che fra Governo e Regioni, tesa sia ad attivare comportamenti regionali virtuosi, finalizzati al controllo della spesa, sia ad impegnare il Governo a fornire una soluzione definitiva al problema del sottofinanziamento della sanità”.

Il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 recante “*Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*” (convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405), ha poi recepito le previsioni dell’accordo, riguardanti non solo l’attuazione del patto di stabilità interno⁽¹⁶⁾, ma anche la razionalizzazione dell’intervento finanziario dello Stato, per il triennio 2002/2004, al fine di realizzare la progressiva copertura dei disavanzi consolidati, e allo stesso tempo la responsabilizzazione delle Regioni, a partire dal 2001, sui *disavanzi sanitari*, delegando loro la copertura attraverso l’imposizione locale o appositi strumenti, come i *ticket*, da adottarsi per le prestazioni in favore dell’utenza.

Sempre nell’ottica del principio dell’attribuzione delle responsabilità degli eventuali “sforamenti” di spesa al singolo ente (Regione o Provincia autonoma) che li avesse provocati, con la finanziaria per il 2003 (legge n. 289/2002) vengono individuati una serie di adempimenti, presidiati da stringenti meccanismi di monitoraggio, al cui rispetto è condizionato l’accesso da parte delle Regioni a *risorse statali aggiuntive*, ed è peraltro prevista la *decadenza automatica* di quei direttori generali delle aziende sanitarie che non dovessero raggiungere l’equilibrio economico (sanzione confermata anche dalla legge finanziaria per l’anno 2005)⁽¹⁷⁾.

(16) Il Patto di stabilità interno è stato introdotto nel nostro ordinamento con l’art. 28 della legge n. 448/1998, con l’obiettivo prioritario di ridurre il disavanzo degli enti, attraverso una serie di misure mediante le quali gli enti locali potevano raggiungere tale obiettivo. Il sistema apprestato era in sintonia con l’autonomia degli enti locali. In specifico, una circolare del Ministero dell’interno del 18 febbraio 1999 definiva il Patto “prescrittivo” circa i risultati da raggiungere e “programmatico” circa le modalità non vincolanti per il raggiungimento degli obiettivi. In seguito, con le successive leggi finanziarie, la configurazione del Patto è diventata sempre più articolata con la previsione di divieti, obblighi e persino sanzioni. Si veda E. JORIO, *op. cit.*

(17) Gli interventi normativi susseguenti all’accordo del 2001 hanno previsto ulteriori adempimenti cui le Regioni sono tenute, quali, ad esempio, l’attuazione di iniziative per il contenimento delle liste d’attesa e il rispetto del tetto della spesa farmaceuti-

Alla luce degli interventi normativi ora delineati è facile notare che l'agire pubblico è ben lontano dall'aver un'impostazione di tipo federalista.

Infatti, come è possibile desumere già dall'accordo del 2001, la sanità continua ad essere finanziata in grandissima parte con risorse statali fissate per ogni singolo anno, come è sempre stato sin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale⁽¹⁸⁾: il potere centrale non ha ridotto la propria competenza a vantaggio dell'autonomia finanziaria regionale. D'altronde, ben consapevoli dello stretto legame che unisce la sanità al fondamentale tema del federalismo fiscale, va ancora una volta ribadito che l'art. 119 della Costituzione non ha ancora trovato applicazione, come pure, più in generale, non è stato ancora approntato dallo Stato il sistema di coordinamento della finanza pubblica⁽¹⁹⁾.

Le diverse finanziarie succedutesi dopo l'accordo del 2001, a partire da quella per il 2002 (legge 28 dicembre 2001, n. 448), contengono interventi diretti dello Stato nel finanziamento della salute, come era consuetudine precedentemente. In questo quadro, il Fondo sanitario nazionale, che con il decreto n. 56 sembrava essersi svuotato dei suoi contenuti finanziari, tanto da far pensare alla sua implicita abolizione, conserva ancora oggi, invece, la sua efficacia operativa quale strumento di distribuzione delle risorse tra le diverse Regioni, finanziato anche con interventi non ordinari.

Del resto, l'accordo Stato-Regioni del 6 febbraio 2003 (cd.

ca, il cui controllo è stato affidato all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), organo dotato anche di poteri di tipo sanzionatorio, istituito dal decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269.

(18) L'accordo del 2001 prevedeva in favore del Ssn per il triennio 2002-2004, in rapporto all'andamento del Pil atteso sulla base del Dpef 2002-2006, già lire 144.347 mld per l'anno 2002, 150.122 mld per l'anno 2003 e 155.871 per l'anno 2004.

(19) Nella sentenza n. 37/2004 la Corte costituzionale, nel delineare le tappe del percorso che dovrebbe portare al federalismo fiscale, specifica il ruolo del legislatore statale: "Al fine di coordinare l'insieme della finanza pubblica, dovrà non solo fissare i principi cui i legislatori regionali dovranno attenersi, ma anche determinare le grandi linee dell'intero sistema tributario, e definire gli spazi e i limiti entro i quali potrà esplicarsi la potestà impositiva, rispettivamente, di Stato, Regioni ed enti locali".

“accordo di Fiuggi) ha fissato nuovi criteri di riparto proprio del Fondo sanitario nazionale, a conferma dunque che la soppressione dei trasferimenti erariali destinati al finanziamento della salute, prevista dal decreto n. 56, sia da ricondursi ad una semplice enunciazione che non ha visto concreta attuazione.

Ad ulteriore dimostrazione che nulla è cambiato in ordine all'autonomia finanziaria regionale, va evidenziato che, a partire dalla legge finanziaria per il 2003, lo Stato ha tenuto “blocate” fino al dicembre 2006 le variazioni delle addizionali regionali Irpef, nonché le maggiorazioni dell'aliquota Irap da parte delle Regioni, “fino al raggiungimento di un accordo interistituzionale sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale”, che poi come visto non si è mai realizzato.

Allo stesso tempo, la legge finanziaria per il 2005, in deroga a quanto contenuto nel decreto-legge n. 347/2001, che aveva recepito l'accordo del 2001, ha disposto il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. Stessa disposizione è stata prevista per l'anno 2004 dalla legge finanziaria per il 2006.

Sempre sui disavanzi, si prevede, già dalla finanziaria per il 2004, che in caso di squilibrio, verificato sulla base di un monitoraggio trimestrale, le Regioni hanno l'obbligo di assumere le conseguenti iniziative, in assenza delle quali scatta una *diffida* da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri. In caso di ulteriore inottemperanza, vi è l'obbligo in capo al Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, di determinare l'ammontare del disavanzo e di assumere i provvedimenti di copertura, ivi compreso il ricorso agli aumenti dell'addizionale Irpef e delle aliquote Irap, pur in deroga al divieto di variazione, ora comunque “sbloccato” in quanto non riconfermato dalla finanziaria per il 2007.

Conclusosi il triennio di operatività dell'accordo dell'8 agosto 2001, la pratica negoziale trova conferma con l'intesa del 23 marzo 2005, le cui previsioni nel settore sanitario vengono recepite con la finanziaria per il 2006.

L'istituzione del *Tavolo di verifica degli adempimenti*, organo di vigilanza e monitoraggio dell'equilibrio economico-

finanziario delle Regioni, costituisce certamente la novità più importante.

Inoltre, circa il problema dei disavanzi di gestione, è disposto che, in caso di mancata adozione entro il 31 maggio, nella regione interessata, di adeguati provvedimenti da parte del commissario *ad acta*, si applicano comunque *nella misura massima* l'addizionale Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota Irap

Fissato così il quadro del sistema di finanziamento della sanità, come delineatosi nel corso degli ultimi anni in virtù delle diverse leggi finanziarie che quasi sempre hanno recepito quanto concordato tra Stato e Regioni in sede di accordi *ad hoc*, passiamo ora ad analizzare almeno brevemente nei suoi punti essenziali l'impostazione del nuovo Governo nazionale.

Innanzitutto, per fugare qualsiasi illusione circa un'inversione di tendenza nei rapporti Stato-Regioni, va detto che l'impianto non è mutato: d'altronde un cambiamento in tal senso potrebbe essere solo frutto di novità in tema di federalismo fiscale. Ma novità sul punto non ce ne sono.

Ritroviamo quindi un accordo, ed in specifico il "Patto per la salute" firmato il 28 settembre 2006, e la legge finanziaria, quale strumento principe dell'assetto della sanità pubblica.

In specifico, la legge n. 296/2006 (finanziaria per il 2007), recependo le disposizioni del summenzionato Patto, prevede:

- un Fondo transitorio per il triennio 2007-2009 da ripartire tra le regioni interessate da elevati disavanzi che sottoscrivano un apposito Piano di rientro;
- l'azzeramento dei disavanzi entro il 2010;
- la conferma del meccanismo d'innalzamento automatico ai livelli massimi dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap;
- l'innalzamento *oltre i livelli massimi* fino all'integrale copertura degli obiettivi, in caso di mancato raggiungimento degli stessi;
- al contrario, in caso di riscontri positivi, la riduzione, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto;
- la conferma del ruolo del Tavolo tecnico degli adempimen-

ti, previsto dall'intesa del 2005, al quale viene anche affidato il controllo ai fini dell'avvio della procedure di innalzamento di cui sopra;

- un adeguato sistema di concessioni delle anticipazioni con riferimento alle somme stanziare per gli anni 2007, 2008 e 2009 per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

- la modifica del Piano sanitario nazionale 2006-2008;

- la conferma per gli anni 2007 e seguenti delle misure di contenimento della spesa farmaceutica in capo all'Agenzia italiana del farmaco;

- l'introduzione di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di una quota fissa di 25 euro per le prestazioni di pronto soccorso codificate come codice bianco.

Circa quest'ultimo punto, ossia l'introduzione del cd. *ticket*, non può non evidenziarsi che il provvedimento, oggetto di numerose critiche, rappresenta una conferma della cristallizzazione dell'attuale sistema di finanziamento della sanità: lo Stato si appropria di uno dei pochi strumenti di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte delle Regioni.

Non è un caso che, molto probabilmente, guardando all'attualità dei lavori parlamentari, verrà eliminato il *ticket* di 10 euro sulle ricette, affidando alle Regioni il compito di individuare nuove modalità alternative di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Dimostrato a questo punto che la pratica negoziale, adottata per affrontare la gravità della situazione deficitaria del S.s.n., ha messo in un cassetto l'autonomia del potere regionale in ordine al finanziamento della salute, è possibile affermare, quantomeno, che il sistema concertativo ha funzionato avviando comportamenti virtuosi tesi ad invertire positivamente la rotta dell'andamento finanziario della sanità?

Pur producendo alcuni risultati positivi in termini di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, che si sono attivate in vario modo per coprire i disavanzi, i meccanismi apprestati dall'accordo dell'8 agosto 2001 in poi, pur prevedendo anche misure di tipo sanzionatorio, non sembrano essere stati suffi-

cienti a imporre il contenimento della spesa entro i limiti delle risorse stanziare. Anzi, in alcuni casi (ad esempio per quanto riguarda la Campania e la Sicilia) la situazione è piuttosto grave.

Non a caso, infatti, le leggi finanziarie che si sono succedute dopo l'accordo del 2001 non solo hanno previsto l'erogazione di ulteriori risorse statali destinate al finanziamento della spesa sanitaria, ma hanno integrato la lista degli adempimenti cui le Regioni sono tenute pena la riduzione dei trasferimenti. Peraltro, oltre alla sottostima del fabbisogno effettivo, che ha prodotto uno squilibrio tra spesa e finanziamenti, hanno gravemente inciso i ritardi nel ripiano degli inevitabili disavanzi da parte delle Regioni e nella erogazione delle risorse integrative da parte dello Stato, rendendo abbastanza problematica la gestione di cassa.

Soltanto l'analisi degli effetti dell'applicazione delle disposizioni contenute nella legge finanziaria per il 2007 permetterà di sapere se vi sarà un'inversione di tendenza, almeno sul fronte della diminuzione dei disavanzi.

1.3. L'intervento della Consulta

L'intricato quadro dei rapporti Stato-Regioni ora visto lascia immaginare una non facile esecuzione delle norme in materia sanitaria, soprattutto dopo la revisione del Titolo V. La Corte costituzionale, infatti, ha avuto modo di intervenire negli ultimi due anni sugli aspetti più problematici dei rapporti Stato-Regioni inerenti il finanziamento della salute, tema sul quale la conflittualità tra i due livelli di governo è rimasta sempre particolarmente accesa, nonostante la pratica pattizia.

La causa di questa vertenza risiede certamente nel mancato funzionamento del sistema approntato con l'accordo dell'8 agosto 2001, dimostrato, da un lato, dalla necessità dello Stato di intervenire, anno dopo anno, sempre più rigorosamente a fronte della incapacità delle Regioni di coprire i disavanzi, e, dall'altro, dalla contraddizione degli stessi interventi che non hanno consentito alle Regioni di usufruire di risorse a cui di diritto potevano attingere (è il caso del "blocco" delle addizionali

Irpef e delle maggiorazioni Irap).

I conseguenti ricorsi hanno consentito così al Giudice delle leggi di pronunciarsi sulla funzione e sul funzionamento degli strumenti pattizi, i quali, dettati – è fuori di dubbio – anche da una logica per lo più emergenziale, hanno visto molti ostacoli applicativi. È utile, ai fini della presente trattazione, dar conto nello specifico di due sentenze: la n. 36/2005 e la n. 381/2004, entrambe frutto di questioni sollevate nei confronti di disposizioni delle leggi finanziarie per gli anni 2004 e 2005.

Per quanto riguarda la più recente, la sua rilevanza è indubbia dal momento che la questione sottoposta al giudizio della Consulta riguarda precisamente la compatibilità di alcune norme applicative dell'accordo dell'8 agosto 2001 con il quadro costituzionale novellato nel 2001.

Le Regioni ricorrenti avevano, infatti, impugnato le norme della legge finanziaria per il 2004, nonché di quella per l'anno seguente, le quali, subordinando a specifici adempimenti e condizioni l'accesso, da parte delle Regioni, al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001, avrebbero leso l'autonomia regionale determinando uno "squilibrio strutturale" tra risorse finanziarie ed obbligazioni di spesa incompatibile con l'art. 119, c. 4, Cost., il quale sancisce il principio dell'integrale finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite alle Regioni medesime.

La Corte dichiara infondate le censure sollevate. Nella sua argomentazione si premette che i suddetti "adempimenti vanno considerati nel quadro della competenza legislativa regionale concorrente in materia di tutela della salute e specialmente nell'ambito di quegli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa, al cui rispetto sono tenute Regioni e Province autonome, ai sensi di una lunga serie di *disposizioni di carattere legislativo e pattizio tra Stato e Regioni*, le quali stabiliscono progressivi adeguamenti del concorso statale nel finanziamento della spesa sanitaria a fronte della realizzazione da parte delle Regioni di determinati impegni di razionalizzazione nel settore in oggetto. Per le Regioni eventualmente inadempienti è previsto il ripristino del precedente livello di finanzia-

mento ⁽²⁰⁾”.

Detto questo, “al rigetto della censura si perviene attraverso un’interpretazione delle norme in esame, che tenga essenzialmente conto, nella valutazione del rispetto del riparto di competenze in materia di tutela della salute, del complessivo quadro normativo e delle relazioni tra Stato e Regioni ai fini del contenimento della spesa sanitaria e degli oneri a carico del servizio sanitario nazionale”, e quindi anche dei termini dell’accordo dell’8 agosto 2001, va aggiunto ⁽²¹⁾.

Le disposizioni impugnate si inseriscono quindi “in questo articolato quadro normativo, dal quale emerge costante il carattere incentivante del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e del connesso miglioramento del livello di assistenza. Anche in questa circostanza, infatti, gli ulteriori adempimenti richiesti alle Regioni costituiscono condizione necessaria per l’accesso all’adeguamento del finanziamento del S.s.n., in conformità al *consolidato schema* – perdurando l’attuale regime transitorio di applicazione dell’art. 119 della Costituzione – *di regolazione finanziaria tra Stato e Regioni nel settore sanitario*, cosicché non risulta, sotto questo profilo, alcun contrasto con la predetta disposizione costituzionale ⁽²²⁾”.

La Corte dunque, oltre a sottolineare ancora una volta che il sistema delineato dall’art. 119 Cost. non è ancora stato approntato, prende atto che, nell’attuale fase di transizione, la regolazione dei rapporti finanziari tra Stato e Regioni nel settore della salute è affidata ad uno speciale quadro di disposizioni in cui *le fonti pattizie rivestono un ruolo importante*.

Alla base della sentenza n. 381/2004, invece, vi sono le censure sollevate da alcune Regioni nei confronti di quelle norme, già viste in precedenza, contenute nella finanziaria per il 2003 e confermate nelle finanziarie successive, che hanno sospeso gli aumenti delle addizionali regionali all’Irpef, nonché le maggio-

(20) Punto 3 del Considerato in diritto.

(21) Punto 3.1 del Considerato in diritto.

(22) Punto 3.1 del Considerato in diritto.

razioni da parte delle Regioni dell'aliquota Irap fino al raggiungimento di un accordo interistituzionale sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale – il blocco come visto è comunque fino al 31 dicembre 2004.

I ricorrenti sostengono che non è stato rispettato il divieto per lo Stato, evidenziato nella passata giurisprudenza della Corte ⁽²³⁾, di procedere in senso inverso a quanto prescritto dal nuovo art. 119 Cost., sopprimendo, senza sostituirli, spazi di autonomia già riconosciuti dalle leggi statali, o comunque configurando un sistema finanziario complessivo in contraddizione con l'art. 119 Cost.

Il giudice delle leggi nel dichiarare infondate le censure ricorda i propri precedenti e sottolinea che la norma impugnata in effetti “sospende il potere delle Regioni di utilizzare uno spazio di autonomia nel prelievo tributario, che la legge statale loro riconosceva. Ma tale misura risulta *giustificabile*, sul piano della legittimità costituzionale, in base alla considerazione che essa si traduce in una temporanea e provvisoria sospensione dell'esercizio del potere regionale in attesa di un complessivo ridisegno dell'autonomia tributaria delle Regioni, nel quadro dell'attuazione del nuovo art. 119 Cost., nonché di una manovra che investe la struttura di un tributo indubitabilmente statale, quale è l'Irpef, destinato, nella prospettiva del legislatore statale, a modificazioni profonde, nonché di un tributo, come l'Irap, che resta un tributo istituito e tuttora disciplinato dalla legge dello Stato.”

La Corte, quindi, procede lungo il tracciato della sua precedente giurisprudenza che ha sempre evidenziato la mancata attuazione dell'art. 119 Cost. e la conseguente competenza statale sull'imposizione tributaria ⁽²⁴⁾ ed, anzi, nella sentenza ora in esame puntualizza che non “risulta dimostrato e nemmeno dedotto che la misura dia luogo ad una complessiva insufficienza dei mezzi finanziari a disposizione delle Regioni per l'adempimento dei loro compiti”.

(23) Vedi sentenza n. 37/2004.

(24) Vedi sentenze nn. 296/2003, 297/2003, 311/2003 e 37/2004.

La Corte tuttavia sembra eludere la questione sollevata dalla Regione Veneto che ipotizzava un contrasto fra il blocco della fiscalità regionale e le previsioni dell'accordo dell'8 agosto 2001, che prevedeva, tra le altre cose, il ricorso da parte delle Regioni a strumenti anche fiscali di contenimento della spesa sanitaria. È indubbio, in effetti, che il sostanziale blocco a qualsiasi possibilità di manovra sul versante delle entrate sia in contrasto con il contenuto del Patto di stabilità sanitario ⁽²⁵⁾.

Eppure, la Corte sembra non tenere in considerazione questo aspetto di correlazione tra le norme che prevedono il blocco della fiscalità regionale e l'accordo del 2001, il cui valore è stato invece riconosciuto nella successiva sentenza n. 36/2005 prima analizzata.

In conclusione, va detto che con la legge finanziaria per il 2005 si assiste comunque ad una modifica in questo senso delle potestà tributarie regionali ⁽²⁶⁾, anche se soltanto a partire dal 1° gennaio 2007 c'è uno "sblocco" totale, dal momento che la finanziaria per l'anno in corso, appunto, non ha confermato, come aveva fatto invece quella per il 2006, le norme che prevedevano la sospensione delle variazioni tributarie di spettanza regionale.

2. *L'organizzazione sanitaria*

Uno degli aspetti più interessanti delle recenti politiche di sanità pubblica consiste nell'affermazione progressiva e sempre più chiara di diversi modelli regionali di organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Quello della differenziazione tra i servizi sanitari regionali costituisce un processo che dapprima ha riguardato solo gli aspetti organizzativi, ossia l'imple-

(25) L'argomentazione della Regione Veneto è più che logica: se l'impossibilità per le regioni di utilizzare la leva fiscale porta alla mancata copertura dei disavanzi sanitari e, di conseguenza, alla esclusione dai finanziamenti integrativi, la spesa sanitaria risulta in partenza sottofinanziata.

(26) Si veda art. 1, comma 175, della legge n. 311/2004 (finanziaria per l'anno 2005).

mentazione degli assetti preposti all'erogazione delle prestazioni, successivamente ha interessato vere e proprie scelte di politica sanitaria, che hanno finito per caratterizzare i diversi sistemi⁽²⁷⁾.

Per quanto riguarda il contesto normativo, hanno contribuito alla evoluzione "in senso federalistico" i decreti di riordino dei primi anni novanta e, più recentemente, in senso più deciso, l'accordo dell'8 agosto 2001 tra Stato e Regioni e il conseguente decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 recante "*Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*" (convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405).

Questi atti, già analizzati in relazione ai meccanismi di finanziamento della salute⁽²⁸⁾, hanno ribadito l'idea di una potestà forte, quasi totale, delle Regioni in materia di organizzazione sanitaria.

La riforma costituzionale del 2001, poi, ha costituito una conferma della tendenza. Si è già visto che l'art. 117 Cost. contempla tra le materie attribuite alla competenza concorrente delle Regioni la "*tutela della salute*", a differenza del vecchio testo dello stesso articolo che limitava la competenza concorrente regionale al più ristretto ambito dell'"*assistenza sanitaria ed ospedaliera*": l'ambito di disciplina della potestà regionale si è dunque ampliato.

Per effetto di tali interventi le Regioni hanno conquistato ampi spazi di autonomia nella configurazione del regime organizzatorio e funzionale dei propri servizi sanitari, vedendo loro attribuite, tra le altre, ad esempio, le decisioni in materia di ac-

(27) Vedi G. CILIONE, *Diritto sanitario*, II edizione, Maggioli Editore, Rimini, 2005.

(28) Se dal punto di vista organizzativo il "Patto di stabilità sanitario" ed i conseguenti interventi normativi degli anni successivi hanno confermato ed accentuato le particolarità di ogni sistema nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi prefissati (responsabilizzazione delle Regioni in ordine al contenimento della spesa e alla riduzione del *deficit*), si è avuto modo di vedere nel *Paragrafo 1* che in ordine al finanziamento della sanità lo Stato non ha consentito l'immissione nel sistema di meccanismi fiscali di tipo federale, conservando il vecchio modello basato da un lato sull'accentramento nel reperimento delle risorse e dall'altro sul decentramento dei poteri di spesa.

creditamento, di sperimentazioni gestionali, di assistenza indiretta e importanti competenze per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica.

Alla legislazione nazionale si accompagnano norme regionali, contenute in forni di rango primario o più spesso in atti di programmazione; tuttavia l'evolversi ed il differenziarsi dei modelli regionali non deriva affatto dalle sole posizioni normative espresse, bensì da più ampie e diverse concezioni politiche e prassi di gestione delle problematiche sanitarie, che si distinguono tra loro per effetto del combinarsi di più fattori di decisione e del contesto assistenziale di riferimento. Sono infatti quattro le ragioni di distinzione tra i modelli regionali ⁽²⁹⁾.

Innanzitutto, i modelli regionali si differenziano in base alla realtà assistenziale di riferimento e dei bisogni della popolazione: domanda ed offerta dei servizi sanitari, infatti, differiscono tra loro nelle diverse realtà regionali.

In secondo luogo, i modelli regionali possono caratterizzarsi quali sistemi "aperti", nei quali viene riconosciuto ampio spazio alla concorrenza tra strutture e alla libertà di scelta dell'utente, o come sistemi "programmati", che vedono invece predominante il ruolo esercitato unilateralmente dall'amministrazione titolare del servizio nella predisposizione dell'offerta.

In terzo luogo, i modelli regionali si possono differenziare per il ruolo riconosciuto alle Asl (di committenza o di produzione diretta) e per il peculiare rapporto tra Regione ed Asl, che può essere più o meno marcatamente dirigitico o invece caratterizzato da una maggiore autonomia.

Infine, anche se l'elenco delle differenze non può dirsi esaustivo, i Servizi sanitari regionali appaiono diversi a seconda del maggiore o minore coinvolgimento delle risorse private, non solo in sede di erogazione, ma anche nell'ambito dello svolgimento delle attività strumentali all'esercizio dei compiti istituzionali.

Dunque, a partire dagli anni novanta, si è verificato un cambiamento istituzionale assai significativo, tramontando l'impo-

(29) Si veda G. CILIONE, *op. cit.*

stazione, fino ad allora imperante, di un Servizio sanitario nazionale *unico ed uniforme* su tutto il territorio nazionale, ed emergendo invece la realtà di un sistema articolato in diversi Servizi sanitari regionali, ciascuno con proprie peculiarità.

Infatti, ispirandosi a *principi disomogenei*, le Regioni hanno dato vita a modelli alternativi di gestione della sanità, distinguibili a seconda della preponderanza che ognuna ha voluto dare ai due principi fondamentali del riordino della materia: il rispetto del vincolo di spesa, da un lato, e la competizione tra le strutture pubbliche e private e la libera scelta del luogo di cura, dall'altro.

Si sono affermati, così, un sistema, come quello dell'Emilia-Romagna, basato sulla programmazione delle prestazioni sanitarie, fondato sulla regolamentazione dell'accesso al mercato e sull'utilizzazione selettiva del metodo dell'accreditamento delle strutture private; e un sistema, come quello della Lombardia, caratterizzato dalla competizione delle strutture offerenti, che porta a ridurre la funzione programmatica dell'amministrazione ed implica una parità tra pubblico e privato con conseguente uguale remunerazione delle prestazioni in loro favore.

Una distinzione importante tra quelle elencate in precedenza è di certo il riconoscimento o meno in capo alle Asl di una funzione tendenzialmente esclusiva di committenza e non di produzione diretta dei servizi. Infatti, nei modelli a forte programmazione l'Asl detiene una funzione piuttosto residuale di committenza e mantiene al suo interno la gestione di gran parte dei servizi. Ciò non avviene, ad esempio, nel modello lombardo dove sono intervenute riforme strutturali volte a scorporare i presidi e le strutture ospedaliere e di erogazione delle prestazioni specialistiche dalle Asl, per riservare a queste ultime unicamente il ruolo di soggetto terzo "pagante" ⁽³⁰⁾.

Inoltre, vi sono modelli regionali che puntano su un'organiz-

(30) Nell'analizzare il modello competitivo (come quello lombardo), dove pubblico e privato sono sullo stesso piano nell'offerta del servizio, se da un lato va ammesso un indubbio abbattimento delle liste d'attesa, dall'altro questo sistema può condurre a seri problemi di controllo della spesa, se non vengono previste adeguate entrate.

zazione pubblicistica ed altri verso l'innovazione, a cui spesso si accompagna proprio la sostituzione delle proprie strutture pubbliche con strumenti tipicamente privatistici. Quest'ultimo è ancora il caso della realtà lombarda dove è stata utilizzata maggiormente l'innovazione contenuta nell'art. 3 del decreto-legge n. 347/2001 che ha regionalizzato le sperimentazioni gestionali e che ha previsto anche la possibilità per le Regioni stesse di derogare al percorso di costituzione delle Aziende ospedaliere quale definito dalla normativa nazionale.

2.1. Emilia-Romagna e Lombardia: la riconferma di due modelli opposti di sanità

Ormai da tempo, dunque, l'offerta sanitaria si contraddistingue a seconda del differente modello che ogni Regione fa proprio per garantire al cittadino il fondamentale diritto alla salute. Il "modello programmato", detto anche "protezionista", seguito dall'Emilia-Romagna, e il "modello aperto", detto anche "competitivo", adottato dalla Lombardia, costituiscono in questo senso due modi, agli antipodi, di concepire la gestione della sanità, espressione entrambi di peculiari scelte politiche.

L'evoluzione appare a questo punto inesorabile dal momento che, già agli inizi degli anni novanta, era facilmente intuibile quale direzione stesse assumendo la sanità italiana con la cd. "riforma bis", introdotta con il decreto legislativo n. 502/1992, poi modificato dal successivo ulteriore decreto n. 517/1993, che ha portato ad un'intensa regionalizzazione della materia e ha aperto la strada, per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni, all'accREDITAMENTO di strutture private.

Tuttavia, va dato conto del fatto che il potere statale ha cercato, anche se invano, di ritornare ad un modello unico di gestione ed erogazione dei servizi sanitari attraverso il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (cd. "riforma Bindi"), provvedimento di attuazione della legge delega per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Infatti, la suddetta riforma mirava alla creazione di regole uguali per tutte le Regioni nell'organizzazione delle Asl e

nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, con un riequilibrio delle modalità di competizione tra pubblico e privato, all'eterodeterminazione dei contenuti delle leggi regionali, nonché al mancato riconoscimento dei criteri di sussidiarietà verticale ed orizzontale nell'organizzazione dei servizi.

Dal punto di vista della risposta alla domanda di assistenza sanitaria, il decreto n. 229 riproponeva, insomma, un servizio sanitario incentrato quasi esclusivamente su soggetti pubblici, sulle Aziende Usl⁽³¹⁾, sulla identificazione tra il soggetto garante delle salute dei propri cittadini ed acquirente delle prestazioni ed il soggetto erogatore/produttore delle stesse. Veniva, inoltre, di fatto ridotta sia la libertà di scelta dei soggetti, sia il principio di parità tra pubblico e privato nel fornire le prestazioni. Più in particolare, poi, veniva negata la possibilità delle Regioni di istituire aziende ospedaliere di rilievo regionale, essendo contemplate nel decreto stesso solo ed esclusivamente le aziende ospedaliere di rilievo interregionale o nazionale, la cui costituzione era assoggettata ad una decisione del Consiglio dei Ministri.

Sono indubbie, quindi, le contraddizioni che emergono tra l'attribuzione alle Regioni della titolarità dell'assistenza sanitaria, che già con la legislazione ordinaria si era provveduto a concretizzare (con le cd. "Bassanini"), e l'imposizione di rigidi modelli organizzativi che intendono mantenere a livello centrale una serie di interventi direttamente gestionali.

Come premesso, la "riforma Bindi" è rimasta in larghissima misura inattuata e risulta ormai, dopo la modifica costituzionale dell'art. 117 intervenuta nel 2001, inattuabile. È proprio la Consulta a chiarire questo punto nella sentenza n. 510/2002, a seguito dell'impugnazione da parte diverse Regioni dell'intera riforma: "in definitiva, nella vicenda in esame, risulta evidente la sopravvenuta carenza di interesse dei ricorrenti, poiché, da

(31) La riforma introdotta dal decreto n. 229 ha comunque completato il processo di aziendalizzazione delle Asl. Vedi RAFTI, *Il processo di aziendalizzazione della sanità attraverso le riforme*, in *Sanità pubblica*, 1999, n. 2. Inoltre LEONE, *La successione dalla Usl alla Asl*, in *Mondo sanitario*, 2002, n. 1.

un lato, fino alla data di entrata in vigore della legge di modifica del Titolo V della Costituzione, le norme statali impugnate non hanno prodotto alcun effetto invasivo della sfera di attribuzioni regionali, mentre, dall'altro lato, proprio a partire da tale data le medesime norme possono essere sostituite, nei limiti ovviamente delle rispettive competenze, *da un'apposita legislazione regionale*".

In pratica, il sopravvenire della riforma costituzionale ha travolto l'impianto del sistema immaginato dal decreto n. 229 e consente oggi alla legislazione regionale un intervento considerevole, in linea con l'evoluzione degli ultimi anni.

La nuova impostazione offerta dalla legge costituzionale n. 3/2001 trova attuazione, quindi, con l'intervento legislativo regionale, che si riappropria in questo modo, anche formalmente, di spazi ad esso sottratti con la riforma del 1999, nei limiti tuttavia della competenza dello Stato nell'individuare e regolare i principi fondamentali della materia, senza dimenticare che attingono alla disciplina sanitaria anche la tutela e la sicurezza sul lavoro, l'ordinamento delle professioni ⁽³²⁾, l'alimentazione, la ricerca scientifica, materie anch'esse di competenza concorrente *ex art. 117, c. 3, Cost.* Senza trascurare, inoltre, la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione e nella garanzia su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza, in virtù della cui disciplina il potere centrale può intervenire in maniera trasversale.

Nell'attesa di un eventuale intervento del legislatore statale che definisca la cornice in cui muoversi, le Regioni hanno autonomamente intrapreso a riscrivere gli assetti normativi interni *in senso ampliativo*, desumendo i principi fondamentali dalla legislazione vigente e agendo nel rispetto delle linee guida enunciate dalla Corte costituzionale nella sua giurisprudenza.

Va sottolineato che l'intervento legislativo regionale è coerente non solo con il pieno riconoscimento delle competenze regionali in materia di "assistenza sanitaria e ospedaliera" già effettuato dalla legislazione ordinaria *ex art. 2 del d.lgs. n.*

(32) Vedi *Paragrafo 3.*

502/92, come successivamente modificato, ma anche con la pacifica attribuzione all'ente Regione della qualifica di soggetto titolare ed insieme gestore del servizio pubblico di assistenza sanitaria *ex artt. 3 e 8-bis* dello stesso decreto, riunendo in capo ad essa regolazione, organizzazione e gestione delle competenze e dei servizi in materia.

Se si prende, dunque, in considerazione il contenuto del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato, in particolare dalla riforma del '99, al fine di enucleare quei profili superabili in sede di normazione regionale ⁽³³⁾, può dirsi innanzitutto che l'Azienda Usl è il modulo obbligatorio attraverso il quale la Regione assicura la gestione e l'erogazione dei servizi, ma la sua disciplina interna, gli aspetti organizzativi, gli organi, i requisiti dei Direttori potranno appartenere all'autonoma determinazione delle Regioni, così come le modalità di finanziamento dei servizi, la configurazione del rapporto tra la Regione e le Asl e tra queste ed i poteri locali.

Stesso discorso vale per le modalità di costituzione delle aziende ospedaliere (peraltro già ampiamente regionalizzate, come visto, dal decreto-legge n. 347/2001), per le sperimentazioni gestionali e quindi per le modalità di collaborazione tra pubblico e privato, per la disciplina del sistema di partecipazione e di tutela degli utenti, per il sistema di erogazione delle prestazioni. A questo riguardo si ritiene che, assicurando prestazioni conformate a parametri di qualità e serietà, le modalità e i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento, le strutture assoggettabili e la conclusione di accordi contrattuali possono ora essere disciplinati dalle Regioni, in co-

(33) La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, può dirsi salvaguardata dalle innovazioni regionali per il valore fondamentale dei principi in essa contenuti, che necessariamente continueranno ad informare gli obiettivi dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari pubblici: l'universalità, l'uguaglianza e la globalità delle prestazioni sono, infatti, principi cardine del nostro sistema sanitario nazionale che nessun legislatore ha deciso di smantellare, ma che le riforme avutesi nel corso dell'ultimo decennio, anche quella costituzionale, vogliono garantire pur nella diversità delle modalità di gestione nelle diverse realtà regionali.

erenza con la loro autonomia di spesa ⁽³⁴⁾.

La riforma costituzionale del 2001 consente insomma alle Regioni non solo di formalizzare, attraverso organiche leggi, i rispettivi modelli di gestione sanitaria, che magari in virtù soltanto del precedente quadro normativo complesso e spesso contraddittorio (comunque tuttora in vigore) si erano imposti solo in maniera implicita attraverso atti improvvisati e non sistemici, ma anche di fare notevoli passi in avanti nell'autonomia in merito alle proprie scelte di politiche della salute.

Al riguardo, se la Regione Lombardia con la legge 16 febbraio 2004, n. 2 ha sancito i propri poteri in ordine all'accreditamento delle strutture sanitarie e ha previsto, inoltre, nuove procedure e modalità per la costituzione delle aziende ospedaliere, la Regione Emilia-Romagna con la legge 23 dicembre 2004, n. 29 recante "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*", ha voluto innanzitutto confermare a livello regionale gli attuali principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, introducendo allo stesso tempo elementi innovativi.

Uno dei punti delicati della legge approvata dalla Regione Emilia-Romagna riguarda il *personale*. Accanto all'affermazione dell'esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria (art. 8, comma 2), la legge ha affermato il rispetto del principio di *reversibilità*, introdotto dall'art. 2-*septies* della legge n. 138/2004 nel testo dell'art. 15-*quater* del d.lgs. n. 502/1992.

La norma che ha eliminato l'irreversibilità della scelta del rapporto esclusivo è stata oggetto di un ricorso della Regione Toscana, riunito con altri ricorsi proposti dal Governo contro disposizioni regionali sempre in materia sanitaria, tra cui alcune contenute nella legge n. 29 dell'Emilia-Romagna.

In particolare, è stata impugnata quella norma che prevede

(34) Nello specifico, si ritiene che autorizzazione ed accreditamento delle strutture pubbliche e private che operano nel settore delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere siano previsioni inderogabili da parte del legislatore regionale, ma non è altrettanto per gli accordi contrattuali che potranno essere previsti o meno in base alle diverse scelte della singola Regione.

che il rapporto di lavoro esclusivo operi come criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari degli incarichi di direzione di struttura semplice e complessa; inoltre quella che dispone che l'attribuzione degli incarichi di cui sopra venga effettuata dal direttore generale sulla base di una rosa di tre candidati; e ancora quella che stabilisce che la costituzione di Aziende ospedaliere sia disposta dalla Regione previa valutazione della complessità dei casi trattati.

Di fronte a tali censure il Giudice delle leggi, esprimendo con la sentenza n. 181/2006 un giudizio di infondatezza, ha fornito argomentazioni complete e lineari che aiutano a comprendere il quadro in cui legislatore statale da un lato e legislatori regionali dall'altro possono muoversi.

Innanzitutto, la Corte ha affermato che le disposizioni impugnate si collocano nella materia "tutela della salute", assai più ampia rispetto alla precedente materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera": non si tratta dell'area "ordinamento civile", nonostante ci sia una qualche regolazione dell'opera dei sanitari³⁵, e nemmeno di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni, il cui ambito è stato grosso modo individuato nel *Paragrafo 1*.

La Corte ha inoltre sottolineato che, nonostante le disposizioni in esame si prestino certamente ad "incidere contestualmente su una pluralità di materie", esse rientrano nella "tutela della salute" in virtù di quel criterio, già da utilizzato in presenza di "concorrenza di competenze", che tende a valorizzare "l'appartenenza del nucleo essenziale di un complesso normativo ad una materia piuttosto che ad altre"⁽³⁶⁾.

Va detto che il sistema complessivo apprestato dalla normativa statale si fonda, da un lato, sulla reversibilità della scelta in favore del rapporto esclusivo (di durata annuale o inferiore se le Regioni dispongono altrimenti), nonché, dall'altro, sulla previsione che il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo "non preclude la direzione di strutture semplici o complesse, consentendo così di mantenere l'incarico dirigenziale".

(35) Si veda sentenza n. 282/2002.

(36) Si veda sentenza n. 50/2005.

Inoltre, il sistema si caratterizza anche per il fatto che neppure la decisione in favore della “non esclusività” presenta carattere irreversibile, essendo il rapporto esclusivo pur sempre ripristinabile a domanda dell’interessato.

Va sottolineato che il novellato art. 15-*quater*, comma 4, d.lgs. n. 502/1992 sembra contraddire l’art. 15-*quinqüies*, comma 5: infatti dispone quest’ultimo che “gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo”.

La Corte però non vede un’antinomia in quanto la novità introdotta nel 2004 porta ad escludere valore di principio generale a quanto già disposto nell’art. 15-*quinqüies*, comma 5: la scelta per l’uno o per l’altro dei due regimi è “sostanzialmente indifferente quanto alla titolarità dell’incarico dirigenziale”.

Il fatto, allora, di trovarsi di fronte ad una norma di “carattere semplicemente dispositivo”, e non più ad un principio generale, non esclude che “alle Regioni residui uno spazio di intervento in *subiecta materia*”. D’altronde in base all’art. 2, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992 spetta alle Regioni “la determinazione dei principi sull’organizzazione dei servizi e sull’attività destinata alla tutela della salute”.

In conclusione, sul punto, le Regioni, ferma restando l’operatività della disciplina statale in caso di mancanza di norme regionali *ad hoc*, sono libere di disciplinare le modalità relative al conferimento degli incarichi di direzione di strutture sanitarie, anche facendo, come l’Emilia-Romagna, della scelta in favore del rapporto esclusivo un “criterio preferenziale” per il conferimento degli incarichi di direzione.

Per quanto riguarda le restanti censure interessanti le disposizioni della legge n. 29, la Corte conclude ugualmente con altrettante dichiarazioni di infondatezza.

Circa la costituzione delle aziende ospedaliere, la Consulta fa presente che lo stesso decreto legislativo n. 502/1992 afferma, all’art. 19, comma 2-*bis*, che le disposizioni relative sul punto (art. 4, comma 1-*bis*), con le quali secondo il Governo quelle regionali sarebbero contrastanti, non sono “principi generali”. Con tutta legittimità, quindi, la Regione Emilia-

Romagna subordina la costituzione delle aziende ospedaliere “a prescrizioni non minori rispetto a quelle di cui alla citata norma di legge statale”.

In relazione poi alla norma regionale che prevede una “rosa di tre candidati” per l’attribuzione da parte del direttore generale dell’incarico di direzione di struttura complessa (art. 8, comma 3), essa è una tipica norma di dettaglio che specifica quella statale contenuta nell’art. 15-ter d.lgs. n. 502/1992.

Sul punto, inoltre, ricordando che nell’accesso a “funzioni più elevate” deve essere osservato “un meccanismo di selezione tecnica e neutrale dei più capaci”, la Corte afferma un principio importante: “rimane impregiudicata la possibilità per il direttore generale dell’azienda sanitaria locale, con atti motivati, di non avvalersi della terna e, conseguentemente, di non procedere all’attribuzione dell’incarico”.

Nel suo complesso, la normativa approvata dalla Regione Emilia-Romagna, se da un lato riconosce la libertà di scelta del luogo di cura, dall’altro sembra confermare la centralità dell’Azienda Usl non solo nell’erogazione dei servizi, ma anche nel coordinamento e nell’integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati. Le procedure di accreditamento rimangono, peraltro, quelle previste dalla legislazione regionale già vigente, emanata in attuazione della normativa nazionale contenuta nel d.P.R. 14 gennaio 1997.

Per quanto riguarda le sperimentazioni gestionali, oltre a prevedere la necessaria autorizzazione della Giunta regionale, fra l’altro per un periodo non superiore a cinque anni, c’è un richiamo espresso alla normativa nazionale contenuta nel d.lgs. n. 502/92. Inoltre, la remunerazione delle attività assistenziali rese dalle Aziende ospedaliere, dalle Aziende ospedaliero-universitarie e dagli IRCCS è definita con accordi stipulati da queste strutture con le Aziende Usl interessate.

Il 30 gennaio 2006, peraltro, è stata approvata dalla Giunta la delibera n. 86 recante la “Direttiva alle aziende sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale”. La legge regionale n. 29/2004, della quale la delibera summenzionata costituisce il completa-

mento, prevede all'art. 3, comma 4, che gli atti aziendali che disciplinano l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie siano adottati dal direttore generale in coerenza con direttive emanate dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente.

La delibera n. 86, nella quale sono contenute le direttive per l'elaborazione da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie dell'atto aziendale, contiene le seguenti indicazioni:

- ridefinizione delle funzioni delle aziende, della loro *governance* interna e delle relazioni con i soggetti esterni (cd. "terza aziendalizzazione");
- integrazione della primaria e tradizionale funzione di assistenza con quelle di formazione e ricerca, in tutte le aziende sanitarie, ma tenendo comunque conto delle peculiarità di ciascuna;
- partecipazione, collegialità e decentramento e quindi ruoli più incisivi per il Collegio di direzione, il Collegio aziendale delle professioni sanitarie, il Direttore di distretto, istituzione della nuova figura del Direttore delle attività socio-sanitarie;
- valorizzazione dei Distretti e dei Dipartimenti.

3. Le professioni sanitarie

Alle tradizionali professioni sanitarie, già regolamentate con il testo unico delle leggi sanitarie del 1934, si sono affiancate nel corso del tempo nuove tipologie e categorie professionali operanti nell'assistenza sanitaria diretta o in compiti ad essa connessi, il cui riconoscimento formale, necessario anche per adeguarsi alla normativa comunitaria, è avvenuto solo di recente ⁽³⁷⁾. Per comprendere appieno questa importante evoluzione è utile analizzare la vicenda delle *professioni cd. paramediche*, ovvero infermieri, podologi, fisioterapisti, tecnici ortopedici ed altri tecnici sanitari, i cui profili, già delineati con i decreti mi-

(37) C. BOTTARI, *Sanitario*, voce del *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, vol. XIII, Utet, Torino, 1998.

nisteriali ex art. 6 del d.lgs. n. 502/92, hanno comunque trovato solo con le leggi nn. 42 del 1999 e 251 del 2000 il riconoscimento di una pari dignità professionale con gli appartenenti alle categorie mediche già esistenti.

L'art. 6 del d.lgs. n. 502/92 ha infatti disciplinato operativamente le disposizioni inerenti la formazione in ambito universitario del personale sanitario, demandando attraverso specifici decreti al Ministro della sanità l'individuazione delle figure professionali da formare e la definizione dei relativi profili, e al Ministro dell'università e della ricerca di concerto con il Ministro della sanità la definizione dell'ordinamento didattico dei neo-istituiti diplomi universitari inerenti le professioni sanitarie non mediche.

Le innovazioni normative, peraltro, hanno riguardato non solo la formazione di queste nuove figure professionali, ma anche le loro specifiche competenze professionali; infatti nei decreti ministeriali che dal 1994 in poi hanno individuato i profili professionali delle diverse professioni sanitarie si è definito per ogni profilo la specificità del campo d'azione, le funzioni autonome e le responsabilità conseguenti.

Con la legge n. 42 del 1999 recante "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*" e con la legge n. 251 del 2000 contenente la "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica*" si porta a compimento quel percorso normativo che vuole segnare il definitivo abbandono del ruolo residuale proprio di tali professionisti, per attribuirgli invece il riconoscimento di una pari dignità professionale rispetto alle "vecchie" categorie mediche.

Nello specifico, con la legge n. 42 i diversi operatori della sanità pubblica inquadrati nelle "professioni sanitarie ausiliarie" sono transitati nella corrispondente categoria dei "professionisti sanitari", la cui formazione è affidata non più al Servizio sanitario nazionale, ma all'Università. L'individuazione dei compiti e delle attività delle figure dell'infermiere, dell'ostetrica e delle altre professioni "ex ausiliarie" è oggi, quindi, regolamentata attraverso i profili e gli ordinamenti didattici delle

relative professioni, nonché dagli specifici codici deontologici, che dovranno comunque far salvo il rispetto delle attribuzioni delle altre professioni sanitarie ed in particolare dei medici.

Con l'attribuzione di una piena dignità professionale, questa prima riforma ha consentito così di delineare un ruolo profondamente diverso per queste nuove professioni, non più solo da esercitarsi in posizione meramente subalterna ed alle dipendenze dei medici, bensì dotate di una vera autonomia e di visibilità propria, caratterizzate da responsabilità specifiche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. Per completare questa evoluzione, il legislatore ha voluto intervenire ulteriormente sull'area delle professioni sanitarie con la già citata legge n. 251 del 2000, volta ad individuare specificatamente le categorie professionali interessate dal nuovo sistema di formazione, e ciò al fine di contribuire al miglioramento della qualità organizzativa e professionale del S.s.n., allineato definitivamente, sotto il profilo delle risorse umane, agli ordinamenti degli Stati dell'Unione europea.

In base al novellato quadro normativo, le nuove professioni sanitarie sono suddivise in quattro macro-aree⁽³⁸⁾:

- "professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica";
- "professioni sanitarie riabilitative";
- "professioni tecnico-sanitarie" (articolata in "area tecnico-diagnostica" e in "area tecnico-assistenziale");
- "professioni tecniche della prevenzione".

Alla luce di quanto esposto è facile notare che nelle categorie riconosciute non rientrano (almeno per il momento) gli operatori che esercitano le *cd. terapie non convenzionali* (come ad esempio i chiropratici)⁽³⁹⁾, per i quali vige uno stato di confu-

(38) Si veda G. CILIONE, *op. cit.*

(39) Continuano ad essere oggetto di autonoma regolamentazione gli ottici, gli erboristi, le puericultrici, i massofisioterapisti e gli odontotecnici, categorie non propriamente definibili come professioni sanitarie. Discorso a parte è da riservare agli operatori socio-sanitari (OSS) posti a supporto di infermieri ed ostetrici, le cui funzioni e formazione sono state individuate con un recente accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni. In base a questo atto pattizio il profilo professionale dell'OSS è

sione regolamentativa accresciuto dalla riforma costituzionale del 2001 che, come è noto, ha attribuito la materia delle “professioni” alla competenza concorrente delle Regioni, le quali dunque nel corso di questi anni si sono sentite legittimate ad intervenire con proprie discipline ⁽⁴⁰⁾.

Da sottolineare sin d’ora che, in virtù del nuovo assetto delle fonti ⁽⁴¹⁾, i profili professionali contenuti nei decreti ministeriali ex art. 6 del d.lgs. n. 502/92, e quindi in fonti regolamentari, devono essere rivisti in maniera tale da fissare con legge i principi fondamentali in tema di professioni sanitarie e lasciare la regolamentazione di dettaglio alla competenza regionale.

3.1. *Le limitate (quasi nulle) possibilità d’intervento del legislatore regionale*

L’intervento delle Regioni in tema professioni, forti della nuova competenza formalmente acquisita con la revisione costituzionale dell’art. 117, ha subito fin dai suoi primi tentativi un decisa opposizione della Consulta. L’azione delle Regioni ha riguardato, come era logico aspettarsi, quegli spazi lasciati vuoti dal legislatore nazionale oppure quelle aree occupate dal sorgere di figure nuove, e quindi non disciplinate, come si è verificato nel campo della salute. Al riguardo, è indubbio che lo sviluppo incontrollato, ossia privo di un’adeguata normativa di riferimento, di terapie quali l’agopuntura, la fitoterapia, l’omeopatia, l’omotossicologia, tanto per indicarne alcune, a cui spesso la medicina tradizionale si è contrapposta, ha portato le Regioni a dare una risposta in questo senso.

Prima fra tutte, dopo la riforma del Titolo V, a proporre una

quello dell’operatore che, a seguito dell’attestazione di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell’ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l’autonomia dell’utente.

(40) DE CAMELIS, *Il federalismo delle professioni*, in *Rassegna amministrativa della sanità*, 2002, gennaio-marzo.

(41) Ex art. 117, comma 6, Cost. lo Stato non può disciplinare con regolamento materie di competenza concorrente o residuale.

disciplina in materia è stata la Regione Piemonte con la legge n. 25 del 2002 recante la “*Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali*”, immediatamente bocciata però dal Giudice delle leggi nella sentenza n. 353/2003 dal momento che, individuando nuove figure professionali in campo sanitario, la normativa piemontese ha violato la competenza dello Stato in ordine alla disciplina dei principi fondamentali in materia di professioni.

La Corte, peraltro, ha puntualizzato che l’assenza di una normativa specifica a livello nazionale delle medicine non convenzionali non legittima di per sé un intervento della singola Regione, in quanto i relativi principi fondamentali sono comunque rinvenibili all’interno della legislazione statale in vigore e tra questi vi è certamente l’individuazione delle figure professionali, con i relativi profili ed ordinamenti didattici⁽⁴²⁾.

Ebbene, a due anni di distanza, la stessa Regione approva una legge dal contenuto molto simile a quella giudicata incostituzionale dalla Corte e che subisce, dopo un ricorso governativo, la medesima sorte.

Infatti, la legge regionale n. 13 del 2004 regolamentava le discipline bio-naturali “finalizzate alla conservazione e al recupero del benessere e al miglioramento della qualità della vita della persona”, istituendo un apposito registro regionale per gli operatori del settore, sino a prevedere sanzioni per l’esercizio abusivo da parte di non iscritti. Secondo la difesa regionale, la legge non interferiva con le professioni (di carattere sanitario e non), regolamentando le sole attività bio-naturali, che sono “esclusivamente finalizzate alla ricerca dell’armonizzazione dell’individuo con se stesso e con il contesto che lo circonda nei più diversi aspetti”.

Al contrario il Governo ha sostenuto che, in contrasto con l’art. 117, c. 3, Cost., si stavano regolamentando profili profes-

(42) D’altronde, già prima della riforma del Titolo V la Consulta ha avuto modo di esprimersi al riguardo con la sentenza n. 38 del 1997: “rientra nella discrezionalità del legislatore ordinario determinare le professioni intellettuali per l’esercizio delle quali è opportuna l’istituzione di ordini o collegi e la necessaria iscrizione in appositi albi o elenchi”. Vedi anche sentenze nn. 282/2002 e 201/2003.

sionali e ordinamenti. La Corte ha condiviso questa tesi: “l’impianto generale, lo scopo esplicito e il contenuto della legge rendono evidente che l’oggetto della normativa va ricondotto alla materia delle professioni” e dunque “nel vigore della riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione, continua a spettare allo Stato la determinazione dei principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente”.

La tematica della regolamentazione della medicina non convenzionale e di chi opera nei nuovi settori si inserisce, come è facile desumere da quanto sin qui esposto, nella complessa questione della competenza in materia di professioni, oggetto di ampio dibattito e che sembra tuttavia arrivata ad un punto fermo con l’approvazione definitiva in sede di Consiglio dei Ministri del decreto legislativo di ricognizione dei principi fondamentali, adottato ai sensi della legge n. 131/2003. Il decreto, infatti, rafforza il principio della riserva legislativa statale per l’individuazione delle professioni e sbarrando quindi la strada all’intervento regionale.

Tra i principi fondamentali già esistenti nella legislazione vigente ed elencati a titolo ricognitivo nel summenzionato decreto, figurano l’organizzazione e l’articolazione degli enti pubblici nazionali, quali sono gli ordini ed i collegi.

A questa prerogativa statale fa riferimento la Corte costituzionale per cassare la legge n. 50/2004 della Regione Toscana sulle professioni. Secondo il Giudice delle leggi, infatti, la Toscana non si sarebbe mossa all’interno dell’articolo 117, comma 3, bensì avrebbe invaso la competenza esclusiva statale in materia di “ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali” *ex art. 117, comma 2, lettera g*).

Questa tesi, che sembra non seguire la precedente giurisprudenza costituzionale in materia, ma che in realtà, a ben vedere, vuole rendere le possibilità di intervento delle Regioni ancora più esigue, viene chiarita nei seguenti termini.

La disciplina degli ordini e dei collegi, premette la Corte, risponde all’esigenza di “tutelare un rilevante interesse pubblico la cui unitaria salvaguardia richiede che sia lo Stato a prevedere

specifici requisiti di accesso e istituire appositi enti pubblici ad appartenenza necessaria cui affidare il compito di curare la tenuta degli albi nonché di controllare il possesso e la permanenza dei requisiti in capo a coloro che sono già iscritti o che aspirino ad iscriversi”.

La Corte prosegue sostenendo che “dalla dimensione nazionale, e non locale, dell’interesse sotteso e dalla sua infrazionabilità deriva che a essere implicata sia la materia «ordinamento ed organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali» che l’articolo 117, secondo comma, lettera g), della Costituzione riserva alla competenza esclusiva dello Stato, piuttosto che la materia «professioni» di cui al terzo comma del medesimo articolo 117, evocata dalla resistente”.

“L’articolo 117, terzo comma, della Costituzione, invero, attribuisce alle Regioni la competenza a disciplinare – nei limiti dei principi fondamentali della materia e della competenza statale nell’individuazione delle professioni (sentenze n. 355 del 2005, n. 319 del 2005 e n. 353 del 2003) – tanto le professioni per il cui esercizio non è prevista l’iscrizione ad un Ordine o Collegi, quanto le altre, per le quali detta iscrizione è prevista, peraltro limitatamente ai profili non attinenti all’organizzazione degli Ordini e Collegi”.

Osservando questo quadro, in conclusione, al di fuori di una possibile disciplina di dettaglio di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale, è veramente difficile immaginare un intervento delle Regioni nella regolazione di discipline non convenzionali, come pure, più in generale, nel campo delle professioni. Nonostante la chiarezza della Consulta, il legislatore regionale ha cercato, sempre invano, di fare un altro tentativo: il legislatore campano, prevedendo la figura del “musicoterapista”, ha definito, secondo la Corte, un nuovo profilo professionale in materia sanitaria e pertanto la relativa legge è stata dichiarata con la sentenza n. 424/2006 incostituzionale. Ancora più eclatante è stata la dichiarazione di incostituzionalità di una norma contenuta in una legge della Provincia autonoma di Bolzano e impugnata dal Governo. La difesa partiva dalla tesi che l’odontotecnico rientrasse nella materia

dell'artigianato e non in quello delle professioni: è facile immaginare i rilievi e le conclusioni della Corte contenuti nella relativa sentenza, la n. 423/2006.