

MANI LEGATE PER LE REGIONI? CONSIDERAZIONI INTORNO AL RICORSO
GOVERNATIVO IN TEMA DI STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE MEDICO
CONVENZIONATO

DAVIDE SERVETTI*

Sommario

1. Premessa. – 2. La disciplina piemontese e la sua *ratio*. – 3. Le censure di illegittimità costituzionale mosse dall'Avvocatura dello Stato e l'assetto della potestà legislativa in materia. – 4. La necessità di una più precisa e completa ricostruzione del parametro interposto. – 5. Le disposizioni legislative statali che vincolano il legislatore regionale nell'impiego del personale medico all'interno dei servizi di emergenza sanitaria territoriale. – 6. La prassi delle sanatorie disposte nel passato in base agli accordi integrativi regionali: "mani legate" per i legislatori...ma non per le amministrazioni regionali. – 7. Oltre le "mani legate"? Lo spiraglio aperto dal d.l. 135/2018 conv. l. 12/2019 e le sue possibili ripercussioni sul giudizio di legittimità costituzionale pendente. – 8. Un cenno conclusivo ad un problema comunque aperto: carenza di personale medico e regionalismo differenziato.

Abstract

This article discusses the problems concerning the structure of state and regional legislative powers about medical personnel employed in the emergency service. The analysis starts from the state's appeal against a regional law aimed at stabilizing temporary medical personnel. This question, which awaits the decision of the Constitutional Court, raises a lot of interpretative problems concerning the current legislation, which was partially modified by some regulatory innovations, aimed at countering the lack of specialized medical personnel, that could weigh on the outcome of the judgment.

Suggerimento di citazione

D. SERVETTI, *Mani legate per le Regioni? Considerazioni intorno al ricorso governativo in tema di stabilizzazione del personale medico convenzionato*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2019. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>

* Dottore di ricerca in Diritto costituzionale nell'Università degli Studi del Piemonte Orientale; segretario della Società italiana di Diritto sanitario.
Contatto: davide.servetti@uniupo.it

1. Premessa

Dei giudizi in via principale attualmente pendenti presso la Corte costituzionale ve n'è uno, apparentemente minore, che presenta invero diversi profili di interesse: l'impugnazione da parte del Governo dell'art. 135 della legge della Regione Piemonte n. 19 del 2018¹.

La disposizione censurata abilita alla partecipazione alle procedure di assegnazione di incarichi convenzionali a tempo indeterminato presso il sistema di emergenza-urgenza territoriale medici che, già in servizio presso queste strutture, a tali procedure non potrebbero ordinariamente accedere per la mancanza di alcuni requisiti previsti dalla contrattazione collettiva. Al momento dell'approvazione della legge, versavano in questa situazione circa ottanta² medici, i quali prestavano la propria opera in forza di rapporti contrattuali a tempo determinato e il SSR impiega per far fronte alla cronica carenza di personale che il settore registra non solo in Piemonte.

A questo proposito, va osservato che il caso piemontese si colloca in un doppio scenario, il quale riguarda la generalità delle Regioni e meriterebbe un'attenzione non occasionale.

Un primo scenario attiene specificamente al settore dell'emergenza-urgenza, nel quale da anni le Regioni ricorrono sistematicamente ad incarichi a tempo determinato per supplire alla carenza di medici da impiegare nelle centrali operative e sui mezzi di soccorso del 118³: di fronte a questo problema, cui non sono indifferenti le norme che regolano l'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato, alcune Regioni hanno già in passato, e più marcatamente negli ultimi anni, puntato al superamento delle condizioni di precariato di questa categoria mediante provvedimenti di stabilizzazione, come nel caso che ci interessa ma secondo soluzioni non uguali da Regione a Regione⁴; altre hanno operato altresì una riorganizzazione delle *équipes* multiprofessionali, che, attesa la carenza strutturale di medici disponibili e formati all'impiego presso il 118, ha valorizzato le funzioni delle altre professioni sanitarie deputate al soccorso, talora suscitando aspre reazioni da parte della categoria medica⁵.

¹ L'impugnazione è stata deliberata dal Consiglio dei ministri nella seduta del 14 febbraio 2019; il ricorso, cui è assegnato il n. 28, è stato pubblicato in G.U., serie spec. Corte costituzionale, n. 17 del 24 aprile 2019. L'udienza pubblica è stata fissata per il 14 gennaio 2020.

² Il numero dei medici interessati dalla norma è indicato nella Relazione tecnico-finanziaria conclusiva annessa al progetto di legge approvato.

³ Medici che, nel gergo sanitario (penetrato anche presso alcuni documenti ufficiali: v. ad es. Piano sanitario regionale dell'Umbria 2009-2011, vol. III, p. 172), sono appunto chiamati "centodiciottisti".

⁴ Si veda ad esempio la delibera della giunta regionale ligure n. 1145/2018, sostanzialmente coeva alla legge piemontese. Negli anni recenti, per esemplificare un graduale percorso di assorbimento del personale precario, può menzionarsi anche il caso toscano, per la cui ricostruzione si può prendere a riferimento la d.g.r. n. 1198/2016.

⁵ Il riferimento va in particolare all'aspra contestazione della scelta della Regione Emilia-Romagna di favorire l'utilizzo di autoambulanze senza medico a bordo, provviste soltanto di personale di

Il secondo scenario è più vasto e riguarda la generale scarsità, nel nostro Paese, di medici che abbiano completato il percorso di specializzazione, vuoi in senso proprio (ovvero che abbiano conseguito il diploma di specializzazione presso le apposite scuole universitarie) vuoi in senso lato (ovvero abbiano completato altri percorsi di specializzazione *post lauream* e in particolare, per quanto rileva nella nostra fattispecie, i corsi di formazione specifica in medicina generale): una situazione divenuta ormai critica⁶, che negli ultimi anni ha tra l'altro acuito la storica tensione tra Regioni e Università con riferimento alla programmazione dei posti messi a concorso nei corsi di laurea in medicina e presso le scuole di specializzazione.

Come si vedrà più avanti nel dettaglio, il primo scenario interpella l'assetto storicamente dato dal legislatore statale ai rapporti tra Servizio sanitario nazionale e medicina convenzionata. A partire dagli anni della Riforma sanitaria, infatti, l'integrazione tra legge (statale) e accordi collettivi (nazionali) ha dato progressivamente luogo a un sotto-sistema normativo che risulta oggi sostanzialmente assimilabile, sul piano della relazione tra fonti, al modello del pubblico impiego, nonostante la natura autonoma (benché in condizione di c.d. parasubordinazione) del rapporto di lavoro che lega i medici titolari di incarichi convenzionali alle aziende sanitarie⁷. Tale sotto-sistema genera plurimi vincoli nei confronti dei legislatori regionali, i cui margini di discrezionalità nell'organizzazione del personale convenzionato risultano particolarmente ridotti.

soccorso e infermieristico specializzato, che ha condotto alla controversa decisione dell'Ordine dei medici di Bologna di radiare dall'albo l'assessore regionale alla sanità Sergio Venturi. Contro il provvedimento disciplinare la Regione ha presentato ricorso per conflitto di attribuzioni intersoggettivo, il quale è stato accolto nelle more della pubblicazione del presente articolo, con la sentenza n. 259 del 4 novembre-6 dicembre 2019: la Corte costituzionale ha ritenuto illegittima l'interferenza dell'Ordine, e dunque dello Stato, nell'esercizio delle funzioni assessorili, con conseguente lesione delle competenze regionali in materia sanitaria. Che la decisione dell'Ordine dei medici bolognese si presentasse particolarmente problematica è connesso, peraltro, anche dall'esistenza di una indagine per abuso di ufficio aperta dalla Procura della Repubblica a carico della commissione disciplinare che aveva irrogato la sanzione.

⁶ Da ultimo, lo ha ricordato, lo scorso 24 ottobre, il Ministro della salute nelle dichiarazioni programmatiche illustrate presso le commissioni competenti di Camera e Senato riunite.

⁷ Tale rapporto (che l'art. 13 dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale qualifica come «di lavoro autonomo convenzionato») è definito dalla giurisprudenza ordinaria (Cass. Civ., sez. lav., sent. 9142/2008 e SS.UU. sent. 20344/2005) e amministrativa (C.d.S., sez. V, sentt. 1736/2011 e 3239/2009) quale rapporto di lavoro autonomo, benché parasubordinato. La medesima giurisprudenza ordinaria e amministrativa, negando la natura subordinata del rapporto di lavoro con il personale convenzionato, ne esclude contestualmente la riconduzione alle regole che valgono per i lavoratori subordinati del pubblico impiego. La Corte costituzionale, dal canto suo, dà per pacifica la qualificazione del rapporto come di lavoro autonomo parasubordinato e tuttavia, in ragione dei rinvii normativi che la disciplina statale concernente la contrattazione collettiva con le organizzazioni rappresentative dei medici convenzionati fa a quella omologa che riguarda i pubblici dipendenti, considera il funzionamento dei due sistemi del tutto analoghi dal punto di vista dell'integrazione tra fonte legislativa e contrattuale (sent. 186/2016, punto 4.1 c.d., e sent. 157/2019, punto 3 c.d.).

Il secondo scenario ha da poco trovato un possibile, ma problematico sbocco nelle iniziative adottate da numerose Regioni per l'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost. Come emerge dalle trattative in corso tra il Governo e le Regioni (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) che per prime hanno aperto questa nuova stagione del regionalismo differenziato⁸, la programmazione dei percorsi *post lauream* dei medici, la possibilità di anticiparne l'ingresso nel SSR ad una fase precedente la specializzazione e, in generale, la politica del personale della sanità rappresentano oggetti non secondari del confronto tra le parti, almeno nella misura in cui è dato conoscerne gli svolgimenti alla luce della discussione pubblica e delle bozze di intesa ufficialmente e officiosamente circolate. Che alcune delle istanze fatte valere da parte di tali Regioni corrispondano ad esigenze di tutto il sistema sembra peraltro confermato dagli sviluppi normativi che, nel corso dell'anno, sono intervenuti proprio in tema di impiego precoce dei medici in formazione⁹.

2. La disciplina piemontese e la sua *ratio*

Frutto di attività emendativa promossa dalla giunta regionale e accolta favorevolmente da tutti i gruppi consiliari¹⁰, l'art. 135 della legge impugnata persegue la stabilizzazione dei medici operanti nel sistema di emergenza-urgenza con rapporto di lavoro precario, incidendo sui requisiti di accesso alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato di cui agli artt. 91 ss. dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) vigente per i medici di medicina generale.

La disposizione prevede che possano presentare domanda per tali incarichi i medici che abbiano già maturato una determinata anzianità presso il sistema regionale di emergenza-urgenza territoriale¹¹, anche mediante rapporti di lavoro diversi dagli incarichi convenzionali a tempo determinato¹²; tuttavia, è

⁸ Da ultimo, fa il punto sullo stato del dibattito e sulle questioni aperte G. TARLI BARBIERI, *Verso un regionalismo differenziato o verso un regionalismo confuso? Appunti sulla (presunta) attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2019.

⁹ Il riferimento va alle relative disposizioni del d.l. 14 dicembre 2018, nel testo modificato dalla legge di conversione 11 febbraio 2019, n. 135, nonché del d.l. 30 aprile 2019, n. 35, conv. l. 25 giugno 2019, n. 60. (c.d. decreto Calabria). Su alcune di queste disposizioni si tornerà oltre (§ 7) in quanto rilevanti nella materia oggetto della legge regionale impugnata.

¹⁰ Cfr. il resoconto della seduta consiliare del 20 novembre 2018.

¹¹ Tre anni, da computarsi al 31 ottobre 2018, ovvero alla data di pubblicazione delle ore vacanti di cui all'art. 92 del menzionato ACN riferite al secondo semestre 2018 e al primo 2019.

¹² V. spec. l'art. 135, comma 2, il quale apre anche, seppur in via subordinata, ad esperienze lavorative presso servizi territoriali diversi da quello dell'emergenza-urgenza. La norma va compresa alla luce della eterogeneità delle forme di rapporto di lavoro con le quali opera il personale precario in servizio presso il 118, le quali vanno dagli incarichi convenzionali a tempo determinato alle collaborazioni coordinate e continuative, fino ad altre forme di lavoro autonomo e flessibile, talora intermediato da cooperative. Per prassi costante, tutte queste forme sono state ricondotte sotto l'ombrello dell'art. 97 e (fino alla sua recente abrogazione) della norma finale n. 5 dell'ACN, non senza qualche forzatura,

stabilito che tali soggetti possano accedere alle procedure di assegnazione in subordine rispetto a chi sia già iscritto alla graduatoria regionale dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale. Inoltre, l'art. 135, comma 4, ammette alle procedure anche coloro che non abbiano ancora conseguito l'idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale, ma risultino iscritti all'apposito corso di formazione; in tal caso, però, il mancato conseguimento dell'idoneità entro il termine finale del corso determina la decadenza dall'incarico assegnato.

La *ratio* della disciplina in discorso è ricostruibile proprio a partire dalle due deroghe appena descritte, poiché ordinariamente, alla stregua dell'ACN, gli incarichi convenzionali a tempo indeterminato nel sistema di emergenza-urgenza possono essere conferiti soltanto a chi sia già titolare di tali incarichi presso altre aree della medicina territoriale oppure sia iscritto alle graduatorie regionali di settore, ossia a soggetti già in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale; a questo requisito si cumula quello del possesso dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale previo completamento del relativo corso di formazione.

La prima delle due deroghe è introdotta facendo salva la posizione di chi ha titolo, in forza dei requisiti stabiliti dalla contrattazione collettiva, ad accedere ordinariamente agli incarichi in parola: in tal modo, il legislatore piemontese pare in tutta evidenza voler ricercare una soluzione rispettosa dei diritti soggettivi e degli interessi legittimi dei medici di medicina generale già titolari di incarichi convenzionali o aspiranti tali, che la contrattazione collettiva tutela. Quanto alla seconda deroga, quella concernente il conseguimento dell'idoneità all'attività di emergenza sanitaria, nella priorità accordata a coloro che ne sono in possesso è parimenti ravvisabile l'intenzione di non ledere le relative posizioni. Mentre, per la parte in cui tale deroga entra in tensione con l'esigenza di garantire adeguata competenza del professionista a tutela della salute degli assistiti, il legislatore pare volerne ancorare la proporzionalità alla temporaneità assicurata dalla clausola di decadenza dall'incarico¹³.

Tali "contrappesi", tra quali è annoverabile anche la previsione per cui le procedure in questione vengono attivate successivamente all'assegnazione delle c.d. zone carenti¹⁴ e dunque non interferiscono con l'organizzazione

dal momento che anche gli incarichi contemplati da tali disposizioni, per quanto temporanei e provvisori, parrebbero tener fermo lo schema convenzionale.

¹³ Del resto, a preoccupare, eventualmente, dovrebbe essere la circostanza che medici da anni operanti nei servizi di emergenza-urgenza mediante rapporti di natura precaria non abbiano frequentato l'apposito corso, gettando questa circostanza qualche ombra alternativamente o sulla sicurezza delle cure prestate dal personale privo di questa idoneità o sull'effettiva correlazione tra tale percorso di formazione e l'idoneità medesima.

¹⁴ Ovvero, semplificando, degli incarichi convenzionali negli ambiti territoriali infraregionali caratterizzati da un rapporto critico tra numero di medici di medicina generale in servizio e numero di assistiti (cfr. art. 34 ACN).

dell'assistenza primaria (area di attività elettiva della medicina generale¹⁵), se, in astratto, rispondono all'esigenza di ridurre quanto più possibile il conflitto tra la posizione dei candidati ammessi secondo le regole ordinarie e quella dei beneficiari delle deroghe, in concreto non pregiudicano l'obiettivo della stabilizzazione di questi ultimi.

Sotto questo profilo, infatti, ci si può interrogare sulla scelta del legislatore regionale che, pur perseguendo la stabilizzazione del personale precario, ha tenuto ferma la necessità che l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato avvenisse mediante le procedure di selezione previste dall'ACN¹⁶, anziché, in ipotesi, disporre direttamente la trasformazione dei rapporti a tempo definito in rapporti a tempo indeterminato¹⁷. La risposta non va soltanto ricercata nella volontà di minimizzare l'attrito con le regole della contrattazione collettiva nazionale, ma altresì nella carenza strutturale di medici dotati dei titoli di specializzazione summenzionati: il risultato teoricamente soltanto eventuale del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato ai beneficiari delle deroghe, sui quali conservano la priorità i colleghi provvisti di quei titoli, è reso in concreto altamente probabile proprio dalla circostanza che il numero di questi colleghi non sia sufficiente a coprire gli organici. Il fabbisogno di personale del sistema dell'emergenza-urgenza è talmente superiore al numero di coloro che sono dotati di tutti i requisiti per farvi fronte, secondo le regole ordinarie di assegnazione degli incarichi convenzionali, da non poter essere soddisfatto se non con il ricorso a personale che non risponda del tutto a quei requisiti.

¹⁵ L'ACN (v. art. 13) prevede quattro aree di attività della medicina generale: l'assistenza primaria (che costituisce l'area in cui si svolge la parte preponderante di quell'assistenza medico-generica che costituisce la funzione principale dei medici di medicina generale), la continuità assistenziale, la medicina dei servizi territoriali, l'emergenza sanitaria territoriale.

¹⁶ Giova precisare che la giurisprudenza ordinaria nega che le procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali, pur articolandosi in una selezione per titoli e nell'assegnazione di punteggi da parte della pubblica amministrazione, abbiano natura concorsuale: «si è in presenza di una fattispecie negoziale complessa, nell'ambito di una procedura demandata all'autonomia delle parti, che esula dagli schemi tipici del pubblico concorso per l'assunzione di pubblici dipendenti: non è infatti prevista la nomina di una commissione giudicatrice, non è adottata una procedura selettiva comparativa, non vi è un giudizio di idoneità finale dei candidati; la graduatoria è formata in base a titoli accademici, di studio o di servizio prestabiliti e con punteggio predeterminato dallo stesso accordo (allegato 1), senza che possano ravvisarsi poteri autoritativi o margini di discrezionalità valutativa o tecnica in capo alla pubblica amministrazione, chiamata a una mera verifica del possesso o meno delle capacità professionali richieste sulla scorta della documentazione prodotta dagli aspiranti al turno (in tal senso la giurisprudenza amministrativa: T.A.R. Campania, Napoli, 6.2.2009, n. 632; T.A.R. Puglia, sez. Lecce, 11/9/2014, n. 2332)» (Cass. Civ., SS.UU. 21599/2018, punto 4 in diritto). Del resto, nessuna violazione dell'art. 97 Cost. viene invocata dall'Avvocatura dello Stato nel ricorso in commento: né con riferimento al principio del concorso pubblico (che altre operazioni di "stabilizzazione" da parte delle Regioni ha precluso: cfr. ad es. Corte cost. 34/2004), né con riferimento ai generali principi del buon andamento e dell'imparzialità.

¹⁷ Secondo la prassi pregressa delle c.d. sanatorie di cui si dirà al § 6.

Qui risiede la *ratio* di questa peculiare stabilizzazione: non soltanto e non tanto nella volontà di riconoscere percorsi di servizio meritevoli di maggiori tutele in ordine allo *status* del rapporto di lavoro, quanto nell'esigenza di sopperire a una carenza di personale generata anche dall'incapacità di quelle regole di assicurare continuità nell'erogazione dei livelli essenziali presso il 118 regionale. In altre parole, dal punto di vista del legislatore regionale, la precarietà dei rapporti di lavoro di una quota consistente del personale assegnato mediante contratti a tempo determinato a tale servizio, costantemente e comprensibilmente alla ricerca di una situazione lavorativa più stabile presso altri servizi, genera una complessiva precarietà del sistema di emergenza-urgenza medesimo, con il rischio di non garantire i connessi livelli di assistenza.

3. Le censure di illegittimità costituzionale mosse dall'Avvocatura dello Stato e l'assetto della potestà legislativa in materia

Proprio la natura derogatoria della disciplina piemontese è oggetto di censura da parte dell'Avvocatura dello Stato, che evidenzia due profili di illegittimità.

Il primo, intorno al quale si articola la parte principale del ricorso, coincide con la violazione delle norme della legge statale e dell'accordo collettivo nazionale, che la difesa erariale assume a principio fondamentale della materia, sostenendo per questa via la violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., *sub* "tutela della salute" e "professioni".

Il ricorso governativo evidenzia che la legislazione statale, in combinato disposto con la contrattazione collettiva, stabilisce senza equivoci che tanto il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale quanto il conseguimento dell'idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale sono requisiti essenziali per il conferimento degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato: il primo requisito, in quanto titolo inderogabile per l'iscrizione alle graduatorie dei medici di medicina generale, senza la quale i candidati agli incarichi nel servizio di emergenza-urgenza territoriale non possono concorrere all'assegnazione dei medesimi; il secondo requisito, poiché espressamente previsto quale condizione per il conferimento degli incarichi nel predetto servizio.

L'imposizione di tali requisiti, secondo l'Avvocatura dello Stato, integra «all'evidenza [un] principio fondamentale che, nella misura in cui vincola l'esercizio dell'attività medica (anche) nello specifico settore dell'emergenza sanitaria territoriale al possesso di ben individuati titoli di formazione attestanti una specifica preparazione professionale, attiene, per un verso, alla tutela della salute dei pazienti che ricorrono alle prestazioni del servizio di pronto soccorso e, per un altro, alle condizioni cui è subordinato l'esercizio, in regime di convenzione, della professione medica nel settore di cui trattasi; nell'ottica della

massima sicurezza, efficienza e funzionalità operativa del servizio sanitario pubblico»¹⁸.

Il secondo profilo di illegittimità riguarda invece la disparità di trattamento originante dalla legge piemontese, la quale determinerebbe una lesione diretta dell'art. 3 Cost.

Va subito detto che la solidità di questa seconda censura dipende parzialmente dalla fondatezza della prima. Per come è posta la questione, infatti, la difesa erariale stigmatizza una discriminazione su base territoriale, la quale discende, stando alla lettera del ricorso, dalla fissazione di requisiti di accesso agli incarichi «meno rigorosi rispetto a quelli vigenti nelle restanti regioni». Con ciò si realizzerebbe «un'evidente disparità di trattamento tra coloro che aspirano ad accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali in parola presso strutture del sistema di emergenza-urgenza del Piemonte e coloro che invece concorrono all'assegnazione degli incarichi in questione presso le omologhe strutture di altre regioni. I primi, senza alcuna plausibile ragione che non sia quella meramente "geografica", di per sé sola evidentemente irrilevante, vedono infatti significativamente accresciute le *chances* di conseguire un incarico a tempo indeterminato rispetto ai secondi»¹⁹. Ora, laddove una Regione potesse legittimamente derogare ai requisiti previsti nella legislazione statale e nella contrattazione collettiva stabilendo una propria differenziata disciplina, ovvero laddove tali requisiti non integrassero principi fondamentali delle materie "tutela della salute" e "professioni", la circostanza che la Regione Piemonte stabilisca dei requisiti diversi e meno stringenti rispetto a quelli nazionali non potrebbe essere di per sé considerata lesiva del principio di eguaglianza. Piuttosto, ove tale margine di autonomia fosse riconosciuto alla Regione, non sarebbero le deroghe ai requisiti nazionali a fare problema, quanto piuttosto la limitazione della platea dei beneficiari ai medici che abbiano prestato servizio presso le strutture regionali: a meno di non rintracciare in tale limitazione un qualche fondamento di ragionevolezza – che a noi sfugge –, nel momento in cui per la Regione conta *in primis* l'esperienza nell'esercizio della funzione per un periodo minimo di tre anni, non si vede perché tale anzianità non potrebbe valere ove fosse maturata presso i servizi dell'emergenza territoriale di altre Regioni. Il che conduce a concludere che questo profilo di violazione dell'art. 3 Cost., benché non così chiaramente delineato nel ricorso statale, abbia una propria autonomia rispetto alla censura *ex art. 117, terzo comma, Cost.* e non potrebbe che essere rimosso mediante l'ammissione a beneficiare della disciplina derogatoria anche medici precari provenienti da altre Regioni e in possesso dei medesimi requisiti "meno rigorosi" previsti dalla legge regionale per i colleghi piemontesi.

¹⁸ Punto n. 3 del ricorso governativo nella parte in diritto.

¹⁹ Punto n. 4 del ricorso governativo nella parte in diritto.

Venendo ora alla censura principale (*ex art. 117, terzo comma, Cost.*), conviene soffermarsi sull'assetto della potestà legislativa concernente i rapporti convenzionali con i medici di medicina generale. Esso, pur non brillando per semplicità al pari di quello della dirigenza sanitaria²⁰, ha ricevuto dalla Corte costituzionale una stabile sistemazione.

In via generale, tali rapporti di lavoro, quanto all'individuazione del tipo contrattuale e alla disciplina dei diritti e doveri delle parti nell'esecuzione del rapporto, devono ritenersi afferire alla potestà esclusiva in materia di ordinamento civile, come ha precisato espressamente la Corte costituzionale, con specifico riferimento ad aspetti del trattamento economico, nella sent. n. 186/2016. In questa pronuncia e, in termini ancor più risoluti, nella successiva sent. n. 157/2019, la Corte ha ritenuto che la regolazione di tali rapporti professionali, nonostante la loro connotazione parasubordinata, sia soggetta al medesimo riparto di competenze tra Stato e Regioni esistente per il pubblico impiego contrattualizzato. La previsione anche per i rapporti convenzionali di un sistema di contrattazione nazionale, infatti, risponde alle «stesse esigenze di disciplina uniforme» e «la regolazione specifica [di tali rapporti] è la risultante di una forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale, con una rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata e con un limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite, secondo lo schema comune al pubblico impiego contrattualizzato, come reso evidente dal ricordato richiamo operato dall'innovato art. 4 della legge n. 412 del 1991 alla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva dettata dal d.lgs. n. 165 del 2001»²¹.

Nella menzionata sent. n. 186/2016, inoltre, la Corte ha rammentato – negando il ricorrere di questa ipotesi nella fattispecie sottopostale in quel caso – che, laddove siano rilevanti esigenze di organizzazione dei servizi sanitari, viene ad instaurarsi un concorso di competenze con la potestà regionale in materia di tutela della salute.

Guardando alla nostra fattispecie, sembra indubbio che l'individuazione da parte della Regione del personale da destinare ai servizi di emergenza urgenza riguardi l'organizzazione del SSN e chiami dunque in causa anche la potestà legislativa in materia di tutela della salute; inoltre, nel momento in cui la disciplina regionale interviene sui titoli abilitanti l'esercizio della professione nell'ambito delle attività di emergenza sanitaria, essa interpella senz'altro anche la potestà in materia di professioni.

²⁰ Cfr. in argomento P. FALLETTA, *La disciplina della dirigenza sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI, (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, spec. p. 293-294; M.S. BONOMI, *La dirigenza sanitaria*, in *Federalismi.it*, 30 luglio 2014, spec. p. 1-3.

²¹ Punto n. 3 c.d. della sent. n. 157/2019.

In entrambe le materie di potestà concorrente la natura di principio fondamentale si lega all'esigenza che il precetto generale che sostanzia il principio²² sia valido – *debba* essere valido – su tutto il territorio nazionale, il che conta ancor più nell'ambito di un servizio pubblico, come il SSN, che assicura l'attuazione dell'art. 32 Cost.²³.

Come si preciserà meglio oltre nel testo (§ 5), quando il legislatore statale stabilisce che i rapporti con i medici di medicina generale sono retti da convenzioni conformi all'accordo collettivo nazionale (art. 8, d.lgs. 502/1992), domanda a tale accordo non solo aspetti strettamente contrattuali, ma anche la definizione di norme sulle funzioni e sull'organizzazione delle attività dei medici convenzionati, così individuando quelli che sono a pieno titolo principi fondamentali in materia di tutela della salute e di professioni. In tal senso, quando la Corte costituzionale, nella sent. n. 186/2016, constata la connessione tra le «esigenze di regolazione uniforme dei rapporti convenzionali» e la «forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale», tale connessione finisce per valere sia per i profili di quei rapporti riconducibili all'ordinamento civile sia per quelli ove concorre la potestà in materia di tutela della salute e di professioni. In altri termini, l'esistenza di un sistema integrato delle fonti legislativa e contrattual-collettiva condiziona la potestà legislativa regionale sia «dall'esterno», in ragione della forza normativa assegnata a tale sistema *ex* art. 117, secondo comma, lett. l), sia «all'interno» della competenza concorrente, poiché i principi fondamentali statali si determinano lungo quella medesima continuità tra legge statale e accordo collettivo nazionale.

4. La necessità di una più precisa e completa ricostruzione del parametro interposto

Il ricorso, come si è visto, non chiama in causa la potestà esclusiva in materia di ordinamento civile e, alla luce di quanto si è finora detto, questa scelta appare condivisibile in quanto la legge piemontese non avoca a sé la disciplina privatistica di tali rapporti professionali, i relativi profili economici o altri aspetti strettamente contrattuali, bensì si mantiene entro lo schema degli incarichi convenzionali e le relative procedure di assegnazione previste all'interno dell'ACN. Vero è che la legge contestata incide sui requisiti di ammissione a tali procedure e comporta deroga quei requisiti che coincidono con titoli di formazione che, presidiando la competenza del personale in questione, lo

²² O, secondo il noto orientamento della Corte, anche il precetto che, per dettagliato che sia, vada concepito come coesistente all'attuazione di quello generale.

²³ Sulla reciproca implicazione tra organizzazione del SSN e garanzia del diritto alla salute, v. riferimenti giurisprudenziali e spunti ricostruttivi in R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019, p. 7-10.

abilitano all'esercizio delle proprie funzioni nel sistema di emergenza sanitaria territoriale; il che, dal punto di vista del legislatore regionale, avviene per finalità che attengono all'organizzazione dei servizi e alla loro effettiva idoneità a garantire i livelli di assistenza.

Se, dunque, l'individuazione dell'art. 117, comma 3, *sub* «tutela della salute» e «professioni», quale parametro violato, sembra corretta, è invece la ricostruzione del parametro interposto che merita a nostro avviso di essere osservata nei dettagli.

Circa l'individuazione delle disposizioni statali regolatrici della materia, il ricorso governativo ne richiama essenzialmente tre: l'art. 66 del D.P.R. n. 270/2000, esecutivo dell'Accordo collettivo nazionale stipulato con le rappresentanze dei medici di medicina generale il 9 marzo 2000; l'art. 16 dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (sia nel testo originario sia nel testo novellato nel 2018²⁴); l'art. 21 del d.lgs. n. 368/1999, attuativo delle direttive europee in materia di libera circolazione dei medici e riconoscimento reciproco dei titoli abilitanti all'esercizio della professione.

La ricognizione operata dalla difesa erariale, a ben vedere, non è del tutto soddisfacente. Essa, infatti, tralascia le principali norme contrattual-collettive che propriamente rendono i summenzionati requisiti obbligatori ai fini dell'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato, con ciò adombrando anche le norme legislative statali alla base di quelle contrattual-collettive. Inoltre, l'Avvocatura non tiene conto di una deroga recentemente introdotta dallo stesso legislatore statale (art. 9, d.l. 135/2018, conv. l. 12/2019) che ha parzialmente innovato il quadro dei limiti cui sono sottoposte le Regioni nell'assegnazione degli incarichi convenzionali in parola.

Sotto il primo profilo, va precisato che l'art. 66 del D.P.R. n. 270/2000 – che, a rigore, andrebbe riferito al testo dell'Accordo collettivo nazionale che il decreto rese esecutivo – deve oggi la propria vigenza ed efficacia all'art. 92, comma 5, dell'ACN 23 marzo 2005 (e s.m.i.), che costituisce la disposizione principale da prendere a riferimento per quanto concerne la contrattazione collettiva²⁵. È l'art. 92, comma 5, che individua (mediante il rinvio all'art. 66

²⁴ V. art. 3, ACN 21 giugno 2018.

²⁵ A questo proposito va precisato che, successivamente all'ACN del 2000 reso esecutivo con il D.P.R. n. 270/2000, il legislatore statale (art. 2-*nonies* d.l. 81/2004, conv. L. 138/2004) ha modificato il procedimento integrativo dell'efficacia degli accordi collettivi nazionali, rimettendo la competenza a rendere esecutivi tali accordi ad una intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni. Alla Conferenza fa capo altresì (ai sensi dell'art. 4, c. 9, l. 412/1991, come sostituito dall'art. 52, c. 27, l. 289/2002) la disciplina del procedimento di contrattazione, la quale viene definita mediante accordo (quello vigente è l'accordo adottato il 5 dicembre 2013). Ad oggi, dunque, le disposizioni del D.P.R. 270/2000 (*rectius* dell'accordo che esso incorpora) ancora vigenti sono quelle espressamente richiamate o non incompatibili con quelle del nuovo ACN del 2005 nel testo risultante a seguito delle novelle operate dagli accordi collettivi del 29 luglio 2009, 8 luglio 2010 e 21 giugno 2018.

del D.P.R., nonché all'art. 96 dell'ACN medesimo) il conseguimento dell'idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale quale requisito per concorrere all'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato nel servizio di emergenza-urgenza territoriale; ed è altresì l'art. 92 che individua (al comma 6) le condizioni soggettive per la partecipazione alla procedura di assegnazione, le quali si sostanziano nell'essere già titolari di un incarico convenzionale a tempo indeterminato oppure nell'essere iscritti alle graduatorie regionali di settore cui accedono soltanto – e qui viene in rilievo, ma solo indirettamente, l'art. 16 dell'ACN richiamato dall'Avvocatura dello Stato²⁶ – i medici che sono in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, il quale è individuato dall'art. 21 del d.lgs. n. 368/1999 come titolo abilitante l'esercizio delle funzioni di medico di medicina generale nell'ambito del SSN.

5. Le disposizioni legislative statali che vincolano il legislatore regionale nell'impiego del personale medico all'interno dei servizi di emergenza sanitaria territoriale

La più precisa considerazione delle norme dell'Accordo collettivo nazionale e del suo capo V, parte II, dedicato agli incarichi convenzionali aventi ad oggetto le attività di emergenza sanitaria territoriale consente anche di riconoscere quali siano le norme legislative statali che legittimano l'esistenza di questo "sotto-sistema" normativo demandato alla contrattazione collettiva e lo collocano in un quadro più complesso nel quale il legislatore regionale è tenuto a muoversi.

A questo proposito, il riferimento principale è costituito dall'art. 8, comma 1, del d.lgs. n. 502/1992, il quale rimette la disciplina dei rapporti tra SSN e medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta²⁷ a convenzioni stipulate in conformità con gli accordi collettivi nazionali conclusi con le associazioni di categoria. La disposizione (introdotta nell'originario testo del d.lgs. 502 e poi più volte revisionata con riguardo ai principi vincolanti la contrattazione collettiva, ma non alla previsione appena riferita) conferma un principio fondamentale della materia sanitaria già rinvenibile nella legge n. 833/1978 istitutiva del SSN (v. art. 48) e, prima ancora, nella legge delega per il trasferimento delle funzioni amministrative alle Regioni n. 349/1977 (v. art. 9), alla cui stregua l'assistenza medico-generica e pediatrica fa capo al personale convenzionato; principio che dalla riforma del 1992 esce rafforzato nella misura in cui

²⁶ Indirettamente perché l'art. 16 disciplina la valutazione dei titoli per la composizione delle graduatorie, tra i quali è naturalmente ricompreso il diploma di formazione specifica in medicina generale, che il precedente art. 15 individua quale requisito obbligatorio per l'iscrizione alle graduatorie medesime.

²⁷ Oltre che degli specialisti ambulatoriali e di altri professionisti sanitari convenzionati: poiché il settore dell'emergenza sanitaria territoriale riguarda i medici di medicina generale, si è fatto e si farà riferimento soltanto a questi e, dunque, al relativo accordo nazionale.

viene prevista l'eliminazione delle residue ipotesi di prestazione di tale attività mediante personale dipendente, con ciò riconducendo integralmente e necessariamente questo tipo di assistenza al modello convenzionale²⁸. Tale principio ha una portata sistemica, perché individuando il modello convenzionale come l'unico praticabile per l'organizzazione e la prestazione delle attività menzionate, attribuisce alla contrattazione collettiva nazionale la competenza a disciplinare i rapporti con il personale medico convenzionato, secondo una *ratio* di uniforme trattamento di tale personale che l'art. 48 della legge n. 833/1978 enunciava espressamente²⁹. In altre parole, l'attribuzione di tali attività di assistenza al sistema convenzionale e il contestuale affidamento della disciplina dei rapporti con il personale convenzionato alla contrattazione collettiva nazionale si saldano in un principio fondamentale che, prima della contrattazione collettiva regionale, vincola la stessa potestà legislativa delle Regioni, la cui posizione, non a caso, è stata nel tempo rafforzata all'interno del procedimento di elaborazione e adozione degli accordi collettivi nazionali³⁰.

L'art. 8 reca inoltre un comma 1-*bis*, introdotto dal d.lgs. n. 517/1993, integrativo e correttivo del d.lgs. n. 502/1992³¹, il quale si riferisce specificamente ai servizi dell'emergenza sanitaria territoriale³² ed è importante considerare per la comprensione degli spazi resi complessivamente disponibili al legislatore regionale da parte di quello statale in questa particolare area di assistenza.

Infatti, i medici di medicina generale prestano una serie di attività, individuate dalla stessa contrattazione collettiva³³, che presentano aree di integrazione quando non di sovrapposizione con altre prestate da personale dipendente del SSN. L'emergenza sanitaria territoriale fa parte di queste aree di attività, con l'ulteriore elemento di complessità per cui il sistema dell'emergenza-urgenza, del quale il 118 vorrebbe costituire il principale snodo, vede una non

²⁸ Spunti ricostruttivi su questa articolata vicenda normativa in E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2019, spec. § 2.

²⁹ Art. 48, l. 833/1978: «L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria ...».

³⁰ V. *supra* nt. 25.

³¹ Il rapporto tra questi due atti e la necessità di riconoscerli due distinti indirizzi riformatori sono recentemente tornati sotto la lente della dottrina giuspubblicistica mediante una riflessione a più voci promossa in occasione del quarantennale della legge istitutiva del SSN: cfr. in particolare R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 465 ss.; B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, *ivi*, p. 559 ss.; V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, *ivi*, p. 667 ss.

³² Oltre che alla medicina dei servizi, ma questa parte non interessa al nostro discorso.

³³ V. *supra* nt. 15.

facile interazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e, principalmente all'interno dei primi, tra personale convenzionato e personale dipendente³⁴.

Di questa situazione dà prova il menzionato comma 1-*bis* il quale reca un'articolata disciplina transitoria che, più volte novellata negli anni fino alla versione definitiva raggiunta con la riforma del 1999 (operata dal d.lgs. n. 229 di quell'anno), era finalizzata ad una razionalizzazione da parte delle Regioni dei rapporti di impiego all'interno del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale³⁵. Senza entrare in dettagli superflui, in questa sede è importante notare

³⁴ L'attuale sistema dell'emergenza-urgenza è frutto di una riforma avviata con il d.p.r. 27 marzo 1992, istitutivo altresì del numero unico 118 e del sistema di allarme sanitario che attiva l'intera "filiera" dei servizi territoriali e ospedalieri dedicati all'emergenza. L'introduzione di tale sistema ha determinato una serie di mutamenti anche nell'assetto del personale convenzionato. Precedentemente alla riforma, infatti, gli interventi compiuti in orari non coperti dall'assistenza di base prestata dai medici di medicina generale (in particolare in orario notturno e festivo) e gli interventi di primo soccorso extraospedaliero facevano capo a medici convenzionati inquadrati nel servizio di guardia medica, il cui regime convenzionale era regolato in un apposito accordo collettivo nazionale (l'ultimo in vigore è stato quello approvato con d.p.r. 25 gennaio 1991, n. 41). Successivamente, le attività caratterizzate dalla mancanza di urgenza sono state rimesse all'area della continuità assistenziale, la quale sarebbe oggi chiamata ad una sostanziale integrazione con l'assistenza primaria (v. E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma*, cit.), mentre le attività caratterizzate dall'urgenza dell'intervento di soccorso sono state imputate al sistema dell'emergenza-urgenza, i cui primi segmenti sono proprio quelli dell'allarme sanitario e dell'emergenza sanitaria territoriale. Sia la continuità assistenziale sia l'emergenza sanitaria territoriale sono a loro volta, dall'ACN del 1996 in poi (d.p.r. n. 484), ricomprese nell'unico accordo nazionale della medicina generale e, dunque, fanno capo a medici che abbiano compiuto il relativo percorso di formazione specifica. Il d.p.r. 27 marzo 1992, tuttavia, prevedeva per l'avvio del nuovo sistema dell'emergenza-urgenza una certa fluidità nell'organizzazione del personale, consentendo un utilizzo sostanzialmente "misto" di medici dipendenti e convenzionati (in questo secondo caso di quelli dell'"ex" guardia medica). Le linee guida adottate con intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996, pur confermando la compresenza delle due tipologie di personale all'interno delle centrali operative, provvidero a sviluppare la strutturazione interna del sistema, anche nella direzione di individuare con maggior precisione le competenze dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri. È in questo quadro che va collocato l'art. 8, c. 1-*bis* di cui di dirà ora meglio nel testo.

³⁵ Art. 8, c. 1-*bis*, d.lgs. 502/1992 s.m.i.: «Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale».

che, complessivamente, tale disciplina avrebbe inteso favorire due operazioni di razionalizzazione rimesse dal legislatore statale alla competenza delle Regioni: l'individuazione, all'interno della predetta area, di determinate attività la cui prestazione avrebbe potuto meglio avvenire mediante l'impiego di personale dipendente e non più convenzionato; il passaggio ai ruoli della dirigenza, ovvero a un rapporto di dipendenza, del personale medico convenzionato destinato a tali attività. In occasione dell'ultima novella della disposizione, con la riforma del 1999, il legislatore statale accordava alle Regioni un anno per la prima operazione, restando poi sottinteso che la seconda avrebbe potuto occupare anche un periodo più esteso, ma comunque avrebbe dovuto esaurirsi in un tempo più o meno breve³⁶.

Così però non è stato nella generalità delle Regioni, le quali, per motivazioni eterogenee³⁷, non hanno dato corso a quella razionalizzazione.

Che, del resto, il sistema sia rimasto in attesa di tale riordino, sembra trovare riscontro in un aspetto forse più formale che sostanziale, ma che, ben visibile proprio nelle disposizioni dell'ACN della medicina generale dedicate all'emergenza territoriale, fa riflettere. Infatti, stando alla lettera di alcune di queste disposizioni, si assisterebbe oggi ad una sorta di perpetuazione degli effetti transitori del comma 1-*bis* in parola, giacché: l'art. 91 dell'ACN, che definisce il campo di applicazione dell'intero capo dell'accordo concernente l'emergenza sanitaria territoriale, dispone come se la realizzazione di quanto previsto dalle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1-*bis*, d.lgs. 502/1992 fosse ancora in corso³⁸; l'art. 100 dell'ACN ribadisce, mediante una formulazione letterale problematica³⁹, la possibilità per le Regioni di «attivare i meccanismi per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 92 del presente Accordo, e sulla base del

³⁶ Le linee guida volte ad accompagnare il passaggio alla dirigenza furono effettivamente approvate soltanto l'anno successivo, con il d.p.c.m. 8 marzo 2000, quando già mancavano pochi mesi alla scadenza dell'anno previsto per la programmazione regionale.

³⁷ Tra le quali è possibile annoverare le seguenti: le incertezze applicative poste dall'art. 8, c. 1-*bis*, il quale peraltro beneficiava soltanto il personale convenzionato dotato di una certa anzianità e che avesse prestato attività mediante incarichi convenzionali fino alla data di entrata in vigore della riforma del 1999, ovvero i c.d. «aventi diritto» al passaggio alla dirigenza; i problemi nel tempo acuitisi di disponibilità in assoluto di personale, tanto da destinare a rapporto dipendente quanto a rapporto convenzionale; la situazione molto diversificata da Regione a Regione quanto allo sviluppo dei servizi di emergenza-urgenza incentrati sul 118, con la diffusione di modelli organizzativi diversi; la scelta di alcune Regioni di puntare decisamente sul modello convenzionale anche in quest'area di servizi.

³⁸ Art. 91, c. 1, ACN: «Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del d.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96».

³⁹ La congiunzione «e» che precede il rinvio all'art. 8, comma 1-*bis*, in parola, infatti, lascia formalmente il dubbio se i meccanismi di passaggio alla dirigenza contemplati dall'art. 100 dell'ACN interessino soltanto gli aventi diritto ai sensi della disposizione legislativa oppure anche altri soggetti.

disposto dell'art. 8, comma 1bis del D.lgs. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché del DPCM 8 marzo 2001».

In sintesi, dunque, lo scenario tracciato per le Regioni dal legislatore statale e dalla contrattazione collettiva nazionale, in ordine all'organizzazione dei rapporti di impiego del personale medico nell'area dell'emergenza sanitaria territoriale, presenta ulteriori peculiarità rispetto alla generalità dei rapporti con il personale convenzionato. In astratto, in quest'ambito, le Regioni avrebbero dovuto godere di margini di manovra più ampi, essendo loro concesso di determinare in autonomia le attività all'interno dell'area dell'emergenza sanitaria territoriale nelle quali impiegare esclusivamente personale dipendente, potendo esse così disporre del modello convenzionale in una misura inedita e superiore rispetto alle altre aree di attività individuate dagli ACN. E tali margini sarebbero in parte ancora praticabili, ove si ritenesse oggi ancora possibile avvalersi dell'art. 8, c. 1-*bis*, d.lgs. n. 502/1992 e, dunque, si considerasse ancora consentito – una volta chiarito se ciò possa avvenire nei limiti del personale “avente diritto” – far transitare ai ruoli della dirigenza parte del personale convenzionato incaricato a tempo indeterminato.

Ciò che invece, al momento dell'approvazione della legge piemontese e fino alla parziale eccezione introdotta con il d.l. 135/2018 conv. l. 12/2019, la legislazione statale non prevedeva era la facoltà, una volta che la Regione avesse optato per regolare il rapporto con determinati medici del sistema di emergenza-urgenza mediante il modello convenzionale, di assegnare incarichi convenzionali a tempo indeterminato fuori dalle regole stabilite dall'ACN: ciò che avrebbe altresì escluso – e in parte ancora limita – la possibilità di stabilizzare il personale destinatario di incarichi convenzionali a tempo determinato prevedendo una procedura agevolata di transizione ad incarichi a tempo indeterminato.

Sotto questo profilo, si può dire, con buona approssimazione, che tanto il legislatore statale (certamente nel passato) quanto la contrattazione collettiva nazionale (a tutt'oggi) abbiano favorito o favoriscano il passaggio dal regime convenzionale a quello di dipendenza, ma non il passaggio da schemi a termine a schemi a tempo indeterminato all'interno del medesimo *genus* dell'incarico convenzionale.

La legge piemontese si scontra esattamente con questo (apparentemente paradossale) limite.

6. La prassi delle sanatorie disposte nel passato in base agli accordi integrativi regionali: “mani legate” per i legislatori...ma non per le amministrazioni regionali

Il quadro legislativo e contrattual-collettivo finora ricostruito lasciava in effetti ristretti margini di manovra ai legislatori regionali. Poiché, infatti, negli anni,

le stesse difficoltà che hanno ostacolato una razionalizzazione dei sistemi dell'emergenza-urgenza hanno probabilmente contribuito all'aumento numerico degli incarichi convenzionali a tempo determinato, ovvero al ricorso ad uno schema di rapporto concepito quale eccezionale all'interno della logica dell'ACN della medicina generale, in realtà, quei margini più o meno ampi che in astratto le Regioni potrebbero praticare, nella realtà dei fatti, si rivelavano inservibili ad affrontare il problema della continuità dell'assistenza nei servizi di emergenza-urgenza. In questo settore, più che il tema della transizione al rapporto di dipendenza, si è posto ricorrentemente proprio il problema di come far fronte alle "bolle" di precariato negli anni gonfiate da una condotta che le Regioni, in base a responsabilità che lasciamo ad altri valutare, hanno adottato per non lasciare sguarniti i servizi del 118.

E qui va collocato un ulteriore tassello della nostra ricostruzione del contesto nel quale si colloca l'intervento del legislatore piemontese contestato dal Governo, ovvero la prassi delle c.d. sanatorie per via amministrativa.

Infatti, come si accennava all'inizio, quella qui all'attenzione non è la prima operazione di stabilizzazione dei medici precari nei servizi di emergenza-urgenza. Limitandoci all'esperienza piemontese, il dibattito consiliare, che ha preceduto la scelta di provvedere ad una stabilizzazione per la prima volta definita direttamente *ex lege*, consente di ricordare che prima di quella qui all'attenzione si sono avute altre quattro tornate di c.d. sanatoria dei medici "centodiciottisti" precari⁴⁰.

Tre sono state le caratteristiche di quelle sanatorie che le distinguono dall'odierna: l'essere state previste e concordate tra rappresentanze sindacali e Regione in sede di contrattazione collettiva di livello regionale e, conseguentemente, l'essere state rese efficaci mediante fonte secondaria (le delibere di giunta esecutive degli accordi regionali); l'aver previsto come condizione per la trasformazione dell'incarico convenzionale a tempo determinato in incarico a tempo indeterminato il superamento del corso di idoneità allo svolgimento delle attività di emergenza sanitaria territoriale; l'aver previsto, una volta soddisfatta la predetta condizione, la trasformazione del rapporto con mero atto dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali, senza, dunque, il ricorso alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato.

La prassi delle precedenti sanatorie per via amministrativa, a prescindere in questa sede da valutazioni circa la sua legittimità, consente di constatare che, se in passato un "espediente" lo si è trovato, lo si è fatto in accordo con le

⁴⁰ Si veda a questo riguardo l'interrogazione a risposta immediata (n. 1974) presentata dal consigliere regionale Stefania Batzella il 30 gennaio 2018. Ad essa l'assessore competente rispondeva che, allo stato, la contrattazione collettiva non avrebbe consentito alcuna stabilizzazione del personale precario.

rappresentanze sindacali (ovvero nello spirito – e probabilmente più “nello spirito” che “nel rispetto” – del sotto-sistema normativo realizzato dall’integrazione tra legge e contrattazione collettiva), nonché per via amministrativa, senza mettere in campo la fonte legislativa e, dunque, senza esporsi ad eventuali questioni di legittimità costituzionale. Il che conferma indirettamente e non senza qualche paradosso⁴¹ come, di fronte al problema di cui discutiamo, ad essere “legate” negli ultimi due decenni siano state più le “mani” del *legislatore* regionale che quelle dell’*amministrazione* (contrattazione di livello regionale permettendo).

7. Oltre le “mani legate”? Lo spiraglio aperto dal d.l. 135/2018 conv. l. 12/2019 e le sue possibili ripercussioni sul giudizio di legittimità costituzionale pendente

In questo quadro, già significativamente complesso, si è inserita una nuova norma legislativa statale, l’art. 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, nel testo risultante dalla conversione avutasi con legge 11 febbraio 2019, n. 12⁴².

⁴¹ Il principale paradosso è che la procedura prevista dalla legge si mostra assai più rispettosa degli interessi degli iscritti alle graduatorie regionali della medicina generale di quanto non fossero le sanatorie concordate negli accordi regionali e praticate per via amministrativa.

⁴² La disposizione è stata ulteriormente ritoccata dall’art. 12, comma 4, lett. a) del c.d. decreto Calabria. La versione finale dell’art. 9, cc. 1-3, è la seguente:

«1. Fino al 31 dicembre 2021, in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica i laureati in medicina e chirurgia abilitati all’esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all’assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all’accordo collettivo nazionale nell’ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La loro assegnazione è in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all’inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione. Resta fermo, per l’assegnazione degli incarichi per l’emergenza sanitaria territoriale, il requisito del possesso dell’attestato d’idoneità all’esercizio dell’emergenza sanitaria territoriale. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall’articolo 24, commi 5 e 6 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall’eventuale incarico assegnato.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedono limitazioni del massimale degli assistiti in carico o del monte ore settimanale da definire nell’ambito dell’accordo collettivo nazionale, e possono organizzare i corsi anche a tempo parziale, garantendo in ogni caso che l’articolazione oraria e l’organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Accordo collettivo nazionale, sono individuati i criteri di priorità per l’inserimento nelle graduatorie regionali dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al comma 1, per l’assegnazione degli incarichi convenzionali, nonché le relative modalità di remunerazione. Nelle more della definizione dei criteri di cui al presente comma, si applicano quelli previsti dall’Accordo collettivo nazionale vigente per le sostituzioni e gli incarichi provvisori».

Tale disposizione incide sui requisiti previsti dalla contrattazione collettiva poc'anzi esaminati: essa, in via provvisoria fino al 31 dicembre 2021 e in attesa di una riforma organica del sistema di formazione specifica dei medici di medicina generale, consente a coloro che siano iscritti ai relativi corsi, ma non abbiano ancora conseguito il diploma, di partecipare alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali ai sensi della contrattazione collettiva⁴³; inoltre, limita questa eccezionale abilitazione stabilendo che, nell'assegnazione degli incarichi, abbiano la priorità i medici già iscritti nella graduatoria e in possesso del diploma di formazione specifica; infine, per quanto concerne gli incarichi nel sistema dell'emergenza-urgenza, tiene fermo e non derogabile il requisito dell'idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguita previo l'apposito corso.

Si tratta di una innovazione legislativa che il ricorso governativo, benché successivo all'introduzione della norma in parola, non considera e che invece potrebbe avere effetti diretti e indiretti sulla legittimità dell'art. 135 della legge regionale piemontese n. 19/2018.

Se, prima di questa novità, sarebbe stato assai arduo sostenere la legittimità costituzionale della legge piemontese in ragione della chiara inderogabilità dei due requisiti previsti dalla contrattazione collettiva per l'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato nei servizi dell'emergenza-urgenza territoriali (il diploma di formazione specifica in medicina generale; l'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale)⁴⁴, oggi la circostanza che la legge statale consenta eccezionalmente e transitoriamente l'assegnazione di tali incarichi a chi non posseda il diploma di formazione specifica, ma sia comunque iscritto al relativo corso, apre in teoria qualche spiraglio ad un'eventuale decisione manipolativa della Corte costituzionale, tale da adeguare la deroga al primo requisito al disposto dell'art. 9, d.l. 135/2018 conv. e da eliminare la deroga al secondo.

⁴³ L'eventuale mancato conseguimento del diploma è poi causa di decadenza dall'incarico.

⁴⁴ Prima dell'intervento del d.l. 135/2018 conv., infatti, la sorte della legge piemontese appariva segnata, con elevate probabilità di incorrere in una declaratoria di illegittimità. A nostro avviso avrebbero potuto individuarsi – e nulla osta a praticarli ancora – soltanto due percorsi argomentativi a difesa della legittimità della legge regionale, suggestivi ma di non piana elaborazione, tra loro alternativi o anche concorrenti: una radicale contestazione della ragionevolezza dei principi fondamentali della materia, in base alla constatazione per cui il pieno rispetto dei medesimi conduce ad esporre la Regione al rischio di non assicurare i livelli essenziali di assistenza concernenti i servizi di emergenza-urgenza (percorso tortuoso la cui praticabilità meriterebbe forse di essere approfondita); l'esclusione della violazione sostanziale dei principi fondamentali sopra ricostruiti, almeno da parte della deroga al requisito dell'iscrizione in graduatoria (e non del mancato possesso dell'attestato di idoneità alle attività di emergenza urgenza), in ragione del fatto che tale requisito è posto a tutela degli interessi della categoria professionale (e non della tutela della salute della persona) e che tali interessi sarebbero invero soddisfatti dalla priorità accordata ai medici di medicina generale iscritti nelle graduatorie.

Ma quel che più conta, forse, è che questo spiraglio favorisce, volendo, una soluzione “politica” del problema, almeno parzialmente soddisfacente le esigenze che il legislatore piemontese tentava di affrontare. Tale soluzione potrebbe infatti sostanziarsi in una modifica della legge impugnata, tale da inserire il requisito dell’iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale e di elidere la deroga, seppur temporanea, al requisito del possesso dell’idoneità dall’attività di emergenza. Si ridurrebbe la portata soggettiva della stabilizzazione, limitata per l’immediato soltanto ai precari già iscritti al corso di formazione specifica medicina generale (iscrizione oggi parzialmente facilitata dalla previsione della frequentabilità *part-time* del medesimo e dalla prospettiva, aperta dal secondo comma dell’art. 9, d.l. 135/2018 conv., di rendere più compatibile lo svolgimento degli incarichi di lavoro con le attività didattiche⁴⁵). Ma, per altro verso, il legislatore regionale avrebbe la possibilità di programmare in tempi più distesi l’assorbimento del personale precario, il quale sarebbe incentivato all’iscrizione ai corsi di formazione specifica (ferma la necessità, in tal caso, di aumentare il numero dei posti presso i medesimi).

Ad una soluzione di questo tipo non sarebbero peraltro, probabilmente, contrarie le stesse rappresentanze sindacali dei medici convenzionati, le quali hanno siglato, lo scorso 5 settembre, una pre-intesa di modifica dell’accordo collettivo nazionale che, ove confermata, adeguerà le procedure di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato al citato art. 9⁴⁶.

Insomma, lo spiraglio aperto dall’art. 9, d.l. 135/2018, potrebbe proiettare un po’ di luce sugli sviluppi legislativi, tanto da parte regionale quanto da parte statale, orientati a trovare un punto di mediazione tra le esigenze sopra rappresentate.

8. Un cenno conclusivo ad un problema comunque aperto: carenza di personale medico e regionalismo differenziato

Resta fermo che i problemi da cui origina il massiccio ricorso a incarichi convenzionali a tempo determinato che la legge piemontese tenta di affrontare, alla luce del contesto che si è ricostruito, possono trovare una stabile soluzione soltanto mediante una revisione complessiva della politica del personale da parte del legislatore statale *in primis* e di quello regionale *in secundis*. Tale revisione – attualmente “promessa” nel c.d. decreto Calabria – potrebbe essere agevolata

⁴⁵ A questo riguardo, v. altresì le norme di favore previste all’art. 12, c. 3, del c.d. decreto Calabria.

⁴⁶ Anzi, il nuovo testo dell’art. 92 dell’ACN (v. art. 11 della pre-intesa) sarebbe addirittura più “generoso”: esso, pur non intaccando il requisito del possesso del titolo di idoneità all’attività di emergenza sanitaria (il solo dei due requisiti derogati dalla legge piemontese a restare inderogabile), apre all’assegnazione degli incarichi anche i medici che, benché non ancora iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, siano risultati idonei al concorso per l’ammissione a tali corsi e però non vi abbiano avuto accesso per mancanza di posti disponibili e siano contestualmente potenziali beneficiari della quota riservata di cui all’art. 12, c. 3, del c.d. decreto Calabria.

dall'elaborazione di un disegno di riforma condiviso – ad iniziare dal prossimo Patto per la salute? – e dovrebbe riguardare: da un lato, la programmazione degli accessi alle scuole di specializzazione e ai corsi di formazione specifica in medicina generale, dai quali continuano a provenire risorse in numero inferiore a quello sufficiente a soddisfare il fabbisogno di personale medico; dall'altro, la modifica delle regole concernenti i rapporti d'impiego, alla ricerca di nuovi punti di equilibrio tra flessibilità dei rapporti di lavoro, garanzie di competenza del personale assegnato ai servizi di emergenza-urgenza, tutela degli interessi della medicina generale.

In altri termini, servirebbe una soluzione politica non solo contingente ma anche sistemica, che, stante l'assetto normativo del settore, dovrebbe vedere il pieno coinvolgimento delle rappresentanze sindacali delle diverse categorie che compongono la professione medica, e non solo della medicina generale.

È noto che una delle richieste avanzate da diverse Regioni che hanno avviato le procedure per l'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. e, in particolare, dall'Emilia Romagna, dalla Lombardia e dal Veneto, il cui stato di avanzamento delle trattative è superiore alle altre, interessa i profili poc'anzi considerati. In particolare, alcune bozze di intesa vorrebbero assegnare maggiore autonomia alla Regione nella programmazione degli accessi ai percorsi di specializzazione, nella disciplina della medicina generale, nella configurazione di nuovi schemi contrattuali "misti" di "specializzazione-lavoro" a favore di un impiego anticipato degli specializzandi nel SSN.

È dubbio che alcune di queste proposte possano rispettare i limiti stabiliti dal terzo comma dell'art. 116 Cost.⁴⁷ e quella concernente i nuovi ipotetici contratti per gli specializzandi⁴⁸ appartiene al novero di tali proposte problematiche, vista l'inerenza alla materia di potestà esclusiva dell'ordinamento civile. Altre proposte, come quelle concernenti una maggiore partecipazione della Regione alla programmazione degli accessi alle scuole di specializzazione, potrebbero invece prestarsi (nella logica che si ritiene preferibile debba ispirare la differenziazione *ex art. 116, c. 3, Cost.*⁴⁹) a sperimentare modelli virtuosi di rapporti tra Regione e Università, tali da poter essere poi indicati quali buone pratiche anche per altre Regioni⁵⁰.

⁴⁷ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., spec. p. 10.

⁴⁸ Al di fuori, naturalmente, dalle deroghe già introdotte dal c.d. decreto Calabria, le quali sono comunque configurate come transitorie.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 6-7.

⁵⁰ Anche in tal caso, peraltro, l'innovazione dei modelli di rapporto tra Regione e Università dovrebbe avvenire senza alterare il necessario equilibrio tra autonomia universitaria e autonomia regionale e, allora, prima di ricorrere alla differenziazione *ex art. 116*, ci si dovrebbe chiedere se non sia già possibile oggi praticare le vie messe a disposizione per i rapporti tra le due parti, stante il fatto che molte realtà regionali non sono dotate degli ordinari protocolli di intesa. Sul punto, meritano attenzione le considerazioni di F. PALLANTE, *Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute*, in *Il Piemonte delle autonomie*, 1/2019.

In altri termini, una vicenda come quella sottesa al ricorso governativo qui commentato conferma che, in un sistema caratterizzato da forti istanze unitarie qual è il SSN, alcune soluzioni o si trovano al centro mediante una pratica convinta della cooperazione tra Stato e Regioni, oppure ne risente il sistema nella sua interezza, come potrebbe accadere laddove un'eventuale dichiarazione di illegittimità costituzionale della legge piemontese si ripercuotesse negativamente sui percorsi di stabilizzazione per via amministrativa in corso in altre Regioni. A questo proposito non è fuori luogo ricordare quanto è emerso già alcuni mesi fa da uno dei sempre più frequenti dibattiti che si registrano nel settore sanitario proprio sul tema del regionalismo differenziato, nel quale il rappresentante di una delle Regioni più coinvolte nel processo di attuazione dell'art. 116, c. 3, Cost., l'Emilia Romagna, ha pubblicamente affermato che laddove alcuni dei nodi posti attraverso le trattative con il Governo in materia sanitaria trovassero soluzioni nell'elaborando Patto per la salute – conferma del fatto che trattasi di nodi di portata nazionale e non legati soltanto a singole situazioni regionali –, allora la tutela della salute potrebbe anche fuoriuscire dalle materie oggetto delle trattative in corso⁵¹. Visto il peso specifico della materia sanitaria nel concreto svolgersi dell'autonomia regionale, non si tratta di una posizione di poco conto.

⁵¹ Si veda in particolare il comunicato finale del convegno organizzato dalla Federazione nazionale delle professioni infermieristiche (FNOPI) il 4 aprile 2019, reperibile al seguente link: <http://www.fnopi.it/attualita/regionalismo-differenziato-se-il-patto-per-la-salute-scioglieria-i-nodi-l-autonomia-potrebbe-essere-superata-id2624.htm>.