

**Marta Mengozzi**  
**Ricercatore confermato di Istituzioni di diritto pubblico**  
**Professore aggregato di diritto pubblico**  
**Università degli studi di Roma Tor Vergata**

*La geometria variabile della medicina d'emergenza fra legislazione nazionale ed attuazione regionale.<sup>1</sup>*

**Sommario: 1. Introduzione - 2. Il profilo competenziale e l'individuazione del relativo titolo. - 3. Il versante organizzativo in senso stretto. - 4. I rapporti di lavoro con il personale. - 5. Gli atti di esercizio della competenza.**

### **1. Introduzione.**

La disciplina dell'organizzazione del settore della medicina di emergenza si rivela un utile prisma attraverso il quale scomporre ed osservare le difficoltà che il regionalismo italiano sconta, legate in molti casi non solo, e forse non tanto, alla ricostruzione del riparto delle competenze legislative tra Stato e regione – riparto che, come è noto, pone problemi sia “interni” alla materia stessa nel caso delle competenze concorrenti, suddivise sulla base del criterio principi generali/normativa di dettaglio, sia “esterni”, riguardo all'intreccio ed alla sovrapposizione di materie diverse – ma anche, più banalmente, ad inefficienze ed inattuazioni da parte degli attori politici ed amministrativi, oltre che ad ostacoli di ordine economico-finanziario, purtroppo fortemente condizionanti ogni aspetto dell'organizzazione pubblica in questo momento storico.

Un complesso di fattori sui quali non è facile agire e di cui si cercherà di dare brevemente conto.

### **2. Il profilo competenziale e l'individuazione del relativo titolo.**

La disciplina dell'organizzazione del settore dell'emergenza – al pari di quella degli altri settori della sanità – è in effetti da ricondurre, ormai piuttosto pacificamente, alla materia concorrente “tutela della salute”.

Non si tratta, come del resto accade spesso, di un dato che emerge con chiarezza dall'elenco costituzionale delle materie, ma esso ha agganci piuttosto solidi nella giurisprudenza costituzionale: almeno a partire dalla sentenza n. 181 del 2006, la Consulta ha infatti sempre considerato la

---

<sup>1</sup> Relazione al convegno “Medicina d'emergenza”, Incontro di studio in ricordo di Giancarlo Berni, organizzato dalla Fondazione CESIFIN Alberto Predieri e dalla rivista Diritto e Salute, in Firenze, venerdì 15 luglio 2016.

disciplina e l'organizzazione del SSN, e anche del personale che vi opera, come strumentale alla tutela della salute e, dunque, rientrante nell'ambito oggettivo di tale materia<sup>2</sup>.

Si tratta, del resto, di una soluzione che – attraverso la scomposizione che tale tipologia competenziale comporta tra norme di principio e di dettaglio – finisce, almeno in teoria, con il garantire, da un lato, una certa uniformità sul piano nazionale, e per lasciare, dall'altro, alle regioni un margine di adattamento alle proprie esigenze organizzative.

L'assetto appena ricostruito come pacifico, non era, però, così scontato all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V. Sul piano delle possibili opzioni ermeneutiche, infatti, la materia dell'organizzazione avrebbe potuto essere ascritta anche alla competenza residuale delle regioni, facendo leva sulla natura di enti regionali delle strutture sanitarie (aziende sanitarie e presidi ospedalieri, pienamente regionalizzati e costruiti come enti strumentali della regione). Il servizio sanitario nazionale consiste oggi, infatti, come è noto, nel “complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali”<sup>3</sup>: la sua struttura regionale potrebbe, dunque, a rigore implicare l'assegnazione alla regione in via esclusivo-residuale dell'intera competenza sulle modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali; ritenendosi, in sostanza, transitata nella clausola residuale la vecchia materia, già concorrente nella Costituzione del 1948, “assistenza sanitaria ed ospedaliera”; e quella su “ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla Regione” (altra materia originariamente concorrente e oggi residuale).

La Corte aveva anche offerto alcuni spunti in questa direzione, all'indomani dell'entrata in vigore della riforma costituzionale del 2001, con la sentenza n. 510/2002, prospettando la possibilità che nel nuovo quadro costituzionale le regioni esercitassero le nuove attribuzioni di cui si ritenevano titolari in materia di organizzazione sanitaria

---

<sup>2</sup> Sull'interpretazione della materia in parola, cfr. G. CARPANI-D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di “tutela della salute”*, in R. BALDUZZI-G. CARPANI (a cura di), *Manuale di Diritto Sanitario*, Bologna 2013, 89 ss.; D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA-F.S. MARINI-D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale*, Napoli 2015, 583 ss.

<sup>3</sup> Art. 1, co. 1, d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal d.lgs. n. 229/1999. Sulla integrale regionalizzazione del servizio sanitario attuata con le riforme degli anni novanta, v. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano-Roma, 2005, 28 ss.; nonché R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI- G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano 2002; R. BALDUZZI-D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI- G.CARPANI (a cura di), *Manuale di Diritto Sanitario*, Bologna 2013; E. CATELANI-G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino 2011.

Ma già con la successiva sentenza n. 329/2003, e poi, con la sentenza 270/2005 e, più esplicitamente ancora, con la n. 181/2006, la giurisprudenza costituzionale si è assestata, invece, su altri argomenti: il carattere regionale degli enti sanitari va, cioè, considerato alla luce della loro funzionalizzazione alla tutela della salute, considerata una competenza “prevalente”<sup>4</sup> di tipo quasi finalistico<sup>5</sup>, che consente allo Stato l’introduzione di una normativa di principio uniforme a livello nazionale.

Più recentemente l’impostazione è stata ribadita nelle sentenze 150 e 245 del 2010; e, da ultimo, nella decisione n. 59 del 2015.

La riconduzione della materia dell’organizzazione sanitaria – ivi compresa quella dell’emergenza – alla potestà concorrente “tutela della salute” fa sì che assuma rilievo, per valutare gli effettivi spazi e l’effettiva incidenza della legislazione regionale, il carattere più o meno penetrante dei principi fondamentali della materia dettati dallo Stato nell’esercizio della sua parte di competenza.

Vale la pena di anticipare che l’assetto della disciplina – tutt’altro che ordinata – risulta, nel caso all’esame, fortemente condizionata dalla sostanziale inattuazione di molte delle linee essenziali del disegno costituzionale regionale originario; mi riferisco soprattutto al problema, da tempo denunciato dalla dottrina regionalistica più attenta, della utilizzazione da parte dello Stato per dettare i principi fondamentali della materia di strumenti diversi da quello legislativo, quale gli atti di indirizzo e coordinamento o atti di rango secondario.

Nel fare il punto in maniera più specifica sulla concreta configurazione del riparto, non si può comunque non distinguere due versanti separati della disciplina del settore della medicina di emergenza, che presentano differenze di non poco conto nella articolazione della normativa statale.

### **3. Il versante organizzativo in senso stretto.**

In primo luogo, occorre prendere in esame l’aspetto più strettamente organizzativo, relativo alla configurazione del servizio sanitario, regionalizzato per via legislativa già prima del 2001 (con le riforme del 1992 e del 1999). Su tale fronte, la legislazione statale di principio (contenuta appunto nella legge 833 del 1978, per quanto ancora vigente, e nel d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal

---

<sup>4</sup> Cfr. M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra “tutela della salute” ed “assistenza ed organizzazione sanitaria”*. Percorso di una prevalenza che diviene cedevole, in *forum di Quaderni Costituzionali*, 2006 (e in *Le Regioni*, 2006).

<sup>5</sup> Sulle materie c.d. finalistiche v., tra i molti, A. D’ATENA, *Materie legislative e tipologie delle competenze*, in *Quad. Cost.*, 2003, 21 ss.; ID., *Diritto regionale*, Torino 2013, 163 ss.; F.S. MARINI, *La chiamata in sussidiarietà e le materie trasversali*, in G. GUZZETTA-F.S. MARINI-D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale*, cit., XI ss.

d.lgs. n. 229/1999) lascia molto spazio alle regioni per soluzioni organizzative differenziate nel settore dell'emergenza, poiché esso non è esplicitamente normato, pur avendo caratteristiche assai particolari rispetto ad altri settori dell'assistenza sanitaria: in tale ambito, ad esempio, acquistano importanza centrale i temi dell'attività di coordinamento e di gestione della fase di allarme e di risposta extraospedaliera.

Invero, una disciplina statale relativa a tali aspetti che fa da cornice alle scelte regionali vi è, ma – come si è in qualche modo anticipato – è rimasta affidata essenzialmente ad un atto di indirizzo e coordinamento (D.P.R. 27.3.1992), con un genericissimo fondamento legislativo (rintracciabile in una norma di una legge finanziaria del 1991 che prevedeva la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare uniformemente sul territorio nazionale e i relativi standard organizzativi e di attività, sia pure solo ai fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento). Tale atto è completato da una ulteriore intesa (del 11.4.1996) e da regolamenti statali (quali il D.M. sulla 15.5.1992, sui criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza). Si tratta di atti risalenti a prima della riforma costituzionale e ancora vigenti, benché si tratti di tipi di fonte che non sarebbero oggi più ammessi nel nuovo quadro costituzionale<sup>6</sup>. Benchè, a rigore, ciò dovrebbe condurre a considerare “cedevoli” siffatti atti statali in materia, le regioni hanno continuato a mantenerli come riferimento di principio delle rispettive normative.

Anzi, la disciplina del settore continua ad essere affidata ad atti analoghi, quali le linee-guida definite in sede di Conferenza Stato-Regioni (le più recenti risalgono al febbraio 2013).

Le norme contenute in questi atti, comunque, fissano soltanto alcune regole – relative al funzionamento del sistema di allarme attraverso il 118 e delle relative centrali operative, alla classificazione degli interventi, al sistema di accettazione, alle funzioni di pronto soccorso e del dipartimento di emergenza – e lasciano un significativo spazio alle scelte regionali, consentendo l'adozione di modelli differenziati. Così in alcune regioni, ma non in tutte (Lazio<sup>7</sup>, Lombardia<sup>8</sup>), è stata istituita una azienda regionale *ad hoc* per lo svolgimento dei relativi compiti; mentre in altre la rete dell'emergenza è organizzata senza ricorso ad ulteriori enti.

---

<sup>6</sup> Con particolare riferimento all'atto di indirizzo e coordinamento, che costituisce la base degli altri, cfr. sent. Corte Cost. n. 329/2003 e art. 8, co. 6, legge n. 131/2003. Dovrebbe, tuttavia, ritenersi, come ricordato nel testo, che tale atto sopravviva oggi con i caratteri della “cedevolezza” (v. ancora C.Cost. n. 329/2003: “in forza del principio di continuità tale atto mantiene la propria vigenza nell'ordinamento, sia pure con carattere di cedevolezza rispetto all'eventuale intervento normativo regionale”). Sul tema, con specifico riferimento alle funzioni di indirizzo e coordinamento nel settore della sanità dopo la riforma del Titolo V, cfr. M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI-G. CARPANI (a cura di), *Manuale di Diritto Sanitario*, cit., 168 s.

<sup>7</sup> Legge regionale n. 9 del 3 agosto 2004.

<sup>8</sup> Legge regionale n. 32 del 12 dicembre 2007.

Vale la pena di aggiungere che le prestazioni di emergenza, rientrano ancora oggi nei livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti dal servizio sanitario nazionale: nell'allegato 1.A al D.P.C.M. 29.11.2001 troviamo, infatti, sia la voce “Attività di emergenza sanitaria territoriale”, come aspetto dell’assistenza distrettuale, sia il “Pronto soccorso” come forma di assistenza ospedaliera<sup>9</sup>. Ciò, tuttavia, secondo la giurisprudenza costituzionale non vale ad attrarre l’intera loro disciplina nell’ambito della relativa competenza statale finalistico-trasversale<sup>10</sup>, di cui alla lettera m) del secondo comma dell’art. 117 Cost., la quale riferisce allo Stato in via esclusiva la «determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale», ma non «la regolamentazione dell’assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all’erogazione delle prestazioni (sentenza n. 120 del 2005)» (così, Corte Cost., sent. 371/2008).

#### **4. I rapporti di lavoro con il personale.**

Vi è, poi, un aspetto più specifico dell’organizzazione in senso lato, che pone problemi peculiari: quello relativo alla disciplina del rapporto di lavoro con coloro che operano nelle strutture sanitarie regionali.

Il tema è, qui, più complesso perché per alcuni aspetti di tale disciplina potrebbe venire in gioco anche la competenza esclusiva statale in materia di “ordinamento civile”, la quale ricomprende oggi sia il lavoro “alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni”, con disciplina cioè privatizzata, quale è quello dei medici che operano per il SSN in posizione di dipendenti, sia il rapporto di prestazione d’opera professionale, di natura privatistica, che nasce dalle convenzioni che legano i medici al SSN (*ex art. 48 legge 833/1978 e art. 8 d.lgs. n. 502/1992*).

Ma tale competenza, in entrambi i casi, riguarda lo svolgimento del rapporto di lavoro. Mentre per gli aspetti relativi alla sua costituzione (accesso per concorso o selezione pubblica e/o ricorso al rapporto convenzionale), dotazioni organiche, responsabilità amministrativa ed incompatibilità – tutti aspetti legati al profilo pubblicistico del rapporto – la competenza segue, semmai, quella

---

<sup>9</sup> Vale la pena di rilevare che identica è la situazione anche in relazione alla recentissima approvazione dei nuovi LEA intervenuta con D.P.C.M. 12.1.2017 (successivamente, quindi, alla data del Convegno): nel decreto, pubblicato in G.U. il 18.3.2017, l’art. 3, nel Capo III, riferito all’assistenza distrettuale, pone tra le relative aree di attività quella dell’emergenza sanitaria territoriale (cui è dedicato il successivo art. 7); e nel Capo V, l’art. 36 contempla l’attività di “pronto soccorso” tra le aree di assistenza ospedaliera (la cui specificazione è poi contenuta nell’art. 37).

<sup>10</sup> Sulla quale v. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e regioni*, in E. CATELANI-G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 9 ss.

relativa all'ente pubblico di riferimento, costituendo parte rilevante della relativa organizzazione e funzionamento.

E analoghe considerazioni sulla delimitazione dell'ambito oggettivo valgono anche per la contrattazione collettiva, che si rivolge ai profili privatizzati della disciplina, garantendo, ad esempio, un'uniformità delle condizioni economiche minime, ma non può incidere sulla determinazione del tipo di rapporto da scegliere e sulla sua costituzione<sup>11</sup>.

Seguendo questa impostazione, per gli enti pubblici, come le aziende sanitarie, che fanno capo alla regione, la disciplina potrebbe addirittura finire per spettare a quest'ultima in via residuale. Sennonché – coerentemente con la propria lettura della materia “tutela della salute” – la Corte ha ritenuto che anche la disciplina degli aspetti relativi al rapporto di lavoro con il personale operante nel servizio sanitario debba essere ascritta alla materia “prevalente” della salute. Sicché, anche su tale fronte, la competenza è da considerare ripartita tra lo Stato e le Regioni sulla base dei criteri della concorrenza principio/dettaglio.

In tale specifico ambito dell'organizzazione, vengono, peraltro, in rilievo due ulteriori vincoli discendenti da altre norme costituzionali, che hanno assunto un grande rilievo nella giurisprudenza costituzionale soprattutto con riferimento a normative, succedutesi nel tempo, tendenti in qualche modo a favorire il passaggio tra tipologie di rapporti diversi, facendo transitare nei ruoli come dipendenti il personale medico convenzionato (a tempo indeterminato in alcune occasioni; a tempo determinato in altre).

La Corte Costituzionale ha cioè in diverse occasioni ribadito che le scelte relative alle diverse opzioni di rapporti di lavoro – sia a livello statale che regionale – incontrano comunque il limite generale del rispetto delle norme costituzionali in materia di imparzialità e di accesso alla pubblica amministrazione mediante la regola del concorso pubblico (art. 97 Cost.). Per cui le eccezioni che possono essere previste per legge devono essere sempre di carattere eccezionale e transitorio, limitate e motivate da particolari circostanze.

E, più recentemente, ha anche utilizzato il riferimento alla materia relativa al coordinamento della finanza pubblica – concorrente ma, come è noto, oggetto nei tempi più recenti di interpretazioni particolarmente ampie da parte della Corte che ha ricondotto ai relativi principi anche normative fortemente incisive rispetto all'organizzazione regionale – per giustificare l'attribuzione allo Stato

---

<sup>11</sup> V. art. 48 legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che affida appunto alla contrattazione collettiva la garanzia della “uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale”. La lacunosità della normativa statale e regionale sul tema fa peraltro sì che gli accordi sindacali nazionali si occupino in gran parte anche dei criteri di scelta dei medici per la stipula delle convenzioni per l'area dell'emergenza. Il dato lascia perplessi dal punto di vista della ricostruzione del profilo competenziale e segnala, ancora una volta, l'inadeguatezza dei legislatori statale e regionali.

della competenza rispetto ad opzioni relative ai contratti di lavoro da utilizzare (v. tra le altre, C.Cost. n. 237/2014; 68/2011) ed alle procedure di stabilizzazione.

### **5. *Gli atti di esercizio della competenza.***

Le normative più controverse nell'area dell'emergenza sanitaria sono, in effetti, quelle che afferiscono proprio all'ambito dei rapporti di lavoro, particolarmente delicato poiché in grado, da un lato, di differenziare i regimi contrattuali di lavoratori che svolgono attività identiche, con modalità assimilabili; dall'altro, direttamente incidente sul tema dell'accesso all'impiego presso pubbliche amministrazioni.

Anche sull'aspetto relativo ai rapporti del servizio sanitario con i medici, lo Stato ha esercitato la propria competenza a dettare i principi fondamentali in tutte le più importanti leggi di organizzazione del sistema sanitario (sia nella legge n. 833/1978, sia nei testi legislativi di riforma del sistema sanitario degli anni '90: il d.lgs. n. 502/1992 e il successivo d.lgs. n. 229/1999). Ma, anche su questo fronte, il settore dell'emergenza sembra fare storia a sé e risentire del suo sviluppo prevalentemente per via extra-legislativa.

Dopo, cioè, la prima disciplina contenuta nel già citato D.P.R. 27.3.1992 di indirizzo e coordinamento – che consentiva di attingere sia ai medici dipendenti sia a quelli di guardia medica, in rapporto convenzionale – l'organizzazione del sistema si è sviluppata soprattutto con il ricorso alle convezioni, sulla falsariga di quelle previste per la ben diversa situazione dei medici di medicina generale. Il legislatore statale è intervenuto soltanto “in corso d'opera”, inserendo, con le riforme del 1993 e del 1999, il comma 1-bis nell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 che dà la possibilità alle regioni di individuare (entro un anno dalla data di entrata in vigore della riforma n. 229/1999 che ha inserito tale previsione) aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi che, al fine di un miglioramento dei servizi stessi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto di impiego; consentendo l'inquadramento a domanda nei ruoli di coloro che fossero titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno 5 anni “nei limiti dei posti delle dotazioni organiche” e “previo giudizio di idoneità” secondo le procedure di cui al d.p.c.m. 12.12.1997, n. 502.

Tale previsione, pur lasciando alle Regioni compiti più di esecuzione che di vera e propria integrazione legislativa, non è valsa a sanare le situazioni di disomogeneità esistenti nei contratti e nei relativi trattamenti ed anzi le ha perpetuate ed aggravate. Ma ciò sembra dipendere non tanto da fattori legati all'assetto regionale delle competenze, quanto piuttosto dalle scelte compiute direttamente a livello statale, nonché dai vincoli che discendono, sul piano giuridico, dalla regola costituzionale del concorso e, sul piano economico, dalla scarsità delle risorse finanziarie.

Alcune regioni hanno tentato di dare applicazione ampia alle normative statali di stabilizzazione e/o passaggio nei ruoli, adottando normative che prevedevano il passaggio alla dipendenza con formule più ampie di quelle delineate dalla normativa statale. Ma tali leggi regionali sono state tutte annullate dalla Corte Costituzionale per violazione del principio del concorso di cui all'art. 97 Cost., oltre che dei principi fondamentali statali sulla materia (v. sent. n. 68/2011 con riferimento

alla legge reg. Puglia n. 4/2010; o la sentenza n. 123/2011 con riferimento alla legge reg. Calabria n. 1/2009).

Altre regioni, invece, hanno assunto un atteggiamento inerte. Il che configura un problema pressoché insormontabile con riferimento al versante legislativo regionale; mentre si hanno maggiori spazi di intervento sul piano giudiziario nei riguardi della mancata attivazione di procedure amministrative, nei casi in cui il quadro legislativo sia completo. Tali spazi, però, tornano a restringersi, soprattutto in ragione della natura temporalmente limitata, derogatoria ed eccezionale della relativa normativa, sempre in equilibrio con la regola costituzionale di cui all'art. 97 Cost.<sup>12</sup>

Resta da valutare – aspetto mai emerso nei giudizio di legittimità costituzionale della materia – se i principi discendenti dal diritto euro-unitario relativamente al diritto ad un pari trattamento economico e previdenziale per lavoratori che svolgano la medesima attività, a prescindere dal tipo di contratto utilizzato, non possano giustificare deroghe anche al principio costituzionale dell'art. 97 Cost. o non pongano comunque l'esigenza di una modifica del regime in senso perequativo quantomeno sul piano previdenziale ed economico.

Più di recente, poi, il legislatore statale si è invece occupato della stabilizzazione dei “precari”, coloro, cioè, che avessero rapporti convenzionali o altri contratti di lavoro a tempo determinato, introducendo la possibilità di bandire procedure concorsuali ad essi riservate (art. 4 del d.l. n. 101/2013, conv. in legge n. 125/2013), anche con riferimento agli enti del Servizio sanitario.

Anche in questo caso, si tratta di norme assai dettagliate, che si rivolgono alle regioni (e alle province autonome; ma anche gli enti locali e del servizio sanitario nazionale) in termini di mera “attuazione”; prevedendo, peraltro, anche il rispetto di normative di rango regolamentare (pur se assunte d'intesa con la conferenza Stato-regioni): il che lascia in effetti particolarmente perplessi attesa la natura concorrente della competenza sia “tutela della salute” che “coordinamento della finanza pubblica”, cosa che – come è noto – esclude la competenza regolamentare statale *ex art.* 117, comma 6.

---

<sup>12</sup> In questa linea sembra muoversi spesso la giurisprudenza amministrativa: cfr. Cons. St., III, sent. n. 3185 del 26 maggio 2011.