amministrativ@mente
Rivista di diritto amministrativo

Rivista di diritto amministrativo

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Diretta da
Gennaro Terracciano, Stefano Toschei,
Mauro Orefice e Domenico Mutino

Direttore Responsabile
Marco Cardilli

Coordinamento
L. Ferrara, F. Rota, V. Sarcone

FASCICOLO N. 5-6/2015

estratto

Registrata nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Salvatore Bonfiglio, Enrico Carloni, Francesco Castiello, Salvatore Cimini, Caterina Cittadino, Gianfranco D'Alessio, Ruggiero Di Pace, Francesca Gagliarducci, Gianluca Gardini, Stefano Gattamelata, Maurizio Greco, Giancarlo Laurini, Angelo Mari, Francesco Saverio Marini, Gerardo Mastrandrea, Pierluigi Matera, Francesco Merloni, Riccardo Nobile, Luca Palamara, Giuseppe Palma, Germana Panzironi, Simonetta Pasqua, Filippo Patroni Griffi, Angelo Piazza, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Umberto Realfonzo, Vincenzo Schioppa, Michel Sciascia, Raffaello Sestini, Leonardo Spagnoletti, Giuseppe Staglianò, Alfredo Storto, Federico Titomanlio, Alessandro Tomassetti, Antonio Uricchio, Italo Volpe.

Comitato editoriale

Laura Albano, Daniela Bolognino, Caterina Bova, Silvia Carosini, Sergio Contessa, Marco Coviello, Ambrogio De Siano, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Concetta Giunta, Filippo Lacava, Masimo Pellingra, Carlo Rizzo, Stenio Salzano, Ferruccio Sbarbaro, Francesco Soluri, Marco Tartaglione, Stefania Terracciano, Angelo Vitale, Virginio Vitullo.

amministrativamente
Rivista di diritto amministrativo

L'attività professionale sanitaria intramuraria: per molti ma non per tutti. Commento a prima lettura di Corte costituzionale, 31 marzo 2015, n. 54

di Paolo De Angelis*

Sommario

Premessa; 1. Il riparto delle competenze in ambito sanitario; 2. L'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti medici e l'esercizio della attività libero-professionale; 3. I principi affermati dalla Corte costituzionale; 4. Le professioni sanitarie: da arti ausiliari a professioni; Conclusioni; Appendice; Bibliografia e sentenze citate .

Premessa

La legge della Regione Liguria 31 marzo 2014, n. 6 – recante Disposizioni in materia di esercizio di attività professionale da parte del personale di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e successive modificazioni e integrazioni –, ha previsto, all'art. 1, c. 1, che il personale sanitario non medico disciplinato dalla legge 251/2000 operante con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture pubbliche regionali possa esercitare attività libero-professionale, al di fuori dell'orario di servizio, anche singolarmente all'interno dell'Azienda e in forma intramuraria allargata, presso le Aziende sanitarie locali, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli altri enti equiparati.

La disposizione normativa , finalizzata ad assicurare una più efficace e funzionale organizzazione dei servizi sanitari regionali, è stata ritenuta (assieme ad altri articoli della stessa legge che contenevano previsioni consequenziali) costituzionalmente illegittima dalla Presidenza del Consiglio dei ministri per contrasto con l'art. 117, c. 3, Cost. Secondo la prospettazione contenuta nel ricorso, infatti, nelle materie cd. concorrenti (tra le quali rientra la <<tutela della salute>>) il Legislatore regionale può emanare solo disposizioni legislative che non si pongano in contrasto con i principi fondamentali contenuti nella normativa statale; nel caso di specie, la norma regionale impugnata, invece, prevedendo la possibilità che anche il personale delle professioni sanitarie possa svolgere la libera professione intramuraria, si porrebbe in contrasto con la normativa nazionale che, al fine di assicurare un equilibrio tra attività istituzionale e libera professione, prevede tale possibilità esclusivamente per i dirigenti medici e i medici dipendenti dal Servizio sanitario.

La Corte costituzionale, con sentenza 31 marzo 2015, n. 54 (pubblicata nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale dell'8 aprile 2015, n. 14), dopo avere rigettato alcune questioni preliminari proposte dalla difesa regionale, affronta nel merito la vicenda precisando alcuni principi che, benchè non innovativi, possono considerarsi di assoluto rilievo. Per comprendere esattamente quanto affermato dalla Consulta, e i possibili futuri scenari che si potrebbero prospettare a seguito della citata sentenza, si rende necessario approfondire preliminarmente i due aspetti principali trattati nella sentenza: il riparto delle competenze in ambito sanitario; l'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti medici e l'esercizio dell'attività libero-professionale.

1. Il riparto delle competenze in ambito sanitario

Il testo originario dell'art. 117 della Carta costituzionale prevedeva che la Regione potesse emanare norme legislative solo all'interno dei limiti costituiti dai principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato (semprechè le norme stesse non fossero in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni) e solo in determinate specifiche materie, tra le quali era indicata la "*… beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera*". Dunque, la potestà legislativa delle Regioni era molto ridotta nelle competenze e incontrava dei rilevanti limiti.

La riforma attuata tramite la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (recante *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*)[1] ha comportato che il criterio gerarchico proprio del testo originario della Carta Costituzionale fosse ampiamente modificato tramite un nuovo articolato che ha inciso in modo davvero rilevante sulla configurazione dei rapporti tra Stato, Regioni e Autonomie locali, disponendo che questi Enti non fossero più in rapporto gerarchico tra loro (con il vertice costituito dallo Stato) ma in rapporto di sostanziale pariordinazione, con attribuzione delle competenze secondo il criterio della sussidiarietà verticale, attribuendo, cioè, agli Enti più vicini ai cittadini la maggior parte delle funzioni legislative, regolamentari ed amministrative. Uno degli aspetti maggiormente incisi dalla legge di riforma costituzionale del 2001 è stato quello inerente la potestà legislativa; nel nuovo articolo 117, al comma primo[2], si prevede che essa sia distribuita tra Stato e Regioni. I successivi commi declinano il riparto della competenza. Il comma secondo[3] indivi-

---

* Il lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della *double blind peer review*.

[1] La letteratura scientifica sulla riforma del Titolo V della Costituzione è molto ampia; solo per citare alcuni testi, può farsi riferimento a: R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002; T. Groppi, M. Olivetti (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo Titolo V*, Torino, Giappichelli, 2002; T. Martines, *Lineamenti di diritto regionale*, Milano, Giuffrè, 2002; G. Rolla, *Diritto regionale e degli enti locali*, Milano, Giuffrè, 2002; S. Marcazzan, *La riforma del Titolo V della Costituzione: il nuovo ruolo delle Regioni nei rapporti con lo Stato e con l'Unione europea*, 2004, consultabile all'indirizzo *internet* di seguito riportato: www.amministrazioneincammino.luiss.it.

[2] Si riporta il comma 1 dell'art. 117 Cost.: *La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.*

[3] Si riporta il comma 2 dell'art. 117 Cost.: *Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea; b) immigrazione; c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose; d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi; e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie; f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo; g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali; h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale; i) cittadinanza, stato civile e anagrafi; l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa; m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono*

dua tassativamente le materie di legislazione esclusiva statale; le materie contenute nell'art. 117, c. 2, sono attribuite integralmente allo Stato in considerazione che le stesse hanno tutte a oggetto interessi preminenti che debbono essere necessariamente trattati in modo uniforme sull'intero territorio nazionale. Il comma terzo[4] disciplina i casi di legislazione concorrente e, per quanto qui di interesse, in esso si cita espressamente la <<tutela della salute>>, espressione più ampia di quella contenuta nel precedente testo costituzionale (ove il riferimento era compiuto alla <<assistenza sanitaria e ospedaliera>>) e all'interno della quale devono ritenersi comprese, anche, sia la tutela e la sicurezza sul lavoro sia l'ordinamento delle professioni. Il comma quarto[5], infine, prevede una clausola residuale attribuendo alle Regioni la competenza legislativa in tutte le materie non riservate espressamente allo Stato o gestite in regime di competenza concorrente. In sostanza, in completa contrapposizione con quanto previsto prima della riforma del 2001, è attribuita alla Regione la competenza esclusiva per tutte le materie non espressamente attribuite alla competenza legislativa esclusiva (dello Stato) o concorrente (tra Stato e Regioni).

La legislazione esclusiva regionale va, tuttavia, armonizzata con due ulteriori principi che operano quale limitazione della stessa: la trasversalità di alcune materie; la leale collaborazione istituzionale. Nel vaglio operato dalla Corte Costituzionale su quelle materie per le quali si è reso difficile definire la ripartizione delle competenze, la Corte ha ampliato la competenza dello Stato introducendo il concetto delle cd. materie trasversali. In sostanza, la Corte Costituzionale, in diverse sentenze[6], argomentando

essere garantiti su tutto il territorio nazionale; n) norme generali sull'istruzione; o) previdenza sociale; p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane; q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale; r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno; s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

[4] Si riporta il comma 3 dell'art. 117 Cost.: *Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.*

[5] Si riporta il comma 4 dell'art. 117 Cost.: *Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*.

[6] *Ex multis*, si vedano: in materia di tutela della concorrenza, C. Cost., 13 gennaio 2004, n. 14; in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, C. Cost., 26 giugno 2002, n. 282; in materia di ambiente, C. Cost., 22 luglio 2004, n. 259; in materia di appalti pubblici, C. Cost., 23 novembre 2007, n. 401. Questa ricostruzione estensiva della competenza statale (il cui utilizzo da parte dello Stato deve essere, secondo la Corte, comunque esercitato in modo da non vanificare lo schema di riparto del nuovo art. 117 Cost., ossia esercitato nell'ambito dei principi di proporzionalità–adeguatezza "*… al fine di valutare, nelle diverse ipotesi, se la tutela della concorrenza legittimi o meno determinati interventi legislativi dello Stato*" – C. Cost., 27 luglio 2004, n. 272 – deve: rispettare i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza; dettare una disciplina idonea alla regolazione delle funzioni cui pertiene; limitarsi a quanto strettamente necessario; essere adottato a seguito di procedure che assicurino la partecipazione dei livelli di governo coinvolti attraverso strumenti di leale collaborazione) è stata elaborata dalla Corte partendo dal principio di sussidiarietà amministrativa di cui all'art. 118

dalla natura delle materie rientranti nella competenza attribuita al Legislatore (natura particolarmente restìa ad essere circoscritta in un ambito definito e consona, invece, a essere esercitata su più oggetti) ha ritenuto che a esse dovesse essere attribuita un'estensione trasversale atta a investire anche ambiti non rientranti propriamente nella sua competenza (anche se, pertanto, specificamente attribuiti alla competenza concorrente o, addirittura, esclusiva regionale) ma desumibili dalle materie allo Stato espressamente attribuite. In queste materie il Legislatore statale può, cioè, esercitare la potestà normativa spingendosi oltre i propri compiti (dunque, invadendo quelli che sarebbero i compiti attribuiti alle Regioni); ciò, però, deve avvenire nel rispetto dell'altro principio, di leale collaborazione. Il principio di leale collaborazione è riconosciuto immanente all'ordinamento e deve governare i rapporti fra Stato e Regioni nelle materie e in relazione alle attività in cui le rispettive competenze concorrono o si intersecano, imponendo un contemperamento dei rispettivi interessi; trattasi di parametro generico che trova, attualmente, una delle sedi più qualificate di individuazione nel sistema delle Conferenze Stato-Regioni e Autonomie Locali: al loro interno si sviluppa, infatti, il confronto tra i due grandi sistemi ordinamentali della Repubblica, in esito al quale si individuano soluzioni concordate di questioni controverse[7].

Ciò detto in via generale, in relazione al riparto di competenze legislative in materia di salute la Corte costituzionale, dopo un primo periodo nel quale era prevalso un orientamento (anche alla luce di risalente giurisprudenza[8]) secondo cui la gestione del sistema salute doveva ritenersi ripartita fra la materia di competenza regionale concorrente della tutela della salute e la materia dell'organizzazione sanitaria, in cui le

Cost. Le esigenze di unitarietà di alcune importanti funzioni, ad avviso della Corte, "*… giustificano … una deroga alla normale ripartizione di competenze …* [in questo senso] *… un elemento di flessibilità è … contenuto nell'art. 118 … il quale … introduce un meccanismo dinamico …* [secondo il quale] *… la funzione amministrativa può essere esercitata dallo Stato. Ciò non può restare senza conseguenze sull'esercizio della funzione legislativa …*": così, C. Cost., 1 ottobre 2003, n. 303. Si veda, anche, C. Cost., 13 gennaio 2004, n. 6, secondo cui alcune materie attribuite alla legislazione statale possono attrarre a sé altre materie non espressamente previste tra quelle di legislazione statale laddove esse per il loro rilievo concreto devono essere svolte dallo Stato al fine di garantire l'unitarietà, l'organicità e la coerenza interna del sistema istituzionale. Deve trattarsi, peraltro, di materie che, oltre a coinvolgere più ambiti materiali, devono caratterizzarsi "*… per la natura funzionale (individuando, più che degli oggetti, delle finalità in vista delle quali la potestà legislativa statale deve essere esercitata) …* [e, pertanto, essere tali da valere] *… a legittimare l'intervento del legislatore statale anche su materie, sotto altri profili, di competenza regionale*": così, C. Cost., 15 novembre 2004, n. 345.

[7] "*… tale regola, espressione del principio costituzionale fondamentale per cui la Repubblica, nella salvaguardia della sua unità, "riconosce e promuove le autonomie locali", alle cui esigenze "adegua i principi e i metodi della sua legislazione (art. 5 Cost.) va al di là del mero riparto delle competenze per materia ed opera dunque su tutto l'arco delle relazioni istituzionali fra Stato e Regioni, senza che a tal proposito assuma rilievo diretto la distinzione fra competenze esclusive, ripartite o integrative, o fra competenze amministrative proprie e delegate*": C. Cost., 18 luglio 1997, n. 242. Esso, però, trova ingresso solo laddove esistano disposizioni normative che consentano di attribuire rilevanza costituzionale a eventuali accordi amministrativi diretti a determinare il contenuto di testi legislativi: così, C. Cost., 22 maggio 2009, n. 160. Si veda, anche, C. Cost., 1 febbraio 2006, n. 31.

[8] Si vedano, C. Cost., 11 ottobre 1983, n. 307 (questione di legittimità costituzionale, parzialmente accolta dalla Corte costituzionale, di molti articoli: del decreto legge 22 dicembre 1981, n. 786 – recante *Disposizioni in materia di finanza locale*; della legge 26 aprile 1983, n. 130 – recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*; del decreto legge 30 dicembre 1982, n. 952 – recante *Provvedimenti urgenti per il settore della finanza locale per l'anno 1983*; del decreto legge 28 febbraio 1983, n. 55, convertito in legge 26 aprile 1983, n. 131 – recante *Provvedimenti urgenti per il settore della finanza locale per l'anno 1983*) e *id*., 25 febbraio 1988, n. 214 (dichiarazione di non fondatezza della questione di legittimità costituzionale, sollevata dalla Province autonome di Bolzano e Trento dell'art. 5, d.P.R. 31 luglio 1980, n. 614 – recante *Ristrutturazione e potenziamento degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e degli uffici veterinari di confine, di porto, di aeroporto e di dogana interna*).

Regioni possono adottare una propria disciplina anche sostitutiva di quella statale[9], ha successivamente sempre affermato che l'ambito <<organizzazione sanitaria>> non rientra in alcun modo nelle materie di legislazione residuale delle Regioni dal momento che tale ambito non può essere invocato come materia a sé stante dopo la riforma del 2001 della Carta costituzionale in quanto l'organizzazione sanitaria è parte integrante della materia costituita dalla <<tutela della salute>>[10].

La riforma del Titolo V della Costituzione realizzata nel 2001 non ha del tutto soddisfatto le aspettative per le quali era stata immaginata e, inoltre, ha comportato un aumento considerevole del contenzioso costituzionale tra Stato e Regioni[11]; peraltro, l'intero impianto della Carta costituzionale inerente il cd. bicameralismo perfetto era stato messo negli anni più volte in dubbio come corretto e spedito strumento di legiferazione. Per queste e altre ragioni l'attuale situazione dei rapporti tra Stato e Regioni (dunque, anche la situazione vigente al momento della pronuncia costituzionale in commento), sarà probabilmente a breve oggetto di una ulteriore modificazione, conseguente a una legge costituzionale di ulteriore riforma del Titolo V della Costituzione: il disegno di legge costituzionale prevede la soppressione della cd. competenza concorrente Stato-Regioni e, relativamente all'ambito salute, l'inclusione tra le competenze esclusive dello Stato della materia <<disposizioni generali e comuni per la tutela della salute>>. Nello specifico, la nuova versione dell'art. 117 prevede:

- al comma 2 (competenza esclusiva dello Stato), che rientrino nella legislazione esclusiva, per quanto qui di interesse, le materie inerenti "*… determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare*" (lett. M); "*ordinamento delle professioni …*" (lett. T);
- l'abrogazione del comma 3 (competenza concorrente Stato-Regioni);

[9] Così, *ex multis*, C. Cost., 4 dicembre 2002, n. 510 (dichiarazione di inammissibilità della questione di legittimità costituzionale di molti articoli della legge 30 novembre 1998, n. 419 – recante *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* – e del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 – recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419*).

[10] Per questa affermazione, ripresa anche dalla sentenza in commento, si veda C. Cost., 14 novembre 2008, n. 371 (questione di legittimità costituzionale, parzialmente accolta dalla Corte costituzionale, dell'art. 1, L. 120/2007 – recante *Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria* – nella parte in cui contiene una disciplina di dettaglio dell'attività libero-professionale svolta in regime di *intramoenia*).

[11] In tal senso, si veda la Relazione presentata dall'allora Presidente della Corte costituzionale, prof. Franco Gallo, il quale, nella riunione straordinaria del 12 aprile 2013 in occasione della presentazione della rassegna della giurisprudenza costituzionale del 2012, segnalava che "*Nell'ultimo decennio, i ricorsi statali e regionali sono, infatti, pressoché raddoppiati, passando dai 98 del 2003 ai 197 del 2012, … È evidente che l'aumentata conflittualità fra Stato e Regioni è in gran parte imputabile alle difficoltà interpretative del nuovo titolo V della Costituzione, entrato in vigore nel 2001. Questa elevata conflittualità incide profondamente sulla speditezza dell'azione amministrativa e sull'ordinato svolgersi dei rapporti commerciali ...*". Sul Sole 24 Ore del 27 aprile 2015 sono state pubblicate una serie di tabelle molto interessanti inerenti il numero dei ricorsi costituzionali promossi dal 2002 al 2014 in materia di conflitti tra Stato e Regioni. Da esse si trae il dato secondo cui il numero dei ricorsi è cresciuto più o meno proporzionalmente dal 2002 al 2012 (anno in cui ha raggiunto il picco di 206 ricorsi presentati) ed è poi disceso nettamente (nel 2014 il numero dei ricorsi incardinati è stato pari a 93). Quanto ai ricorsi in materia di <<tutela della salute>> essi sono stati, dal 2002 al 2014, in numero di 179, il numero più alto tra le varie materie oggetto della concorrenza concorrente.

- al comma 4 (competenza residuale delle Regioni), la materia "*… programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali …*".

La *ratio* della riforma costituzionale, nella parte inerente la nuova ripartizione delle competenze, risponde alla volontà di rimuovere le incertezze, le sovrapposizioni e gli eccessi di conflittualità che si sono manifestati a seguito della riforma del 2001 e che hanno avuto rilevanti ricadute sia sul piano dei rapporti conflittuali (molto spesso sfociati in contenziosi di natura costituzionale) tra i livelli di governo che compongono la Repubblica, sia su quello della competitività del sistema Paese.

Riprendendo quanto contenuto nella relazione di accompagnamento al Disegno di legge costituzionale[12] in relazione al Titolo V e al riparto di competenze legislative, può dirsi che il nuovo testo costituzionale risponde alla esigenza di "*… superare l'attuale assetto, fondato su una rigida ripartizione legislativa per materie, in favore di una regolazione delle potestà legislative ispirata a una più flessibile ripartizione anche per funzioni, superando il riferimento alle materie di legislazione concorrente e alla mera statuizione da parte dello Stato dei princìpi fondamentali entro i quali può dispiegarsi la potestà legislativa regionale e includendo nei criteri di ripartizione delle competenze legislative anche una prospettiva funzionale-teleologica, che riguarda sia lo Stato sia le regioni. Da questa prospettiva, più orientata alle funzioni e agli obiettivi dell'azione dei pubblici poteri, discendono … le principali innovazioni che interessano il titolo V, quali: a) la riconduzione alla potestà legislativa esclusiva dello Stato di alcune materie e funzioni, originariamente attribuite alla legislazione concorrente, in relazione alle quali sono emerse permanenti esigenze di disciplina ispirate ai princìpi dell'unità giuridica ed economica della Repubblica e alla tutela dell'interesse nazionale, ovvero si sono manifestate sovrapposizioni che hanno dato luogo a incertezze normative in ambiti ritenuti essenziali, in particolare per lo sviluppo economico, o, ancora, che sono apparse strettamente connesse all'evoluzione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione europea e funzionali al rispetto dei vincoli di finanza pubblica derivanti anche da impegni internazionali; b) l'attribuzione alle regioni della potestà legislativa in ogni materia e funzione non espressamente riservata alla legislazione esclusiva dello Stato, consequenziale alla soppressione delle materie concorrenti, accompagnata dalla specificazione, ancorché non esaustiva e tassativa, delle finalità proprie della legislazione regionale, che sono state enucleate in una prospettiva attenta alle esigenze di tutela dei diritti fondamentali e di incremento della competitività dei sistemi territoriali; c) l'introduzione, quale norma di chiusura del sistema, di una «clausola di supremazia», in base alla quale la legge statale, su proposta del Governo che se ne assume dunque la responsabilità, può intervenire su materie o funzioni che non sono di competenza legislativa esclusiva dello Stato, allorché lo richiedano esigenze di tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o lo renda necessario la realizzazione di programmi o di riforme economico-sociali di interesse nazionale; d) la previsione della facoltà per lo Stato di delegare, con legge approvata a maggioranza assoluta della Camera, l'esercizio della funzione legislativa (disciplinando al contempo l'esercizio delle funzioni amministrative corrispondenti), in materie o funzioni di sua competenza esclusiva -- salvo alcune eccezioni per le materie di maggiore delicatezza sul piano istituzionale -- alle regioni o ad alcune di esse, anche per un tempo limitato; tale previsione sostituisce quella in materia di regionalismo differenziato ai sensi dell'attuale articolo 116, terzo comma, della Costituzione, di cui si prevede conseguentemente la soppressione …*".

[12] Disegno di legge costituzionale n. 1429 (recante *Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte seconda della Costituzione*), presentato dal Governo al Parlamento nel marzo del 2014 e attualmente all'esame del Senato della Repubblica in terza lettura.

In sostanza, dunque, la legge di modifica costituzionale, quando entrerà in vigore e se non subirà ulteriori modificazioni, dovrebbe riportare la materia <<tutela della salute>> nell'ambito della competenza statale; introducendo, però, in una norma costituzionale la differenziazione tra gli aspetti istituzionali della salute e quelli organizzativi: i primi rientranti nella competenza esclusiva statale, i secondi nella competenza residuale regionale.

2. L'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti medici e l'esercizio della attività libero-professionale

La questione inerente la scelta circa l'esclusività del rapporto di lavoro da parte del personale medico dipendente del servizio sanitario nazionale (e le conseguenze a tale scelta connesse in termini di svolgimento di attività libero-professionale) è disciplinata da una pluralità di normative che si sono, nel tempo, susseguite e, a volte, accavallate[13].

Nel sistema ordinamentale italiano il rapporto di impiego pubblico è considerato un rapporto esclusivo; un rapporto, cioè, che esclude (fatte salve ipotesi espressamente previste dalla normativa di riferimento, oggi contenuta nell'art. 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 – recante *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*) la possibilità di svolgere ulteriori attività lavorative, autonome o dipendenti. Il principio di esclusività del rapporto di lavoro pubblico trova il proprio fondamento giuridico negli artt. 54[14], 97[15] e 98[16] della Carta costituzionale e ha trovato la prima definizione normativa nel decreto Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 (recante *Testo Unico degli impiegati civili dello Stato*) il cui art. 60, riproducendo in parte statuizioni già contenute nel regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2960 (recante *Disposizioni sullo stato giuridico degli impiegati civili dell'Amministrazione dello Stato*), nella versione originaria prevedeva che "*L'impiegato non può esercitare il commercio, l'industria, nè alcuna professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o accettare cariche in società costituite a fine di lucro, tranne che si tratti di cariche in società o enti per le quali la nomina è riservata allo Stato e sia all'uopo intervenuta l'autorizzazione del ministro competente*". La disciplina ivi contenuta è stata, in seguito, estesa al personale dipendente del Servizio sanitario nazionale con l'art. 27 del decreto Presidente della Repubblica 23 dicembre 1979, n. 761 (recante *Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali*). Il principio dell'incompatibilità per i dirigenti medici è, oggi, contenuto nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della*

[13] Il contenuto di questo paragrafo è ripreso quasi integralmente da P. De Angelis, *Il personale universitario, docente e non docente, che svolge attività assistenziale. Inquadramento giuridico e questioni applicative*, Torino, Giappichelli, 2014, pp. 125-136.

[14] Si riporta l'art. 54 della Costituzione italiana: "Tutti i cittadini hanno il dovere di essere fedeli alla Repubblica e di osservarne la Costituzione e le leggi. I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge".

[15] Si riporta l'art. 97 della Costituzione italiana, nella versione vigente a decorrere dal 1° gennaio 2014: "Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico. I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione. Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari. Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge".

[16] Si riporta l'art. 98 della Costituzione italiana: "I pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione. Se sono membri del Parlamento, non possono conseguire promozioni se non per anzianità. Si possono con legge stabilire limitazioni al diritto d'iscriversi ai partiti politici per i magistrati, i militari di carriera in servizio attivo, i funzionari ed agenti di polizia, i rappresentanti diplomatici e consolari all'estero".

legge 23 ottobre 1992, n. 421) che, all'art. 15-*quater*, sancisce il binomio: esclusività del rapporto, connessa possibilità di svolgere attività libero-professionale *intramuraria*; non esclusività del rapporto, connessa possibilità di svolgere attività libero-professionale *extramuraria*[17].

Ciò premesso, è utile elencare sinteticamente l'evoluzione storico-giuridica dell'istituto, ciò in quanto, sino a pochi anni orsono, la libera professione costituiva per i dirigenti medici un diritto acquisito.

1. Inizialmente, anche per come si intendeva all'epoca il rapporto di lavoro, non esisteva una vera differenziazione tra <<tempo pieno>> e <<tempo definito>>; tuttavia, non si poneva neppure il problema dello svolgimento di attività esterna da parte dei medici dipendenti di strutture pubbliche, nel senso che il rapporto di lavoro doveva intendersi sempre come esclusivo. Nell'ambito della esclusività del rapporto all'interno degli Enti ospedalieri, già alla fine degli anni '30 (con il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, recante *Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*), si assiste al primo esempio di regolamentazione della libera professione *intramuraria*; la *ratio* dell'istituto era duplice: consentire una più ampia tutela della salute del cittadino (poiché il medico poteva effettuare maggiori prestazioni di cura rispetto a quanto possibile all'interno dell'orario di lavoro); accrescere le entrate finanziarie delle amministrazioni ospedaliere (perché parte dei compensi percepiti dai medici nell'esercizio dell'attività libero-professionale *intramoenia* confluivano – e, ancora oggi, è così – nelle casse della Azienda datrice di lavoro).
2. Nel 1968 si previde la possibilità che il rapporto di lavoro potesse essere configurato, su richiesta del medico, come da svolgersi a tempo pieno; contestualmente, venne stabilito il principio dell'incompatibilità tra rapporto di servizio a tempo definito del medico ospedaliero e l'esercizio di attività professionale in case di cura private (art. 43, lett. D, primo periodo, legge 12 febbraio 1968, n. 132 – recante *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*) e analoga incompatibilità si previde nel caso di rapporto a tempo pieno (lett. D, terzo periodo). Detta scelta legislativa venne, poi, attuata dall'art. 24 del decreto Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 (recante *Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri*), che definì compiutamente due diverse tipologie di rapporti di lavoro:
   - ✓ a tempo pieno, instaurato a domanda e comportante l'attribuzione di un premio di servizio, che bilanciava la rinuncia alla attività libero-professionale *extra*-ospedaliera e la totale disponibilità per i com-

[17] A titolo definitorio è opportuno precisare che l'attività libero-professionale dei dirigenti medici deve essere svolta fuori dall'orario di servizio e può essere svolta sia all'interno delle strutture dell'azienda presso la quale si è impiegati (cd. attività *intramuraria* o *intramoenia*) sia presso strutture esterne (cd. attività *extramuraria* o *extramoenia*). La libera professione *intramuraria* è disciplinata nell'art. 54 del CCNL 1998-2001 dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa del servizio sanitario nazionale, parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999.

piti d'istituto dell'Ente ospedaliero;

- ✓ a tempo definito, contraddistinto dalla facoltà del libero esercizio professionale, anche fuori dell'ospedale, purché non in contrasto con le incompatibilità disposte dall'art. 3 della legge 10 maggio 1964, n. 336 – recante *Norme sullo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali* – (secondo cui "*… E' comunque vietata ogni forma di esercizio professionale esterno in concorrenza con gli interessi dell'ospedale oppure incompatibile con gli orari di servizio stabiliti dall'Amministrazione …*") e del predetto art. 43, lettera D, della citata L. 132/68 (secondo cui "*… lo stato giuridico deve prevedere … l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti d'impiego presso altri enti pubblici e con l'esercizio professionale presso le case di cura private …*")[18].

3. Tale impianto complessivo risultò confermato, in attuazione dell'art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (recante *Istituzione del servizio sanitario nazionale*), anche dall'art. 35, secondo comma, lett. C e D, DPR 761/79. Dunque, anche con la nascita del Servizio sanitario nazionale, da un lato venne ribadito il diritto dei medici a tempo pieno di esercitare attività libero-professionale *intramuraria*, dall'altro si stabilì, per i sanitari a tempo definito, la facoltà di svolgere l'attività libero-professionale *extramuraria*, anche in regime convenzionale, in conformità con le direttive degli accordi nazionali (ossia, sempre con esclusione di attività ritenute incompatibili quali quelle svolte in case di cure private).
4. Segna, viceversa, una cesura rispetto a questa evoluzione l'art. 4, c. 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (recante *Disposizioni in materia di finanza pubblica*). Con questo testo normativo il Legislatore ha reso compatibile il rapporto unico d'impiego con l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, purchè tale attività sia espletata fuori dall'orario di lavoro ma senza distinguere tra attività *intra* o *extra* muraria. L'unico vincolo residuo concerneva il divieto di svolgere attività esterna presso le strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale. Pertanto, il principio emergente dalla legge finanziaria per il 1992 (non modificato dal D.Lgs. 502/92 che, nella formulazione originaria, nulla prevedeva al riguardo) imponeva la necessaria esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale ma incentivava, all'interno di questo, lo svolgimento di attività libero-professionale.
5. La legge finanziaria per il 1997 (legge 23 dicembre 1996, n. 662,

[18] La scelta di non consentire ai medici dipendenti di strutture pubbliche l'attività libero-professionale presso case di cura private fu ritenuta conforme all'ordinamento dalla Corte costituzionale (C. Cost., 2 giugno 1977, n. 103) che sottolineò gli effetti negativi e impeditivi che avrebbe avuto, rispetto alla scelta legislativa di potenziare con nuove strutture il servizio pubblico di assistenza ospedaliera, "*… il consentire alla collaterale organizzazione dell'assistenza sanitaria privata di assorbire, con impegni quasi sempre non accidentali, il personale sanitario ospedaliero …*".

recante *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*), all'art. 1, c. 5, dispose che l'opzione per l'attività esclusiva dovesse ritenersi incompatibile con qualsiasi ulteriore attività lavorativa; la norma, inoltre, con la volontà di indurre i medici a optare per l'attività esclusiva previde (al c. 7) benefici fiscali per l'attività libero-professionale *intramuraria* (o, meglio, previde per essa il trattamento fiscale proprio del lavoro dipendente anziché di quello autonomo) e dispose (al c. 12) che essa costituisse titolo di preferenza per il conferimento di incarichi di struttura e professionali.

6. Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*) intervenne nella materia concedendo al Dirigente medico, in carenza di spazi adeguati all'interno dell'AUSL presso la quale presta servizio, di svolgere la cosiddetta attività di *intramoenia* allargata (ossia svolta sì all'esterno delle mura della struttura sanitaria ma solo a causa della carenza di spazi e, dunque, svolta comunque in collegamento con la struttura sanitaria datrice di lavoro) pur mantenendo il rapporto di lavoro esclusivo con l'Ente di appartenenza, sancendosi il principio secondo cui gli "*… incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo …*" del sanitario (art. 15-*quinquies*, c. 5, D.Lgs. 502/92) e sancendo il principio che ricollega a detto rapporto esclusivo "*… il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio … [unicamente] … nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione …*" (c. 2, lett. A, del medesimo art. 15-*quinquies*).
7. Dal 1999 in poi, in considerazione del principio che le AUSL sono operatori di un mercato tendenzialmente concorrenziale e che, pertanto, i medici dipendenti delle AUSL se svolgessero attività professionale anche per altre strutture sanitarie verrebbero a trovarsi in una posizione di sostanziale conflitto di interessi, la legislazione si interessa sempre più di consentire l'attività libero-professionale svolta internamente (quella già prevista sin dal 1938) limitando la cd. attività *intramoenia* allargata[19]. Può farsi riferimento a tutta una serie di interventi normativi che hanno avuto quale obiettivo quello di consentire che tale attività fosse svolta effettivamente all'interno della struttura pubblica, e non esternamente a causa delle croniche

[19] Anche la Corte Costituzionale (C. Cost., 20 luglio 1999, n. 330) ha riconosciuto che per evitare "*… il profilarsi di una situazione di conflitto di interessi, qualora il medico svolgesse libera attività professionale extramuraria … il legislatore, nella sua discrezionalità, da un lato, ha adottato misure per estendere il divieto di svolgere attività extramuraria anche riguardo a istituzioni e strutture private … Dall'altro lato, ha adottato misure per incentivare l'attività professionale intramuraria, che questa Corte aveva già considerato elemento qualificante della riforma sanitaria, in quanto, tra l'altro, permette che le aziende ospedaliere, dotate di piena autonomia finanziaria, possano effettivamente beneficiare di nuove entrate …*".

carenze logistiche delle strutture stesse:

- ✓ rileva, in tale prospettiva, innanzitutto, quanto stabilito dagli artt. 1 e 3 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (recante *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari*). Il primo di tali articoli – nell'introdurre nel testo del D.Lgs. 502/92 l'art. 15-*duodecies* (significativamente rubricato *Strutture per l'attività libero professionale*) – ha fatto carico alle Regioni di provvedere, entro il 31 dicembre 2000, "*… alla definizione di un programma di realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria …*". Quanto, invece, all'art. 3 del predetto D.Lgs. 254/00, esso – nel novellare il testo dell'art. 15-*quinquies*, c. 10, D.Lgs. 502/92 – ha stabilito che al dirigente sanitario "*… è consentita, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, limitatamente alle medesime attività e fino al 31 luglio 2003, l'utilizzazione del proprio studio professionale …*";
- ✓ successivamente, con nuovi interventi legislativi che si ispirano alla stessa logica (in particolare può farsi riferimento all'art. 1, L. 120/07), tale termine è stato prorogato prima al 31 luglio 2005, poi al 31 luglio 2006, successivamente "*… fino alla data, certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque entro il 31 luglio 2007 …*"; inoltre, a seguito di ulteriori rinvii (l'ultimo dei quali contenuto nella L. 14/2012 di conversione del DL 216/2011 – cd. milleproroghe) esso è stato prorogato sino al 30 giugno 2012: si stabilì, in particolare, che dal 30 giugno 2012 non fosse più possibile per medici e dirigenti sanitari svolgere la libera professione *intramoenia* allargata, quella negli studi privati (consentita dall'art. 22-*bis*, c. 3, DL 223/06 convertito nella L. 248/06) e in strutture esterne all'Azienda in assenza di spazi *ad hoc* interni; entro tale data le Regioni dovevano predisporre gli spazi necessari all'interno delle strutture[20].

8. Infine, sulla questione è intervenuto il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (recante *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela*

[20] Si ritiene utile rammentare che la Corte costituzionale, investita della questione di legittimità di una norma regionale (L.R. Toscana, 24 febbraio 2005, n 40, come interpretata in modo autentico dalla L.R. Toscana 14 dicembre 2005, n. 67) applicativa dell'art. 15-*quinquies*, D.Lgs. 502/92, aveva precisato che le norme denunciate (nazionali e regionali) che consentivano la scelta per il regime esclusivo non potevano ritenersi incostituzionali solo per il fatto che non tutte le strutture avessero ancora provveduto a mettere a disposizione dei professionisti spazi interni per lo svolgimento dell'attività libero-professionale: C. Cost., 4 aprile 2008, n. 86.

della salute)[21] che, a seguito delle modifiche contenute nella legge di conversione (L. 189/12), prevede, all'art. 2, la modifica di diverse disposizioni normative contenute nella già citata L. 120/07, disponendo che le Regioni e le Province autonome:

- ✓ compiano, entro il 31 dicembre 2012, una ricognizione degli spazi in cui possa essere svolta attività libero-professionale *intramoenia*;
- ✓ compiano, entro il 31 dicembre 2014, gli interventi di ristrutturazione edilizia volti a consentire un efficace svolgimento dell'attività libero-professionale *intramuraria* all'interno delle strutture ospedaliere;
- ✓ colleghino in rete tra loro tutti gli spazi utilizzati per l'attività libero-professionale *intramuraria*;
- ✓ solo nel caso in cui non sia possibile utilizzare spazi interni, possano autorizzare le Aziende sanitarie ad acquisire (tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonchè tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici) spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione *intramuraria* ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime;
- ✓ in via residuale, se risultino presenti Aziende sanitarie nelle quali non siano disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale, possono autorizzare l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'Azienda sanitaria di appartenenza, sulla base di uno Schematipo;
- ✓ consentano ai medici che svolgono attività libero-professionale *extramuraria* presso studi professionali di esprimere, entro il 30 novembre del 2012, la volontà di mantenere (ma fino al 30 aprile 2013 e non oltre) le modalità di svolgimento in essere dell'attività.

9. In coerenza con queste diposizioni nazionali[22], le Regioni hanno legiferato una sorte di cornice all'interno della quale ciascuna Azienda deve poi costruire il proprio sistema organizzativo in base agli spazi che essa può mettere a disposizione dei professionisti interni per lo svolgi-

[21] Sui principi introdotti dal DL 158/12 si veda M. Conticelli, *Lavori in corso nel servizio sanitario: molto rumore per …?*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5/2013, pp. 485 ss. e, in particolare, p. 486 e le citazioni contenute nelle note 12-18.

[22] Deve, per completezza, precisarsi che il DL 158/12, convertito nella L. 189/12, è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo dalla Corte costituzionale nella parte in cui l'art. 2, c. 1, lett. B e C, non contempla un clausola di salvaguardia che preveda che le Province autonome di Trento e Bolzano abbiano il solo obbligo di adeguare la propria legislazione in conformità alle disposizioni dello Statuto speciale e delle relative norme di attuazione: C. Cost., 11 dicembre 2013, n. 301.

mento di attività libero-professionale *intramuraria*. Chiaramente le situazioni sul territorio nazionale sono molto variegate stante la diversa disponibilità di spazi interni da parte di ciascuna Azienda; tuttavia, la normativa nazionale e la seguente disciplina regionale hanno, quantomeno, costituito l'occasione per uniformare i principi giuridici e organizzativi posti a base delle scelte concrete operate. Pertanto, in modo del tutto esemplificativo, può dirsi che: 1. la scelta prioritaria è costituita dallo svolgimento delle attività all'interno di spazi aziendali; 2. laddove non ve ne siano si può ricorrere a locazione di spazi ovvero a convenzioni con soggetti pubblici e/o privati non accreditati; 3. solo in via residuale può essere consentito al professionista di utilizzare studi privati. In tutti e tre i casi gli spazi utilizzati devono essere dotati di una infrastruttura tecnologica che permetta la configurazione delle agende di prenotazione, la registrazione delle prenotazioni effettivamente erogate, l'effettuazione dei pagamenti mediante sistema di tracciatura; nel secondo e nel terzo caso gli spazi devono essere individuati nell'ambito territoriale di pertinenza dell'AUSL (per le AOU tale ambito territoriale coincide con i confini della Provincia di ubicazione della struttura). Quanto, infine, alla individuazione delle prestazioni da svolgersi internamente e quelle da svolgersi esternamente, la scelta è rimessa alle Aziende che, presumibilmente, agiranno in base al numero di prestazioni erogate da ciascun professionista, riassorbendo quelle per le quali siano presenti spazi e lasciando inalterati i rapporti intercorrenti tra professionista e struttura privata laddove non tutte le prestazioni siano riassorbibili all'interno degli spazi aziendali.

In definitiva, la disciplina vigente, contenuta nel più volte citato art. 15-*quater*, D.Lgs. 502/92 prevede che: i dirigenti sanitari sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo se sono stati assunti o hanno stipulato un nuovo contratto dopo il 31 dicembre 1998 o hanno optato anche successivamente per l'esercizio dell'attività libero-professionale esclusiva; i dirigenti che non rientrano nelle condizioni indicate possono, comunque, optare per il rapporto esclusivo; l'esercizio dell'opzione (ciò a decorrere da una modifica in vigore dal 2004) può essere compiuto annualmente entro il 30 novembre.

Da quanto sinora indicato emerge come l'attività libero professionale *intramuraria* costituisca attività istituzionale (sia dal punto di vista del Dirigente medico sia da quello della struttura di appartenenza dello stesso presso la quale l'attività è svolta) che risponde a diverse esigenze: attrarre fonti di finanziamento alternative a quelle istituzionali; motivare il personale prevedendo nuove fonti di reddito; garantire il costante aggiornamento dei sanitari interessati; ridurre le liste d'attesa dei reparti.

3. I principi affermati dalla Corte costituzionale

Alla luce di quanto affermato nei precedenti paragrafi può essere ora esaminata la sentenza della Corte costituzionale 31 marzo 2015, n. 54, oggetto del presente commento.

Come accennato in premessa, la legge regionale ligure 6/2014 ha previsto che il personale sanitario non medico disciplinato dalla legge 251/2000 operante con rapporto di lavoro a

tempo pieno e indeterminato nelle strutture pubbliche regionali, possa esercitare attività libero professionale, al di fuori dell'orario di servizio, anche singolarmente all'interno dell'Azienda e in forma *intramuraria* allargata, presso le Aziende sanitarie locali, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli altri enti equiparati. Tale previsione normativa è stata ritenuta costituzionalmente illegittima per violazione dell'art. 117, c. 3, Cost. dal Presidente del Consiglio dei Ministri che ha sollevato in relazione alla norma regionale questione di legittimità costituzionale.

Al riguardo, la Corte compie una trattazione esaustiva e chiara. Dopo avere rigettato alcune questioni preliminari, si sofferma sulla tematica del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni sia in ambito sanitario generale sia, specificamente, in relazione all'attività libero-professionale. Precisa, al riguardo (punto 3.1 del *Considerato in diritto*), che a seguito del nuovo quadro costituzionale delineato dalla legge di riforma del 2001 del Titolo V della Parte II della Costituzione, le disposizioni concernenti l'attività sanitaria *intramuraria* debbono essere ricondotte alla materia <<tutela della salute>>; infatti, l'art. 117, c. 3, contiene una nozione della materia più ampia rispetto alla precedente (<<assistenza sanitaria e ospedaliera>>) con la conseguenza che le norme attinenti allo svolgimento dell'attività professionale *intramuraria*, sebbene si prestino ad incidere contestualmente su una pluralità di materie (e segnatamente, tra le altre, su quella della organizzazione di enti non statali e non nazionali), vanno comunque ascritte, con prevalenza, a quella della <<tutela della salute>>. Ciò in quanto tutte le norme inerenti l'attività libero-professionale presentano una stretta aderenza con l'organizzazione del servizio sanitario regionale e, in definitiva, con le condizioni per la fruizione delle prestazioni rese all'utenza, essendo queste ultime condizionate, sotto molteplici aspetti, dalla capacità, dalla professionalità e dall'impegno di tutti i sanitari addetti ai servizi, e segnatamente di coloro che rivestono una posizione apicale[23]. La Consulta, tuttavia, compie una ulteriore rilevante precisazione in quanto conferma l'indirizzo fatto proprio dalla Corte costituzionale, dal 2008 in poi, secondo cui la materia <<organizzazione sanitaria>> invocata dalla Regione non può essere ritenuta come materia a sé stante, agli effetti del novellato art. 117 Cost., in quanto l'organizzazione sanitaria è parte integrante della materia <<tutela della salute>>.

Precisato che alla luce della giurisprudenza costituzionale la legge della Regione Liguria n. 6 del 2014, nel riconoscere agli esercenti delle professioni sanitarie non mediche la possibilità di svolgere attività libero-professionale *intramoenia*, si colloca nell'ambito della materia <<tutela della salute>>, la Corte esamina la relativa disciplina normativa al fine di verificare se le disposizioni normative contenute nella legge

[23] La Consulta cita quali precedenti in materia le proprie sentenze di seguito riportate: 5 maggio 2006, n. 181 (sentenza che dichiara in parte costituzionalmente illegittime e in parte non fondate una pluralità di questioni sollevate da varie Regioni e dal Presidente del Consiglio dei Ministri; sulla sentenza si veda M. Belletti, *Il difficile rapporto tra "tutela della salute" ed "assistenza ed organizzazione sanitaria". Percorsi di una prevalenza che diviene cedevole*, in *Le Regioni*, 5/2006, pp. 1176 ss.); 23 febbraio 2007, n. 50 (che, in accoglimento parziale del ricorso presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, lettera I, della legge della Provincia autonoma di Bolzano 10 agosto 1995, n. 16 – recante *Riforma dell'ordinamento del personale della provincia*); 14 novembre 2008, n. 371 (dichiarazione di illegittimità costituzionale di alcuni commi dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120 – recante *Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*); 11 dicembre 2013, n. 301 (che, in accoglimento parziale del ricorso presentato dalle Province autonome di Bolzano e Trento, dichiara l'illegittimità costituzionale di alcuni articoli del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 – recante *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 8 novembre 2012, n. 189).

impugnata possano ritenersi (così come sostenuto dalla Presidenza del Consiglio di Ministri) eccedenti i principi desumentesi dalla legislazione nazionale in materia. Dopo un lungo e completo *excursus* la Consulta afferma (punto 3.2 del *Considerato in diritto*) che la disciplina dell'attività libero-professionale *intramuraria* "*… ha sempre riguardato specificamente il personale medico, nonché, ai sensi degli artt. 4, comma 11-bis e 15 del d.lgs. n. 502 del 1992, il personale della dirigenza del ruolo sanitario, costituito da farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi secondo quanto specificato dall'art. 3 del d.P.C.m. 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale). Quanto ai veterinari del servizio pubblico, il d.P.R. n. 761 del 1979 ha riconosciuto loro la facoltà di svolgere attività libero-professionale fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale (art. 36). Nulla, invece, è previsto per il personale sanitario non medico, ad eccezione di quanto stabilito dall'art. 30, comma 4, del R.D. 30 settembre 1938 n. 1631 (Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali), il quale dispone che «Tanto alla ostetrica capo che alle ostetriche è inibito l'esercizio professionale» …*".

Ciò posto, la Corte ritiene, richiamando proprie precedenti pronunce, che le disposizioni statali in materia di libera professione costituiscano principi fondamentali, sia in quanto volte a garantire una tendenziale uniformità tra le diverse legislazioni e i sistemi sanitari delle Regioni e delle Province autonome in ordine a un profilo qualificante del rapporto tra sanità ed utenti, sia in quanto volte ad assicurare che non resti priva di conseguenze, in termini di concrete possibilità di svolgimento dell'attività libero-professionale *intramuraria*, l'opzione compiuta dal sanitario in favore del rapporto di lavoro esclusivo. La Corte precisa (punto 3.3 del *Considerato in diritto*) che queste considerazioni comportano quale necessaria conseguenza che "*… la disciplina del profilo soggettivo dell'attività intra moenia riveste la natura di principio fondamentale della materia, in quanto volta a definire uno degli aspetti più qualificanti della organizzazione sanitaria, ovverosia quello della individuazione dei soggetti legittimati a svolgere la libera professione all'interno della struttura sanitaria, il quale richiede una disciplina uniforme sull'intero territorio nazionale …*".

In considerazione di queste affermazioni è, pertanto, dichiarata l'illegittimità costituzionale delle norme impugnate.

La pronuncia della Corte costituzionale è, ad opinione dello scrivente, esaustiva nella sostanza e chiara nella forma. E' indubbio, infatti, non solo che la legge regionale dichiarata costituzionalmente illegittima si ponesse in contrasto con i principi desumentesi dalla normativa statale, ma anche (e soprattutto) che la materia oggetto della disciplina regionale non possa essere normata in modo differente tra Regione e Regione.

Sotto questo aspetto, deve rammentarsi che, in passato, la Corte costituzionale era dovuta intervenire più volte per evitare che la normazione regionale intervenisse sulla specifica materia delle professioni sanitarie. Benchè nei casi trattati il parametro costituzionale non concernesse la materia <<tutela della salute>> bensì quella delle <<professioni>>, si ritiene che i principi contenuti nelle sentenze della Corte siano rilevanti per meglio comprendere l'intera materia e, pertanto, essi saranno oggetto di un breve approfondimento.

La prima sentenza in materia risale al 1975 e tramite essa la Corte specificò come l'art. 1, lett. F, DPR 15 gennaio 1972, n. 10 (recante *Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale e del relativo personale*) avesse comportato il trasferimento alle Regioni, tra le altre, delle funzioni amministrative concernenti le professioni sanitarie ausiliarie mentre allo

Stato doveva "*… ritenersi riservata tutta la materia della normativa sulle scuole, sull'accesso, sui programmi …*"[24].

Dopo la modifica del Titolo V della Costituzione l'ambito delle professioni sanitarie è stato più volte trattato dalla Corte costituzionale; poiché, infatti, la disciplina generale delle <<professioni>> è oggetto della legislazione concorrente tra Stato e Regioni (art. 117, c. 3, Cost.), le Regioni non possono istituire professioni non previste nella disciplina statale. La Corte costituzionale più volte ha deciso controversie proposte dal Presidente del Consiglio di ministri avverso leggi regionali aventi quale oggetto:

1. l'esercizio delle professioni e l'individuazione di nuovi Albi;
2. l'istituzione di nuove figure professionali.

Quanto al primo aspetto, la Corte ha precisato che "*… la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle «professioni» deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili ed ordinamenti didattici, e l'istituzione di nuovi albi … è riservata allo Stato. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera di singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale …*"[25].

Relativamente alla questione inerente l'istituzione di nuove figure professionali, la Consulta ha stabilito, con indirizzo consolidato e costante nel tempo, che "*… la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale. Da ciò deriva che non è nei poteri delle Regioni dar vita a nuove figure professionali …*"[26].

---

[24] C. Cost., 21 maggio 1975, n. 111 (fattispecie nella quale la Corte costituzionale ha dichiarato che non spetta allo Stato il riconoscimento delle scuole per terapisti della riabilitazione gestite da enti pubblici o privati diversi dalle Università, aventi sede nel territorio di Regioni a statuto ordinario e, conseguentemente, ha annullato in parte il decreto del Ministro per la pubblica istruzione, di concerto con il Ministro per la sanità, 10 febbraio 1974 – recante *Riconoscimento delle scuole per la formazione dei terapisti della riabilitazione*).

[25] Si vedano, *ex multis*, C. Cost., 25 novembre 2005, n. 424 (dichiarazione di illegittimità costituzionale di molti articoli della legge della Regione Piemonte 31 maggio 2004, n. 13 – recante *Regolamentazione delle discipline bionaturali*) e *id*., 8 febbraio 2006, n. 40 (dichiarazione di illegittimità costituzionale di molti articoli della legge della Regione Liguria 25 ottobre 2004, n. 18 – recante *Norme regionali sulle discipline bionaturali per il benessere*).

[26] C. Cost., 22 ottobre 2010, n. 300 (dichiarazione di illegittimità costituzionale della legge della Regione Basilicata 13 novembre 2009, n. 37 – recante *Norme in materia di riconoscimento della figura professionale di autista soccorritore*). Il principio espresso dalla sentenza citata è stato più volte ribadito dalla Corte costituzionale che, sulla specifica materia, è intervenuta ripetutamente dal 2003 al 2006 e, poi, diverse volte anche negli anni successivi. Solo a titolo esemplificativo si possono ricordare: C. Cost., 12 dicembre 2003, n. 353 (dichiarazione di illegittimità costituzionale della legge della Regione Piemonte 24 ottobre 2002, n. 25 – recante *Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali*); *id*., 26 luglio 2005, n. 319 (dichiarazione di illegittimità costituzionale della legge della Regione Abruzzo 23 gennaio 2004, n. 2 – recante *Istituzione corsi di formazione professionale per l'esercizio dell'arte ausiliaria della professione sanitaria di massaggiatore-capo bagnino degli stabilimenti idroterapici*); *id*., 19 dicembre 2006, n. 424 (dichiarazione di illegittimità costituzionale di molti articoli della legge della Regione Campania 17 ottobre 2005, n. 18 – recante *Norme sulla musicoterapia e riconoscimento della figura professionale di musicoterapista*). Sulle tematiche trattate dalle sentenze citate in questa nota si veda E. Bindi, M. Mancini, *La Corte alla ricerca di una precisa delineazione dei confini della materia 'professioni' (nota a margine delle sentt. nn. 319, 355, 405 e 424 del 2005 della Corte Costituzionale*), in www.federalismi.it, 24/2005.

Da tutte le sentenze citate emerge in modo molto chiaro quale sia l'interpretazione data dalla Corte costituzionale alle norme inerenti le professioni sanitarie: norme che devono ritenersi riservate alla Stato, sia per quanto riguarda l'individuazione delle figure professionali, sia relativamente alla disciplina dei titoli necessari per l'esercizio, sia in relazione all'istituzione di nuovi Albi.
Chiarita l'assoluta condivisione dei principi affermati nella sentenza, deve però chiedersi se gli stessi siano corretti non solo dal punto di vista giuridico ma anche da quello sociale e se, conseguentemente, la norma introdotta dalla Regione Liguria, benchè ormai espunta dall'ordinamento, non possa costituire un suggerimento (o, forse, anche un monito) per il Legislatore nazionale.
Questa opinione (come tale, certamente opinabile soprattutto in considerazione del brevissimo lasso temporale intercorso tra la pubblicazione della sentenza e le pagine di commento qui contenute), motivata dalle ragioni che si vedranno nel successivo paragrafo, trova una possibile conferma nella stessa pronuncia della Corte costituzionale. In essa, infatti, la Corte non esclude la possibilità che il personale delle professioni sanitarie svolga attività libero-professionale ma chiarisce (soltanto) che la vigente normativa statale, nella parte in cui dispone che l'attività libero-professionale sia prevista solo per i medici e i dirigenti del ruolo sanitario assume "*… il preciso significato di circoscrivere a tali categorie il riconoscimento del diritto in questione …*"; conseguentemente, la Corte conclude affermando che, avendo già riconosciuto in passato a diverse disposizioni che disciplinano questa materia la natura di principio fondamentale, "*… l'art. 1, comma 1, della legge della Regione Liguria n. 6 del 2014, nell'estendere al personale sanitario non medico di cui alla legge n. 251 del 2000 la facoltà di svolgere tale attività, ha esorbitato dall'ambito riservato alla legislazione regionale, violando l'art. 117, terzo comma, Cost. …*".
Se questa, scaturente dalle parole utilizzate dalla Corte, è una possibile conferma della opinione sopra accennata secondo cui la sentenza della Corte non dovrebbe costituire un punto finale rispetto alla possibilità che anche il personale delle professioni sanitarie possa svolgere attività libero-professionale, deve però chiarirsi subito che la vera ragione è da individuare in considerazioni non tanto di natura giuridica quanto derivanti dall'evoluzione che ha interessato negli ultimi venticinque anni la disciplina delle professioni sanitarie e che non può dirsi ancora conclusa.

4. Le professioni sanitarie: da arti ausiliari a professioni

Le professioni sanitarie[27] ricomprendono tutte quelle attività che lo Stato italiano riconosce in forza di un titolo abilitante, che hanno quale oggetto la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.
Le professioni sanitarie costituiscono, dunque, un insieme di professioni molto variegato, alcune delle quali esistenti sin da tempi antichissimi, altre di recente introduzione. La prima normazione organica dello Stato moderno risale alla fine degli anni '20 dello scorso secolo quando, dapprima la legge 23 giugno 1927, n. 1264 (recante *Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie*) e poi il regio decreto 31 maggio 1928, n. 1334 (recante *Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie*), identificarono le professioni sanitarie all'epoca conosciute (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, infermiere) come <<ausiliarie>> e ne normarono ruoli e funzioni; successivamente, la professioni ausi-

[27] Su cui si veda, da ultimo, C. Bottari, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2011, pp. 185-219.

liarie furono disciplinate, benchè i testi normativi degli anni '20 non furono abrogati (anzi, devono ritenersi tuttora vigenti), all'interno del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (recante *Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie*).
Sorte, come indicato nella normativa di riferimento sopra citata, come professioni <<ausiliarie>> rispetto a quelle sanitarie già all'epoca riconosciute come tali (farmacista, medico chirurgo, odontoiatra, psicologo, veterinario), esse sono sempre state considerate professioni di secondo piano nel panorama giuridico, sociale e lavorativo italiano finchè, dagli anni '90 in poi dello scorso secolo, varie disposizioni legislative hanno comportato un completo riordino delle stesse e una sostanziale rivisitazione del ruolo, delle funzioni e delle attività formative necessarie per accedere alle relative professioni:

- dapprima, l'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*) ha attribuito alle Università la formazione dei profili professionali sanitari, sino ad allora di competenza delle Regioni[28];
- poi, l'art. 1, c. 1, della legge 26 febbraio 1999, n. 42 (recante *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) ha stabilito che la denominazione <<professione sanitaria ausiliaria>> contenuta nel testo unico delle leggi sanitarie, nonchè in ogni altra disposizione di legge, dovesse essere sostituita dalla denominazione <<professione sanitaria>>;

[28] Prima di questa norma, come sostenuto in più occasioni dalla Corte costituzionale, competeva "*… allo Stato la determinazione dei requisiti di ammissione alle scuole per operatori sanitari, delle norme generali sulla durata e la conclusione dei relativi corsi e infine dei requisiti di abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie … [mentre] … alle regioni spetta[va]no la diretta organizzazione dei corsi e degli esami di abilitazione oppure l'autorizzazione di corsi istituiti da privati e la vigilanza sui medesimi …*": così: C. Cost., 3 febbraio 1994, n. 21. Si consideri che, a seguito della attribuzione alla Università della competenza in materia di formazione degli operatori delle professioni sanitarie, sono stati emanati:

- il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (recante *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*) poi sostituito dal decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 (recante *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509*);
- il decreto ministeriale 29 marzo 2001 (recante *Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, c. 3, del D.Lgs. n. 502/1992, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2,3, e 4, della L. 251/2000 - art. 6, c. 1*) che classifica la professioni sanitarie nelle aree definite dalla L. 251/2000 e i decreti ministeriali 2 aprile 2001 (recanti *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie* e *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*) che definiscono le classi dei corsi di laurea triennale e specialistica per le professioni sanitarie, esplicitandone le attività formative indispensabili e gli obiettivi formativi qualificanti;
- il decreto interministeriale 19 febbraio 2009 (recante *Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie*) che ha nuovamente disciplinato le classi di laurea delle professioni sanitarie.

All'esito della normazione secondaria sopra riportata, le classi di laurea delle professioni sanitarie sono, attualmente, quattro: L/SNT1 classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica; L/SNT2 classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione; L/SNT3 classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche; L/SNT4 classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione. Analogamente, sono quattro anche le classi di laurea magistrale delle professioni sanitarie: LM/SNT1 classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica; LM/SNT2 classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione; LM/SNT3 classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche; LM/SNT4 classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione.

- ancora, la legge 10 agosto 2000, n. 251 (recante *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*) ha completato il quadro normativo individuando un modello organizzativo unico, finalizzato al riconoscimento a questi operatori sanitari di uno specifico ruolo da porsi in completa integrazione e collaborazione con le altre professioni sanitarie, in particolare quella del medico;
- infine, l'art. 6 della legge 1 febbraio 2006, n. 43 (recante *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*) ha previsto i livelli formativi successivi alla laurea triennale prevedendo le qualifiche di: professionisti sanitari (in possesso del diploma di laurea triennale); professionisti coordinatori (in possesso del master di primo livello); professionisti specialisti (in possesso del master di secondo livello); professionisti dirigenti (in possesso del diploma di laurea specialistica – oggi magistrale).

Deve ricordarsi, a completamento del quadro giuridico esposto, che l'esercizio delle professioni all'interno delle strutture sanitarie è oggi disciplinato anche a livello europeo da una direttiva[29] che ha individuato la disciplina delle qualifiche professionali acquisibili e spendibili nell'ambito dell'Unione europea.

Individuata in via generale la evoluzione normativa relativa alle professioni sanitarie, in Appendice è possibile trovare un quadro delle professioni sanitarie attualmente riconosciute e della normativa specifica che le regolamenta[30].

Tutto ciò premesso, è di tutta evidenza che le professioni sanitarie, di cui si è brevemente delineata la recente evoluzione normativa, costituiscano professioni molto peculiari, oggi presenti anche all'interno del Servizio sanitario nazionale e a cui sono affidati, nelle strutture sanitarie (pubbliche e private), ruoli e funzioni sempre più rilevanti e di responsabilità. Soprattutto in considerazione dei molteplici sbocchi formativi presenti a seguito della riforma contenuta nella L. 43/2006, deve ritenersi non coerente con i tempi escludere che i professionisti sanitari possano scegliere, se in rapporto di servizio esclusivo con il Servizio sanitario nazionale, di svolgere attività libero-professionale. Questa possibilità, infatti, oltre a comportare dei benefici effetti sull'intero sistema sanitario (su cui si veda più oltre), non sembra incontrare ostacoli specifici né sembra comportare lesione di interessi o diritti da parte di esercenti altre professioni. Per essere più espliciti, parrebbe che lo svolgimento di attività libero-professionale anche da parte del personale delle professioni sanitarie <<aggiungerebbe>> qualcosa al Servizio sanitario nazionale senza nulla <<togliere>>.

Per questa ragione, si ritiene che la pronuncia della Corte costituzionale sia certamente corretta dal punto di vista giuridico ma che la questione inerente la possibilità che il personale delle professioni sanitarie svolga attività libero-professionale non possa dirsi con tale sentenza risolta; se non è conforme ai principi contenuti nella Carta costituzionale una legge regionale

[29] Direttiva europea 2005/36/CE, recepita in Italia con il D.Lgs. 9 novembre 2007, n. 206 (recante *Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonchè della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania*).

[30] Tabella tratta dal sito *internet* http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto (consultato l'11 aprile 2015).

che preveda tale possibilità, potrebbero essere maturi i tempi perchè il Legislatore statale intervenga per raggiungere il medesimo risultato oggetto della legge regionale dichiarata costituzionalmente illegittima.

L'opinione ora espressa è suffragata, oltre che dall'analisi della evoluzione (sociale e culturale più che giuridica) sopra rappresentata, da due ulteriori considerazioni:

1. il rilievo delle attività che sono attualmente affidate all'interno del Servizio sanitario nazionale al personale afferente alle professioni sanitarie;
2. la nuova suddivisione delle competenze legislative prevista dalla riforma del Titolo V della Costituzione che dovrebbe a breve tradursi in legge costituzionale.

Quanto al primo punto, deve riprendersi quanto già scritto nel paragrafo 2, laddove si precisava che la *ratio* per la quale sin dai primi decenni dello scorso secolo è stato previsto che i medici potessero svolgere attività libero-professionale fosse rappresentata dalla congiunta volontà di: consentire una più ampia tutela della salute del cittadino (poiché il medico poteva effettuare maggiori prestazioni di cura rispetto a quanto possibile all'interno dell'orario di lavoro); accrescere le entrate finanziarie delle amministrazioni ospedaliere (perché parte dei compensi percepiti dai medici nell'esercizio dell'attività libero-professionale *intramoenia* confluivano – e, ancora oggi, è così – nelle casse della Azienda datrice di lavoro). E' indubbio che gli operatori delle professioni sanitarie che prestano attività lavorativa presso gli Enti del Servizio sanitario nazionale rivestono oggi un ruolo diverso ma non minore rispetto a quello proprio delle altre professioni che agiscono nel settore salute, come può desumersi da quanto contenuto nell'art. 1, c. 2, L. 251/2000 laddove si attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea. Se così è, è di tutta evidenza che consentire al personale delle professioni sanitarie lo svolgimento della attività libero-professionale comporterebbe, quali corollari rilevanti per il Servizio sanitario nazionale, l'attrazione di fonti di finanziamento alternative a quelle istituzionali; la motivazione per il personale coinvolto prevedendo nuove fonti di reddito; la garanzia del costante aggiornamento dei sanitari interessati; la riduzione delle liste d'attesa.

Quanto alla riforma costituzionale in *fieri* (punto 2 del precedente elenco numerato), è importante ribadire che il nuovo testo contenuto nel disegno di legge costituzionale, in materia di salute prevede: al comma 2, tra le competenze legislative statali, la materia <<disposizioni generali e comuni per la tutela della salute>>, al comma 4, tra le competenze residuali delle Regioni, la materia <<programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali>>. Se così sarà, potrebbe ritenersi che nella vigenza della nuova ripartizione delle competenze le Regioni potranno proporre discipline legislative quali quella della Regione Liguria dichiarata dalla sentenza in commento costituzionalmente illegittima. Tale convinzione deriva da un precedente in materia della stessa Corte costituzionale che, nella vigenza del riparto di competenze tra Stato e Regioni antecedente alla riforma costituzionale del 2001, analizzando proprio la disciplina dell'attività libero-professionale *intramuraria*, aveva chiarito in modo netto e dettagliato come la "*… disciplina dell'attività libero-professionale così detta intramuraria non concerne il*

modo in cui si esplica la professione medica, ma l'utilizzo, ai fini di prestazioni rese dai sanitari in regime di libera professione, delle strutture sanitarie pubbliche, l'impiego a tal fine di personale e risorse appartenenti alle aziende sanitarie, ed il relativo regime amministrativo e finanziario. Oggetti, questi, facenti capo, da un lato, allo stato giuridico dei dirigenti sanitari del servizio sanitario nazionale, dall'altro lato, e specificamente per quanto qui interessa, alla disciplina della organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, spettante alla competenza delle Regioni e delle Province autonome, ai sensi, in particolare, dell'art. 2, comma 2, del d.lgs. n. 502 del 1992 …"[31]. In considerazione di questo precedente potrebbe ritenersi che nel nuovo assetto costituzionale di riparto delle competenze la disposizione regionale oggetto della impugnativa costituzionale avrebbe potuto forse non essere dichiarata costituzionalmente illegittima, anche se, per avere un quadro completo occorrerebbe verificare come la Corte contemperebbe, nel caso specifico, la materia della organizzazione sanitaria (che, come detto, sarà ricompresa tra le materie di competenza regionale) con la materia delle professioni (che, invece, sarà ricompresa tra le materie di competenza statale)[32].

Al di là di queste (peraltro opinabili) speculazioni giuridiche, l'auspicio è che la questione possa essere risolta in altro modo; cioè, nel senso che a consentire alle figure professionali comprese nelle professioni sanitarie il diritto di svolgere attività libero-professionale (con ciò riconoscendo la loro completa equiparazione alle altre professioni operanti in ambito sanitario, cui tale diritto è riconosciuto da quasi un secolo) fosse una legge nazionale. Sarebbe da cogliere, in tal senso, l'occasione costituita dall'art. 1, c. 566, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2015*), il quale prevede che "*Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica*". Non è questa la sede per entrare nel merito di una disposizione normativa (che costituisce attuazione di quanto già previsto nell'art. 22 – rubricato *Gestione e sviluppo delle risorse umane* – del cd. Patto per la Salute[33]) che nella immediatezza della sua emanazione ha già avuto un rilevante eco mediatico, dividendo i commenti tra quanti si sono mostrati favorevoli alla possibilità che siano ridefinite le competenze professionali dei sanitari (peraltro, già oggetto di un Tavolo tecnico ministeriale i cui risultati, però, devono ancora essere trasmessi alla Conferenza Stato-Regioni[34]) e quanti

[31] C. Cost., 15 febbraio 2000, n. 63 (che in parte dichiarava costituzionalmente illegittime e in parte accoglieva tutta una serie di ricorsi proposti dalla Regione Puglia e dalle Province autonome di Bolzano e Trento nei confronti del decreto legge 20 giugno 1997, n. 175 – recante *Disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale* –, convertito in legge, senza modificazioni, dalla legge 7 agosto 1997, n. 272).

[32] In merito allo stretto rapporto che può verificarsi tra le materie <<professioni>> e <<tutela della salute>> si veda A. Gentilini, *La materia concorrente delle "professioni" e il rebus dell'individuazione delle singole figure professionali*, in *Giur. Cost.*, 2003, 3680 ss.

[33] Patto per la salute 2014-2016, siglato, a seguito dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, il 10 luglio 2014; si veda, al riguardo, AA.VV., *Patto per la salute 2014-2016*, in *Monitor*, n. 36/2014.

[34] Notizia appresa da ***Cosa prevede il "comma 566" della legge di Stabilità*, in** *Il quotidiano Sanità*, 9 gennaio 2015.

hanno interpretato la norma come un tentativo del Legislatore di trasferire ad altre professioni quelle che attualmente sono competenze del medico-chirurgo[35]; tuttavia, è indubbio che la norma potrebbe costituire una occasione da cogliere per completare l'evoluzione delle professioni sanitarie riconoscendo loro pari dignità rispetto alle professioni della salute più risalenti nel tempo.

Conclusioni

La recentissima sentenza 31 marzo 2015, n. 54 (pubblicata nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale dell'8 aprile 2015, n. 14) ha dichiarato la illegittimità costituzionale della legge della Regione Liguria 31 marzo 2014, n. 6 – recante *Disposizioni in materia di esercizio di attività professionale da parte del personale di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e successive modificazioni e integrazioni* – nella parte in cui, all'art. 1, c. 1, aveva previsto che il personale sanitario non medico disciplinato dalla L. 251/2000 operante con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture pubbliche regionali, possa esercitare attività libero professionale, al di fuori dell'orario di servizio, anche singolarmente all'interno dell'Azienda e in forma *intramuraria* allargata, presso le Aziende sanitarie locali, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli altri enti equiparati.

Dalla disamina contenuta nei precedenti paragrafi appare come la sentenza sia certamente corretta dal punto di vista giuridico ma che essa, probabilmente, potrebbe costituire l'occasione per il Legislatore statale di intervenire nuovamente sulla tematica inerente le professioni sanitarie; tematica oggetto di una rilevante evoluzione normativa realizzatasi negli ultimi venticinque anni e che ha comportato per le stesse il passaggio da <<arti ausiliarie delle professioni sanitarie>> (definizione contenuta nella L. 1264/1927) a vere e proprie <<professioni sanitarie>> (definizione contenuta nella L. 42/1999). Affinchè possa affermarsi che le professioni sanitarie definite come tali dal 1999 in poi (i**nfermieristica e ostetrica,** riabilitativa, tecnico sanitaria, tecnica della prevenzione) abbiano completato il loro processo di evoluzione sono necessari almeno due ulteriori passaggi: la trasformazione degli organi rappresentativi delle professioni da collegi a ordini (e l'istituzione di albi e ordini per le professioni sprovviste); la possibilità per gli operatori sanitari delle professioni sanitarie di svolgere attività libero-professionale. Per il primo degli aspetti citati è prevista una delega al Governo contenuta nella legge 43/2006 che, nonostante le proposte di legge presentate[36], non è stata tuttavia mai portata a compimento; in relazione alla possibilità che anche agli operatori delle professioni sanitarie sia consentito svolgere attività libero-professionale, potrebbe essere colta l'occasione costituita dall'art. 1, c. 566, L. 190/2014 il quale prevede che siano definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione.

Questo ulteriore passaggio (sociale più che normativo) si impone anche in considerazione

[35] Sulla questione del comma 566 si vedano, *ex multis*, L. Benci, *I rapporti tra medici e professioni sanitarie dopo il "comma 566" della legge di Stabilità 2015*, in www.lucabenci.it e S. Sebastiani, *Il dilemma del "comma 566" e le questioni delle competenze specialistiche*, in www.ipasvibo.it/wp-content/uploads/2015/04/7-Comma-566.pdf
(entrambi i siti *internet* sono stati consultati l'11 aprile 2015).

[36] Si veda il disegno di legge n. 725 presentato il 29 maggio 2013 d'iniziativa dei senatori Luigi d'Ambrosio Lettieri, Laura Bianconi e Lucio Romano, recante *Riordino della disciplina degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie*.

del rilievo che le figure professionali comprese nelle professioni sanitarie rivestono, sia in valore assoluto, sia all'interno del Servizio sanitario nazionale, come si può osservare dai dati esposti nelle Appendici 2[37] e 3[38].

Il personale delle professioni sanitarie riveste un ruolo molto rilevante nella salute pubblica; consentire a questo personale la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale *intramuraria*:

- non è in contrasto con quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella sentenza in commento; ciò in quanto la Corte non esclude la possibilità che il personale delle professioni sanitarie possa svolgere attività libero-professionale ma chiarisce soltanto che la vigente normativa statale (da intendersi quale normativa esprimente principi fondamentali che costituiscono il perimetro entro il quale le Regioni possono esercitare la loro autonomia legislativa) è al momento da intendersi nel senso di circoscrivere solo ai medici e ai dirigenti del ruolo sanitario la possibilità di svolgere attività libero-professionale;
- consentirebbe di attuare uno strumento ulteriore per portare a compimento il percorso di evoluzione di queste professioni un tempo definite <<ausiliarie>> rispetto alle altre professioni sanitarie riconosciute sin dai primi anni dello scorso secolo;
- costituirebbe un vantaggio per il Servizio sanitario nazionale consentendo una modalità utile per consentire a quanti ne hanno bisogno di accedere direttamente alle prestazioni dei professionisti sanitari anche in libera professione, con ciò ottenendo quali ulteriori e connessi benefici sia la possibilità di rivolgersi direttamente a professionisti operanti nel Servizio sanitario nazionale sia la riduzione delle liste di attesa.

Questo risultato, che potrebbe essere realizzato attuando quanto previsto dall'art. 1, c. 566, L. 190/2014 (che prevede un accordo tra Stato e Regioni finalizzato a definire i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione), inoltre, non sembra, ad avviso dello scrivente, comportare particolari problemi o ridurre diritti o interessi propri di altri professionisti della salute: si tratterebbe, dunque, di una soluzione che <<aggiungerebbe>> qualcosa ma nulla <<toglierebbe>> al Servizio sanitario nazionale.

[37] Dati estrapolati da una tabella tratta da A. Mastrillo, *Formazione, il trend è in calo*, in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 31 marzo-13 aprile 2015, nn. 12-13, p. 18.

[38] Dati estrapolati da una tabella tratta da Ministero della salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di direzione statistica, *Personale delle AUSL e degli istituti di cura pubblici – anno 2011*, Maggio 2014, documento pubblicato nel sito *internet* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2161 , p. 13 (consultato il 18 aprile 2015).

Appendice 1

Tabella tratta dal sito *internet* http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto (consultato l'11 aprile 2015).

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICA	
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356)
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
Terapista Occupazionale	D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
Educatore Professionale	D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	
Area Tecnico - diagnostica	
Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)
Area Tecnico – assistenziale	
Tecnico Ortopedico	D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Audioprotesista	D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
Igienista Dentale	D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	
Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

Appendice 2

Dati estrapolati da una tabella tratta da A. MASTRILLO, *Formazione, il trend è in calo*, in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 31 marzo-13 aprile 2015, nn. 12-13, p. 18.

PROFESSIONE	NUMERO OPERATORI
Assistente sanitario	5.823
Dietista	3.870
Educatore professionale	31.150
Fisioterapista	55.000
Igienista dentale	6.850
Infermiere	406.994
Infermiere pediatrico	10.580
Logopedista	9.700
Ortottista	4.426
Ostetrica	19.330
Podologo	1.422
Tecnico audiometrista	2.000
Tecnico audioprotesista	3.750
Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	3.000
Tecnico laboratorio	28.000
Tecnico neurofisiopatologia	1.445
Tecnico ortopedico	2.000
Tecnico prev. lavoro	20.500
Tecnico radiologia	27.086
Tecnico riab. psichiatrica	3.450
Terapista neuro età evolutiva	4.500
Terapista occupazionale	1.835
Totale 652.711	

Appendice 3

Dati estrapolati da una tabella tratta da Ministero della salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di direzione statistica, *Personale delle AUSL e degli istituti di cura pubblici – anno 2011*, Maggio 2014, documento pubblicato nel sito *internet* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2161 , p. 13 (consultato il 18 aprile 2015).

Ruolo sanitario (452.976)					
Mecici e Odon-toiatri	Altro Laureato	Personale Infermieri-stico	Tecnico-Sanitario	Riabilitazione	Vigilanza e Ispezione
106.779	17.998	264.378	322	33.294	20.009

Bibliografia e sentenze citate

- AA.VV., *Patto per la salute 2014-2016*, in *Monitor*, n. 36/2014
- R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002
- L. Benci, *I rapporti tra medici e professioni sanitarie dopo il "comma 566" della legge di Stabilità 2015*, in www.lucabenci.it
- M. Belletti, *Il difficile rapporto tra "tutela della salute" ed "assistenza ed organizzazione sanitaria". Percorsi di una prevalenza che diviene cedevole*, in *Le Regioni*, 5/2006
- E. Bindi, M. Mancini, *La Corte alla ricerca di una precisa delineazione dei confini della materia 'professioni' (nota a margine delle sentt. nn. 319, 355, 405 e 424 del 2005 della Corte Costituzionale*), in www.federalismi.it
- C. Bottari, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2011
- M. Conticelli, *Lavori in corso nel servizio sanitario: molto rumore per …?*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5/2013
- P. De Angelis, *Il personale universitario, docente e non docente, che svolge attività assistenziale. Inquadramento giuridico e questioni applicative*, Torino, Giappichelli, 2014
- F. Gallo, Relazione del Presidente della Corte costituzionale, riunione straordinaria del 12 aprile 2013
- A. Gentilini, *La materia concorrente delle "professioni" e il rebus dell'individuazione delle singole figure professionali*, in *Giur. Cost.*

- T. Groppi, M. Olivetti (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo Titolo V*, Torino, Giappichelli, 2002
- S. Marcazzan, *La riforma del Titolo V della Costituzione: il nuovo ruolo delle Regioni nei rapporti con lo Stato e con l'Unione europea*, 2004, consultabile all'indirizzo *internet* di seguito riportato: www.amministrazioneincammino.luiss.it
- T. Martines, *Lineamenti di diritto regionale*, Milano, Giuffrè, 2002
- A. Mastrillo, *Formazione, il trend è in calo*, in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 31 marzo-13 aprile 2015, nn. 12-13
- G. Rolla, *Diritto regionale e degli enti locali*, Milano, Giuffrè, 2002
- S. Sebastiani, *Il dilemma del "comma 566" e le questioni delle competenze specialistiche*, in www.ipasvibo.it/wp-content/uploads/2015/04/7-Comma-566.pdf

- C. Cost., 21 maggio 1975, n. 111
- C. Cost., 2 giugno 1977, n. 103
- C. Cost., 11 ottobre 1983, n. 307
- C. Cost., 25 febbraio 1988, n. 214
- C. Cost., 3 febbraio 1994, n. 21
- C. Cost., 18 luglio 1997, n. 242
- C. Cost., 20 luglio 1999, n. 330
- C. Cost., 15 febbraio 2000, n. 63
- C. Cost., 26 giugno 2002, n. 282
- C. Cost., 4 dicembre 2002, n. 510
- C. Cost., 1 ottobre 2003, n. 303
- C. Cost., 12 dicembre 2003, n. 353
- C. Cost., 13 gennaio 2004, n. 6
- C. Cost., 13 gennaio 2004, n. 14
- C. Cost., 22 luglio 2004, n. 259
- C. Cost., 27 luglio 2004, n. 272
- C. Cost., 15 novembre 2004, n. 345
- C. Cost., 26 luglio 2005, n. 319
- C. Cost., 25 novembre 2005, n. 424

- C. Cost., 1 febbraio 2006, n. 31
- C. Cost., 8 febbraio 2006, n. 40
- C. Cost., 5 maggio 2006, n. 181
- C. Cost., 19 dicembre 2006, n. 424
- C. Cost., 23 novembre 2007, n. 401
- C. Cost., 23 febbraio 2007, n. 50
- C. Cost., 14 novembre 2008, n. 371
- C. Cost., 4 aprile 2008, n. 86
- C. Cost., 22 maggio 2009, n. 160
- C. Cost., 22 ottobre 2010, n. 300
- C. Cost., 11 dicembre 2013, n. 301