

# La libera professione intramuraria nella prospettiva del regionalismo differenziato\*

Francesco Gallarati\*\*

**SOMMARIO:** 1. Sull'ammissibilità in astratto delle richieste di autonomia differenziata in materia di attività *intramoenia*. – 2. Sulle potenzialità in concreto della devoluzione di competenze in questo settore. – 3. Sui singoli ambiti di intervento: a) la facoltà di scelta tra rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo. – 4. b) La predisposizione degli spazi per l'esercizio dell'attività professionale. – 5. c) Il rapporto tra attività libero-professionale e attività istituzionale. – 6. d) Il profilo soggettivo dell'attività *intramoenia*. – 7. Brevi considerazioni finali.

**ABSTRACT:**

Le richieste di Lombardia e Veneto volte ad ottenere maggiore autonomia in materia di regolamentazione dell'attività libero-professionale intramuraria offrono alcuni spunti di riflessione in merito alle potenzialità, nonché soprattutto ai limiti e alle contraddizioni del regionalismo differenziato in materia sanitaria. Benché infatti in tale ambito siano in astratto ammissibili richieste di attribuzione di forme ulteriori di autonomia, il presente contributo mostra come, in concreto, i margini di manovra a disposizione delle Regioni siano piuttosto limitati, sia per la necessità di preservare una disciplina uniforme della materia su tutto il territorio nazionale, sia a causa della formulazione letterale delle clausole contenute nelle bozze di intesa.

---

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

\*\* Assegnista di ricerca in Diritto pubblico comparato nell'Università di Genova, francesco.gallarati@edu.unige.it.

*The requests of Lombardy and Veneto aimed at obtaining greater autonomy in the regulation of intramoenia professional activity offer an interesting point of reflection for the assessment of the potential, as well as of the limits and contradictions of asymmetric regionalism in health matters. Although in this area, in theory, requests for the attribution of further forms of autonomy are admissible, this contribution shows how, in practice, the margins of manoeuvre available to the Regions are rather limited, both for the need to preserve a uniform discipline of the subject throughout the country, and because of the literal formulation of the clauses contained in the draft agreements.*

## 1. Sull'ammissibilità in astratto delle richieste di autonomia differenziata in materia di attività intramoenia

Il presente contributo intende concentrarsi su un aspetto di dettaglio, nell'ambito della più ampia riflessione sulle sfide che l'attuazione del regionalismo differenziato pone di fronte al Servizio sanitario nazionale. Ci si soffermerà, in particolare, sulla disciplina dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria nella prospettiva dell'art. 116, comma 3 Cost. Si tratta di un profilo specifico, che tuttavia offre interessanti spunti di riflessione sulle potenzialità, nonché sui limiti e sulle contraddizioni del processo di attuazione del regionalismo differenziato in materia sanitaria.

Delle tre Regioni che per prime hanno avviato il percorso per l'attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost., due hanno inserito, tra le richieste riguardanti la materia sanitaria, la possibilità di godere di maggiore autonomia nella regolamentazione dell'attività libero-professionale del personale medico e della dirigenza sanitaria.

Nello specifico, in base a quanto si apprende dalle bozze non ufficiali disponibili su internet<sup>1</sup>, la Regione Veneto e la Regione Lombardia hanno chiesto di potere ottenere la competenza a legiferare «sull'attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari del servizio sanitario regionale, nel rispetto delle disposizioni statali in materia di ordinamento civile e di quanto previsto dalla contrattazione collettiva nazionale»<sup>2</sup>.

Delle restanti Regioni che hanno avviato il procedimento volto ad ottenere ulteriori forme di autonomia, inoltre, per quanto è stato possibile accertare, risulta che tale materia sia stata oggetto di una specifica richiesta da parte della Regione Toscana<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Ai fini del presente contributo, si farà riferimento alle bozze di intesa pubblicate sul sito Roars.it, datate 15 maggio 2019.

<sup>2</sup> V. l'art. 29, lett. d) della bozza di intesa della Regione Veneto e l'art. 25, lett. d) della bozza di intesa della Regione Lombardia.

<sup>3</sup> Si fa riferimento alla delibera approvata dalla Giunta regionale della Toscana nel maggio 2018, contenente le richieste di autonomia differenziata, allegata al Dossier del Servizio Studi del Senato n. 45 del luglio 2018, intitolato "Verso un regionalismo differenziato: le Regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari con il Governo". In tale delibera la Regione Toscana chiede tra l'altro la «possibilità di regolamentare la libera professione intramoenia, prevedendo nel

Dato questo quadro, una prima questione da porsi è se questa richiesta sia ammissibile, se cioè la disciplina della libera professione intramuraria rientri tra le materie nelle quali, in base all'art. 116, comma 3 Cost., le Regioni possono ottenere ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.

In linea di principio, la risposta deve essere affermativa. La Corte costituzionale, infatti, a partire dalla sentenza n. 181 del 2006<sup>4</sup> ha riconosciuto che la disciplina dell'*intramoenia*, sebbene incida contestualmente su una pluralità di materie (segnatamente sulla materia "ordinamento civile" e sull'"organizzazione di enti non statali e non nazionali"), vada ascritta alla materia "tutela della salute", secondo il criterio di prevalenza<sup>5</sup>. Ciò in quanto, come ripetutamente affermato dalla Corte, le norme dettate in questo ambito presentano una stretta inerenza «*con l'organizzazione servizio sanitario nazionale 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*»<sup>6</sup>.

In altre parole, la disciplina dell'attività libero-professionale del personale medico e sanitario, pur incidendo su una pluralità di ambiti materiali, in parte riconducibili alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (come nel caso dell'"ordinamento civile"), ed in parte alla competenza residuale delle Regioni (come nel caso della "organizzazione di enti non statali e non nazionali"), deve essere ascritta con prevalenza alla materia di potestà legislativa concorrente della "tutela della salute", con la conseguenza che essa è, in linea di principio, suscettibile di essere interessata dalla devoluzione di competenze *ex art. 116, comma 3, Cost.*

## 2. Sulle potenzialità in concreto della devoluzione di competenze in questo settore

Ciò detto in astratto, bisogna chiedersi in concreto in cosa possa consistere l'attribuzione di ulteriori forme di autonomia in questo settore; ovvero di quali maggiori margini di

---

*contempo strumenti da finanziare con risorse aggiuntive per assicurare la possibilità di attrarre nel sistema elevatissime competenze professionali in un regime di esclusività del rapporto.*

<sup>4</sup> Corte costituzionale, sentenza n. 181 del 2006, con commento di M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra "tutela della salute" ed "assistenza ed organizzazione sanitaria". Percorsi di una prevalenza che diviene cedevole*, in *Le Regioni*, 2006, n. 5, pp. 1776 ss.

<sup>5</sup> Sul criterio di prevalenza nel riparto di competenze tra Stato e Regioni, v. *ex multis*, F. BENELLI, R. BIN, *Prevalenza e "ri-materializzazione delle materie": scacco matto alle Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, n. 6, pp. 1185 ss.

<sup>6</sup> Corte costituzionale, sentenza n. 181 del 2006. In senso conforme, v. altresì le sentenze n. 54 del 2015, n. 301 del 2013, n. 50 del 2007 e n. 371 del 2008.

manovra potrebbero disporre le Regioni qualora le loro richieste venissero effettivamente soddisfatte.

Per rispondere a questa domanda, occorre muovere da una considerazione, forse banale, che tuttavia appare indispensabile per inquadrare correttamente i termini della questione. Come evidenziato in più occasioni dalla giurisprudenza costituzionale<sup>7</sup>, e come ribadito ancora di recente dalla dottrina<sup>8</sup>, nella materia sanitaria (e non solo) la disciplina delle modalità di organizzazione del servizio intrattiene un rapporto di diretta strumentalità rispetto alla tutela del diritto fondamentale alla salute. Sicché in questo ambito la – pur legittima e, per certi versi, auspicabile – attribuzione di forme differenziate di autonomia alle Regioni non può prescindere dalla necessità di preservare l'unitarietà del sistema sanitario nazionale e la sua capacità di garantire in maniera coerente ed efficace la tutela della salute su tutto il territorio nazionale.

Se questo è vero, ne consegue che il riconoscimento di ulteriori forme di autonomia nel settore della libera professione intramuraria incontra un limite nell'esigenza di garantire una tendenziale uniformità tra le diverse legislazioni ed i sistemi sanitari delle Regioni in ordine a quei profili della materia che si pongono in rapporto di stretta inerenza con la tutela del diritto costituzionale alla salute<sup>9</sup>.

Beninteso, dalle considerazioni sopra esposte non deriva l'illegittimità costituzionale di clausole – come quelle contenute nelle bozze di intesa tra il Governo e le Regioni Veneto e Lombardia – attributive della potestà legislativa in materia di attività *intramoenia*.

Diversamente, il necessario rispetto del principio di unitarietà dovrebbe invece tradursi nell'obbligo, per le Regioni beneficiarie di condizioni di autonomia differenziata, di esercitare la potestà legislativa loro attribuita nel rispetto di quei principi organizzativi che, afferendo direttamente alla tutela del diritto costituzionale alla salute, devono essere osservati in maniera uniforme a livello nazionale.

D'altra parte, l'esigenza di salvaguardare l'unitarietà della disciplina in materia di tutela della salute non è estranea alle bozze di intesa stipulate dal Governo con le Regioni Lombardia e Veneto, dove infatti viene affermato che le condizioni di autonomia ulteriori at-

<sup>7</sup> In materia di libera professione intramuraria, si veda per tutte la sentenza n. 371 del 2008, con commento di C. MAINARDIS, *Qualche osservazione a Corte cost. n. 371/2008 (tra poteri sostitutivi statali ordinari e straordinari, interpretazione conforme e assetto dei rapporti Stato – Regioni)*, in *Le Regioni*, 2009, n. 1.

<sup>8</sup> Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, p. 8, i quali affermano che «Il concreto funzionamento del riparto di competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni in sanità riflette la stretta implicazione tra protezione del diritto alla salute e organizzazione dei servizi connaturata ad un tale sistema. Questo rapporto di reciproco condizionamento trova una conferma evidente nella possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle loro specificazioni possa comportare la posizione di standard organizzativi». A questo proposito, proprio con riferimento alla libera professione intramuraria, gli A. aggiungono: «Si pensi al caso della c.d. libera professione intramuraria 22, le cui regole di fondo costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117, comma 3, in quanto posti a presidio di un delicato bilanciamento tra funzioni pubbliche e attività economica privata, programmazione e concorrenza, interesse pubblico all'esclusività del rapporto di lavoro e interesse pubblico alla qualità professionale dei medici dipendenti dal Ssn, e così via».

<sup>9</sup> Cfr. in questo senso la sentenza della Corte costituzionale n. 371 del 2008.

tribuite alle Regioni in tale ambito devono essere esercitate *«nell'ambito della legislazione concorrente di cui all'art. 117, comma 3, della Costituzione e nel rispetto dei principi che, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, fondano il Servizio sanitario nazionale»*<sup>10</sup>.

Fatte queste premesse, è ora possibile verificare di quali spazi di autonomia potrebbero in concreto beneficiare le Regioni richiedenti, ove fosse effettivamente portata a compimento la devoluzione di competenze legislative in questo settore.

A tal fine, si prenderanno in esame i temi rispetto ai quali negli ultimi anni si sono verificati i principali scostamenti tra la disciplina statale e quella regionale; ovvero quegli aspetti della disciplina dell'*intramoenia* rispetto ai quali si sono registrati i maggiori contrasti tra lo Stato e le Regioni, i quali sono sfociati nel contenzioso costituzionale.

### 3. Sui singoli ambiti di intervento: a) la facoltà di scelta tra rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo

Un primo aspetto riguarda la facoltà per i dirigenti medici e sanitari di scegliere tra il regime di lavoro esclusivo, che comporta il diritto di esercitare l'attività professionale intramuraria, e il regime di lavoro non esclusivo, con facoltà di esercitare attività professionale extramuraria.

Questa facoltà di scelta, prevista attualmente dall'art. 15-*quater*, D.lgs. 502/1992<sup>11</sup>, potrebbe essere messa in discussione dalle Regioni a seguito del conferimento di ulteriore spazio di autonomia?

A questo proposito, occorre ricordare che la Corte costituzionale, nella sentenza n. 50 del 2007, ha affermato che la disciplina del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari, ed in particolare del loro rapporto di esclusività con l'amministrazione sanitaria da cui dipendono, rappresenta *«un elemento dei più caratterizzanti nella disciplina del rapporto tra personale sanitario ed utenti del servizio sanitario, nonché della stessa organizzazione sanitaria»*, data la stretta inerenza tra la disciplina del rapporto di lavoro dei dirigenti medici con l'organizzazione del SSR e quindi, indirettamente, con l'effettiva erogazione delle prestazioni in favore dell'utenza<sup>12</sup>.

In quest'ottica, la Corte ha in più occasioni riconosciuto che la facoltà di scelta tra i due regimi di lavoro rappresenta espressione di un principio fondamentale della materia, essendo diretto *«a garantire una tendenziale uniformità tra le diverse legislazioni ed i si-*

<sup>10</sup> Così la parte iniziale del primo comma dell'art. 29, della bozza di intesa della Regione Veneto e dell'art. 25 della bozza di intesa della Regione Lombardia

<sup>11</sup> Il 4° comma dell'art. 15-*quater* prevede infatti la possibilità per i dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo.

<sup>12</sup> Corte costituzionale, sentenza n. 50 del 2007. V. in senso analogo anche la sentenza n. 181/2006.

*stemi sanitari delle Regioni e Province autonome in ordine ad un profilo qualificante del rapporto tra sanità ed utenti*<sup>13</sup>.

Dato questo contesto, è lecito dubitare che, anche in caso di attuazione del regionalismo differenziato, alle Regioni beneficiarie di ulteriori forme di autonomia possa essere consentito, nell'esercizio delle maggiori competenze loro attribuite, di derogare al sistema delineato dal legislatore nazionale, imperniato sulla facoltà di scelta tra il regime di lavoro esclusivo e quello non esclusivo.

L'adozione di discipline differenziate in questo settore, infatti, potrebbe innescare una migrazione di professionisti verso le Regioni in cui vi siano condizioni più vantaggiose per l'esercizio dell'attività professionale, con conseguente alterazione delle condizioni di fruizione del servizio tra i cittadini residenti nelle diverse Regioni<sup>14</sup>.

Una simile disciplina, dunque, oltre ad incontrare il limite implicito rappresentato dall'esigenza di garantire una tutela uniforme del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, si porrebbe altresì in contrasto con il limite sancito esplicitamente dalle bozze di intesa, in base al quale la potestà legislativa regionale in materia di salute deve esercitarsi nel rispetto dei principi che, in attuazione dell'art. 32 Cost., fondano il Servizio sanitario nazionale. Ciò detto, non sembrerebbe invece da escludere a priori la possibilità per le Regioni titolari di forme particolari di autonomia di dettare una disciplina di maggiore favore per il rapporto di lavoro esclusivo, ad esempio introducendo delle misure incentivanti per indurre il personale medico e sanitario a prediligere l'esercizio della professione intramuraria rispetto a quella extramuraria, o disciplinando in maniera più restrittiva la possibilità per il personale con rapporto di lavoro non esclusivo di assumere o mantenere la direzione di strutture sanitarie semplici e complesse<sup>15</sup>.

A ben vedere, tuttavia, un siffatto margine di autonomia potrebbe essere già riconosciuto a tutte le Regioni ordinarie nell'attuale assetto delle competenze legislative definito dall'art. 117, comma 3 Cost., ove si operasse un'equilibrata distinzione tra i principi fondamentali della materia, espressione della potestà unificatrice dello Stato (nella specie, il principio della facoltà di scelta tra regime di esclusività e di non esclusività), da un lato, e, la disciplina di dettaglio di competenza regionale, dall'altro.

<sup>13</sup> In questi termini si esprime la Corte nella sentenza n. 50 del 2007, ripresa in seguito dalle sentenze n. 86 del 2008, n. 371 del 2008 e 54 del 2015.

<sup>14</sup> Cfr. in questo senso R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, p. 474, il quale indica nell'adozione di «regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria» uno dei fattori che potrebbero contribuire ad una decostruzione del Ssn e alla contestuale «costruzione di un sistema "a doppio pilastro" assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato».

<sup>15</sup> Sul punto, infatti, bisogna ricordare che attualmente l'art. 15-quater, comma 4, prevede che «la non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse».

## 4. b) La predisposizione degli spazi per l'esercizio dell'attività professionale

Un secondo aspetto, direttamente collegato a quello sopra esaminato, riguarda la messa a disposizione degli spazi e delle strutture per l'esercizio dell'attività libero-professionale *intramoenia*. Come noto, si tratta di una delle questioni più controverse, su cui si sono concentrati numerosi interventi legislativi adottati negli anni recenti, tra cui in particolare la legge n. 120/2007<sup>16</sup>.

La Corte costituzionale, chiamata a pronunciarsi sul riparto di competenze legislative in materia, ha chiarito che, dal momento che il diritto dei dirigenti sanitari che optino per il rapporto esclusivo di esercitare la libera professione intramuraria rappresenta un principio fondamentale della materia "tutela della salute", deve parimenti considerarsi un principio fondamentale anche la previsione dell'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di spazi adeguati per l'esercizio di tale attività<sup>17</sup>.

La ragione di tale affermazione è chiara: poiché la predisposizione degli spazi costituisce una condizione necessaria per l'esercizio dell'attività libero professionale in regime *intramoenia*, se le Regioni potessero discostarsi dalla legislazione statale nella parte in cui prevede l'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di spazi adeguati, verrebbe vanificato l'obiettivo sotteso all'affermazione del principio fondamentale della facoltà di scelta tra libera professione intramuraria ed extramuraria.

Pertanto, se si conviene che le Regioni, anche a seguito di un'eventuale attuazione del regionalismo differenziato, dovrebbero comunque rispettare il principio per cui il personale medico con rapporto di lavoro esclusivo ha diritto di esercitare attività *intramoenia*, in quanto questo rappresenta un elemento qualificante del Servizio sanitario nazionale, le stesse conclusioni devono essere necessariamente estese anche alla previsione dell'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di spazi adeguati per l'esercizio di tale attività.

L'attribuzione di competenze regionali in materia pertanto è limitata alla sola determinazione delle modalità attraverso cui dare concreta attuazione al suddetto principio, stabilendo ad esempio se e in che modo le aziende sanitarie si possano avvalere di strutture esterne, di studi professionali, ecc.

Ma, anche in questo caso, si tratta di un margine di intervento che rientra già nella disponibilità delle Regioni ai sensi dell'art. 117, comma 3 Cost. In questo senso, è possibile citare

<sup>16</sup> V. l'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 120, come modificata dal Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, in Legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. Decreto Balduzzi).

<sup>17</sup> V. in questo senso la sentenza n. 371 del 2008, che muovendo dall'affermazione contenuta nella sentenza n. 50 del 2007, secondo cui la facoltà di scelta tra i due regimi di lavoro dei dirigenti sanitari (esclusivo e non esclusivo) è espressione di un principio fondamentale della materia, afferma che «è destinata a partecipare di questo stesso carattere di normativa di principio anche quella volta 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 sentenza n. 371 del 2008, con cui la Corte costituzionale ha riconosciuto in capo alle Regioni «la potestà di disciplinare aspetti relativi alle modalità di organizzazione dell'esercizio della libera professione intra moenia da parte dei sanitari che abbiano optato per il tempo pieno»<sup>18</sup>.

## 5. c) Il rapporto tra attività libero-professionale e attività istituzionale

Un altro profilo che potrebbe in astratto formare oggetto di attribuzione di maggiori spazi di autonomia in favore delle Regioni riguarda la disciplina del rapporto tra attività libero-professionale e attività istituzionale per i medici che abbiano optato per il regime di lavoro esclusivo.

La legge statale infatti prevede come principio fondamentale che il volume complessivo di prestazioni erogate in regime di *intramoenia* non possa essere superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Essa quindi rimette alla contrattazione collettiva nazionale il compito di definire il corretto equilibrio tra l'attività istituzionale e l'attività libero-professionale, nel rispetto del principio di prevalenza della prima sulla seconda<sup>19</sup>.

Sul punto, non sono mancate proposte per derogare a livello regionale all'equilibrio fissato dal legislatore statale, talvolta in senso restrittivo al fine di ridurre le liste di attesa, talaltra in senso estensivo nel tentativo di rendere attrattiva la sanità pubblica per i professionisti più qualificati. In particolare, nel 2018 ha fatto discutere la proposta del Presidente della Regione Toscana di introdurre un limite settimanale di dieci ore per le attività *intramoenia*. Tale proposta ha provocato la reazione dei sindacati di categoria che hanno, tra l'altro, rilevato l'illegittimità costituzionale di una simile misura, in quanto ritenuta lesiva dei principi fondamentali della materia stabiliti dalla legge statale<sup>20</sup>.

Occorre dunque domandarsi se l'attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost. possa, in prospettiva, comportare l'attribuzione alle Regioni della potestà di derogare alla disciplina statale in materia di rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale del personale in regime esclusivo.

Anche in questo caso, la risposta parrebbe dover essere negativa. Da un lato, infatti, si ripropone anche qui il problema di uniformità già evidenziato in precedenza, in quanto la

<sup>18</sup> La Corte ha quindi dichiarato costituzionalmente illegittima diverse parti della disposizione censurata, in quanto ponevano delle prescrizioni che, lungi dall'essere espressive di un principio fondamentale, regolavano «in modo dettagliato ed autoapplicativo l'attività di reperimento dei locali in questione», concretando una lesione della potestà delle Regioni «di disciplinare aspetti relativi alle modalità di organizzazione dell'esercizio della libera professione intra moenia da parte dei sanitari che abbiano optato per il tempo pieno».

<sup>19</sup> Così l'art. 15-*quinquies*, comma 3, D.lgs. 502/1992.

<sup>20</sup> Il riferimento è alla notizia apparsa il 5 novembre 2018, tra l'altro, sul sito [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it), in cui il Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi espone alcune proposte di riforma della libera professione intramuraria.

possibilità di adottare legislazioni regionali differenziate in questo ambito rischierebbe di innescare un circolo vizioso di competizione tra le Regioni che, per attrarre i professionisti più qualificati, sarebbero indotte a “offrire” condizioni più vantaggiose per lo svolgimento dell’attività professionale.

Dall’altro lato, tale prospettiva di ampliamento delle competenze regionali non sembra trovare riscontro nelle stesse clausole attributive della competenza contenute nelle bozze di intesa. Queste infatti, come detto, attribuiscono alle Regioni Lombardia e Veneto la competenza di legiferare in materia di attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari del servizio sanitario regionale, fermo restando però in ogni caso il «rispetto delle disposizioni statali in materia di ordinamento civile e di quanto previsto dalla contrattazione collettiva nazionale»<sup>21</sup>.

Ebbene, se si considera che, in attuazione della legge statale, è la contrattazione collettiva nazionale a definire le condizioni di equilibrio tra l’attività istituzionale e l’attività libero-professionale<sup>22</sup>, la previsione del necessario rispetto da parte del legislatore regionale delle disposizioni statali in materia di ordinamento civile e di quanto previsto dal CCNL, di fatto ha l’effetto di precludere ogni intervento delle Regioni in questo ambito.

## 6. d) Il profilo soggettivo dell’attività *intramoenia*

Infine, un ultimo aspetto da esaminare riguarda il profilo soggettivo dell’attività *intramoenia*, ovvero l’individuazione dei soggetti abilitati all’esercizio dell’attività libero-professionale intramuraria.

Come noto, la legislazione statale in questo ambito ha da sempre riguardato specificamente il personale medico e il personale della dirigenza del ruolo sanitario, mentre nulla è stato previsto in merito all’attività libero-professionale del personale sanitario non medico<sup>23</sup>. In questi ultimi anni, quindi, la carenza di operatori delle professioni sanitarie non mediche ha portato alcune Regioni ad estendere anche a questi ultimi la possibilità, prevista dalla legge nazionale per il solo personale medico, di esercitare attività libero-professionale *intramoenia*.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 54 del 2015, ha censurato una legge della Regione Liguria che aveva operato tale estensione, perché ha ritenuto che anche la disciplina del profilo soggettivo dell’attività *intramoenia* rivestisse la natura di principio fondamentale della materia, «in quanto volta a definire uno degli aspetti più qualificanti della organizzazione sanitaria, overosia quella della individuazione dei soggetti legittimati a svolgere

<sup>21</sup> V. l’art. 29, lett. d) della bozza di intesa della Regione Veneto e l’art. 25, lett. d) della bozza di intesa della Regione Lombardia.

<sup>22</sup> Cfr. art. 15-*quinquies*, comma 3, D.lgs. 502/1992.

<sup>23</sup> Per una ricostruzione dell’evoluzione normativa su questo punto v. la sentenza n. 54 del 2015 della Corte costituzionale.

*la libera professione all'interno della struttura sanitaria, il quale richiede una disciplina uniforme sull'intero territorio nazionale»<sup>24</sup>.*

Si tratta di una decisione discutibile, che appare invero il frutto di un'interpretazione eccessivamente restrittiva degli ambiti di competenza regionale<sup>25</sup>.

Ad ogni modo, l'ostacolo derivante dalla qualificazione del profilo soggettivo dell'attività *intramoenia* come un principio fondamentale della materia potrebbe probabilmente essere superato qualora, in sede di attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost., venissero conferite alle Regioni particolari condizioni di autonomia in questo ambito.

Senonché, anche in questo caso, la formulazione letterale della clausola attributiva della competenza contenuta nelle bozze di intesa non sembra prefigurare tale scenario.

Nelle bozze di intesa, infatti, si fa specifico riferimento alla disciplina dell'attività libero-professionale «*dei dirigenti medici e sanitari del servizio sanitario regionale*», ovvero dei medesimi soggetti già contemplati dalla legge statale. Così facendo, quindi, lungi dall'estendere il margine di intervento a disposizione del legislatore regionale, le bozze di intesa finiscono per consolidare, attraverso una fonte rinforzata, l'attuale assetto sancito dalla legge statale vigente.

## 7. Brevi considerazioni finali

In conclusione, l'analisi della specifica richiesta di autonomia differenziata riguardante la libera professione intramuraria consente di trarre alcune considerazioni di ordine generale, circa l'impatto che l'attuazione del regionalismo differenziato è destinato ad avere sulla materia sanitaria.

Innanzitutto, si è detto che se – come appare doveroso – si interpreta il processo di attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost. alla luce dell'esigenza di salvaguardare l'unitarietà di quegli aspetti dell'organizzazione sanitaria che incidono indirettamente sulla tutela del diritto alla salute, la capacità devolutiva della legge di differenziazione viene sensibilmente ridimensionata, riducendosi a poco più che un regolamento di confini tra competenze statali e regionali all'interno di un ambito materiale che è comunque destinato a restare incardinato nella potestà legislativa concorrente.

<sup>24</sup> Corte costituzionale, sentenza n. 54 del 2015, con commento di P. DE ANGELIS, *L'attività professionale sanitaria intramuraria: per molti ma non per tutti. Commento a prima lettura di Corte costituzionale, 31 marzo 2015, n. 54*, in *Amministrazione@mente*, 2015, nn. 5-6, pp. 3 ss.; A. ROVAGNATI, *Regolazione dell'attività professionale intramuraria del personale sanitario non medico e principi fondamentali in materia di tutela della salute*, in *Le Regioni*, 2015, n. 4, pp. 972 ss.

<sup>25</sup> Si potrebbe infatti argomentare che la disciplina delle attività sanitarie non mediche non presenti una connessione tale con il diritto alla salute da richiedere una disciplina uniforme a livello nazionale, oppure che l'estensione dell'attività libero-professionale per il personale sanitario non comporti i medesimi rischi che si sono evidenziati in precedenza in relazione al personale medico.

Inoltre, l'esame delle clausole delle bozze di intesa riguardanti il settore dell'*intramoenia* è indicativo della scarsa portata innovativa che connota alcune delle richieste regionali, in questo ambito così come in molti altri settori. Per un verso, infatti, si è visto come le bozze di intesa si fondino sul quadro normativo statale vigente, contribuendo a cristallizzare lo *status quo ante* e a renderne più difficile il superamento. Per altro verso, in molti casi le bozze di intesa producono degli effetti che, probabilmente, potrebbero essere raggiunti anche attraverso un'interpretazione più calibrata degli spazi di intervento statale e regionale nell'ambito dell'art. 117, terzo comma, Cost.

D'altra parte, proprio l'incertezza del riparto di competenze definito dall'art. 117 Cost., nonché la volontà di prevenire ulteriori interpretazioni riduttive degli ambiti di competenza delle Regioni da parte della Corte costituzionale, sembrano essere alla base di molte delle richieste di autonomia avanzate dalle Regioni. Senonché lo strumento individuato nelle bozze di intesa – ovvero l'elencazione puntuale delle funzioni di competenza regionale – rischia di riprodurre le medesime questioni definitorie che si sono poste in relazione alle materie enumerate dall'art. 117 Cost., contribuendo così ad incrementare quella stessa incertezza che le Regioni si propongono di contrastare<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Sul punto, sia consentito di rinviare a F. GALLARATI, *Le conseguenze dell'attuazione del regionalismo differenziato sul riparto di competenze legislative tra differenziazione e sussidiarietà*, in *Diritti regionali*, 2020, n. 1, pp. 185-186.