



QUESTIONE PREGIUDIZIALE DI COSTITUZIONALITÀ
ai sensi dell'art. 73, Regolamento generale
al progetto di legge n. 187, recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)»

Al Signor Presidente del Consiglio regionale
della Lombardia
Avv. Alessandro Fermi

Il Consiglio regionale della Lombardia

PREMESSO CHE

l'articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, recante «*Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)*», riformulando l'alinea del comma 16 dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, dispone che la «*gestione*» delle «*case della comunità [...] può essere affidata ai MMG*» (medici di medicina generale), «*anche riuniti in cooperativa*»;

la menzionata disposizione si colloca nel più ampio contesto normativo (articolo 8, progetto di legge n. 187) di – parziale – rimodulazione delle competenze e di ridefinizione dell'articolazione organizzativa delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.). In particolare, la disciplina in parola aggiorna l'articolazione interna del settore aziendale «*polo territoriale*» (già «*rete territoriale*», secondo la formulazione introdotta con la legge regionale 11 agosto 2015, n. 23), riconducendovi le Centrali Operative Territoriali (C.O.T.), configurate, allo stato, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, e disponendo l'afferenza allo stesso polo territoriale degli ospedali di comunità e delle case di comunità (articolo 8, comma 1, lettera l), progetto di legge n. 187, che sostituisce il comma 13 dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009);

PREMESSO ALTRESÌ CHE

la definizione, a livello statale, del progetto di realizzazione delle case della comunità è attualmente recata dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.), adottato dal Governo, trasmesso, il 30 aprile 2021, alla Commissione europea e definitivamente approvato dal Consiglio dell'Unione europea, con propria decisione

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



di esecuzione, il 13 luglio scorso, sulla base dei criteri di cui all'articolo 19, paragrafo 3, regolamento (UE) 2021/241. Il progetto, secondo quanto prevede lo stesso P.N.R.R., è finalizzato a «potenziare e riorganizzare i servizi» sanitari e sociosanitari «*offerti sul territorio migliorandone la qualità*» e la casa della comunità, in specie, deve divenire lo «strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici» e nel quale «sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie». Più dettagliatamente, la casa della comunità dovrà «costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica [e] strumentazione polispecialistica», al fine di «garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento», includendo servizi che, «secondo un approccio di medicina di genere, [siano] dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari» e, inoltre, ospitando «servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica»;

la casa della comunità, al fine di assolvere alle finalità indicate, è stata ideata, attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza, come «struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute» e nella quale potranno operare «anche assistenti sociali»;

trasponendo le indicazioni dettate a livello statale al contesto regionale, il titolare dell'iniziativa del progetto di legge all'esame disponeva, nell'ambito del menzionato aggiornamento dell'articolazione del settore aziendale «polo territoriale» delle A.S.S.T., la sostanziale sovrapposizione delle case di comunità ai Presidi Socio Sanitari Territoriali (Pre.S.S.T.) – simmetricamente, ai Presidi Ospedalieri Territoriali (P.O.T.) erano sovrapposti gli ospedali di comunità: così, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera k), del progetto di legge n. 187, precedentemente alle modifiche apportate nel corso dell'esame in sede referente, che, sostituendo il comma 13 dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, statuiva che «nell'ambito» dei P.O.T. «sono collocati gli ospedali di comunità previsti» dal P.N.R.R. (articolo 7, comma 13, lettera a) e che «all'interno» dei Pre.S.S.T. «trovano collocazione le case della comunità previste» dal medesimo Piano nazionale di ripresa e resilienza (articolo 7, comma 13, lettera b);

in definitiva, se, alla luce della disciplina originariamente recata dal progetto all'esame, le case della comunità avrebbero dovuto costituire «modalità» organizzativa dei Pre.S.S.T. (articolo 7, comma 16, lettera c bis), legge regionale n. 33/2009, come originariamente introdotta dall'articolo 8, comma 1, lettera l), del progetto di legge n. 187), a seguito dell'esame in sede referente – e, in particolare, della sostituzione, «ovunque ricorrenti», dei riferimenti a P.O.T. e Pre.S.S.T. con le espressioni «ospedali di comunità» e «case della comunità»: articolo 34, comma 17, progetto di legge all'esame –, ai sensi del dettato normativo all'attenzione dell'Assemblea

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



consigliare, invece, sono direttamente le medesime case della comunità ad essere investite, *ex* articolo 7, comma 16, lettere a), b) e c), l. r. n. 33/2009, dell'erogazione di «prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità», della attivazione di «degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali» e della promozione di «percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria». A specificare ulteriormente, per quel che attiene al livello regionale, le funzioni delle case della comunità è la formulazione dell'articolo 7, comma 16, lettera c bis), legge regionale n. 33/2009, come attualmente introdotta dall'articolo 8, comma 1, lettera o), del progetto di legge n. 187, ai sensi del quale esse «garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale, assicurata anche dall'attività» di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, «anche riuniti in cooperativa»;

le case della comunità, conseguentemente, sono destinate a divenire sede prediletta (o, comunque, distintiva) di erogazione delle prestazioni afferenti all'assistenza primaria. Ciò è chiaramente desumibile dalla disciplina recata dall'articolo 13, comma 1, lettera e), del progetto di legge n. 187, che sostituisce la formulazione vigente del comma 11 dell'articolo 10, legge regionale n. 33/2009, disponendo che la Regione «favorisce l'esercizio in forma associata» dell'«attività dei medici di cure primarie e degli infermieri di famiglia e comunità» – dunque, delle prestazioni afferenti all'assistenza primaria – «preferibilmente attraverso l'erogazione» di tali «prestazioni [...] negli ospedali di comunità [e] nelle case della comunità»;

CONSIDERATO CHE

sebbene non si rinvenga una traduzione dei menzionati contenuti del Piano nazionale di ripresa e resilienza in precetti normativi statali che, attraverso l'esercizio della potestà legislativa, *ex* articolo 117, commi secondo e terzo, Costituzione, si collochino al livello delle fonti primarie, è parimenti vero che, da un lato, la disciplina di cui all'articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge all'esame, al contempo, è pur sempre espressione dell'esercizio della potestà legislativa regionale, che, ai sensi dell'articolo 117, comma primo, Costituzione, soggiace alla Legge fondamentale, nonché ai «vincoli» derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea e agli «obblighi internazionali», e, inoltre, integra una prima modalità attuativa dei contenuti del P.N.R.R. (all'attuazione del quale, secondo quanto prevede il Piano stesso, «provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni e gli enti locali, sulla base delle competenze istituzionali, tenuto conto del settore di riferimento e della natura dell'intervento»: si confronti, quanto alla realizzazione operativa degli interventi del Piano, la disciplina di cui all'articolo 9, decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108). Dall'altro lato, è altrettanto vero che la valutazione del P.N.R.R. è stata approvata con atto di diritto derivato dell'Unione europea obbligatorio, in ogni suo elemento, per lo Stato di destinazione;

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



la disciplina, ex articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, disponendo – in luogo della «possibilità» che i presidi sociosanitari territoriali (Pre.S.S.T.) siano «organizzati secondo le modalità previste dalle case di comunità», com'era previsto dall'originaria formulazione del progetto di legge all'esame – che i Pre.S.S.T. siano avviciandati con le case della comunità, statuisce – e, insieme, individua il fondamento normativo di eventuali, successivi atti amministrativi di attuazione della disposizione di legge – che la «gestione» delle medesime case di comunità «può essere affidata ai MMG, anche riuniti in cooperativa»: tanto il tenore letterale della statuizione, come anche un'interpretazione sistematica della stessa e, specificamente, l'esegesi della disposizione in parola in combinato con il già richiamato articolo 13, comma 1, lettera e), depongono nel senso che, nel caso l'organizzazione di una struttura fisica, deputata a erogare prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali a livello territoriale risponda agli assetti organizzativi (che dovranno essere individuati come quelli propri) delle «case della comunità», la «gestione» della medesima struttura sia suscettibile d'essere «affidata», sulla base di presupposti e secondo procedure da individuarsi ed evidentemente estranee alla disciplina legislativa, «ai MMG» o, *rectius*, «ai [soli] MMG»;

ancorché la disciplina, ex articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, strutturalmente sembra sostanziarsi in (una proposizione e, insieme, una) disposizione facoltizzante – attributiva, dunque, di poteri giuridicamente efficaci in capo a soggetti pubblici (e, al contempo, idonea a legittimare analoghe determinazioni da parte dei «soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari», che, ai sensi dell'articolo 11, comma 1, lettera b), del progetto di legge all'esame, «possono concorrere all'istituzione dei presidi di cui all'articolo 7, comma 13, lettere a) e b)», legge regionale n. 33/2009, come modificato ex articolo 8, comma 1, lettera l), del progetto di legge n. 187: s'intende, ospedali di comunità e le stesse case della comunità) –, la circostanza che tale disposizione («la [...] gestione» delle case di comunità «può essere affidata ai MMG, anche riuniti in cooperativa») contempra, quale destinatario potenziale dell'atto di «affida[mento]» della «gestione» delle strutture, la (sola) categoria dei medici di medicina generale, in effetti, palesemente la portata normativa della disciplina che vorrebbe introdursi: positivamente, circoscrivendo ai soli esercenti la professione di medico di medicina generale (i requisiti per accedere alla quale – abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, previo conseguimento della laurea in medicina e chirurgia e superamento dell'esame di Stato; iscrizione all'ordine professionale dei medici; possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale; partecipazione ad appositi concorsi, banditi dalla Regione, e inserimento in apposita graduatoria regionale – sono normativamente definiti) la possibilità d'essere affidatari della gestione delle case di comunità; negativamente, escludendo da tale perimetro ogni altro professionista esercente una professione sanitaria – quantunque avrebbe potuto trattarsi di professionista che, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, legge regionale n. 33/2009, deve ricomprendersi in quanti sono deputati all'erogazione dell'«assistenza primaria», la quale, a mente della riformulazione del comma 11 dell'articolo 10, l. r. n. 33,

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



deve *«preferibilmente»* realizzarsi *«attraverso l'erogazione delle relative prestazioni»*, tra le altre strutture, nelle stesse case di comunità;

CONSIDERATO ALTRESÌ CHE

notoriamente, la giurisprudenza costituzionale si è fermamente e storicamente attestata all'altezza dell'assunto in forza del quale, indubbio rimanendo l'esercizio discrezionale del potere legislativo da parte del relativo titolare, la ragionevolezza della scelta operata dal legislatore (anche regionale) integra criterio di controllo della conformità dell'opzione legislativa all'ordinamento costituzionale, ancorandosi, in sede di scrutinio di costituzionalità, al principio di eguaglianza, ex articolo 3, comma 1, Costituzione. Fermo rimane come *«[u]no scrutinio, che direttamente investa il merito delle scelte del legislatore, è possibile soltanto ove l'opzione normativa contrasti in modo manifesto con il canone della ragionevolezza, vale a dire si appalesi, in concreto, come espressione di un uso distorto della discrezionalità, che raggiunga una soglia di evidenza tale da atteggiarsi alla stregua di una figura, per così dire, sintomatica di eccesso di potere e, dunque, di sviamento rispetto alle attribuzioni che l'ordinamento assegna alla funzione legislativa»* (Corte cost., sentenza n. 313/1995);

nel caso in oggetto, l'opzione legislativa – s'intende che *«la [...] gestione»* delle case della comunità *«può essere affidata»* ai medici di medicina generale e solo a questi ultimi – appare evidentemente inadeguata a valicare indenne uno scrutinio di ragionevolezza e, quindi, a contrapporsi efficacemente alle *«ponderazioni relative alla proporzionalità dei mezzi prescelti dal legislatore»* rispetto alle *«esigenze obiettive da soddisfare o alle finalità che intende perseguire, tenuto conto delle circostanze e delle limitazioni concretamente sussistenti»* (Corte cost., sentenza n. 1130/1988). Queste ultime, nel caso di specie, devono estrapolarsi dalla configurazione delle strutture di riferimento (le case della comunità) attualmente delineata dal documento – il P.N.R.R. – che, *in primis*, le contempla (*«struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute»*) e nella quale potranno operare *«anche assistenti sociali»*), nonché dall'inquadramento che delle stesse effettua la disciplina legislativa regionale che si vuole introdurre. E quest'ultima, chiaramente, là dove disciplina le case di comunità, palesa di recepire, nell'ordinamento regionale, la definizione e la configurazione che delle stesse effettua il Piano nazionale di ripresa e resilienza: in tal senso, è inequivocabile il disposto ex articolo 8, comma 1, lettera l), del progetto di legge n. 187, che, riformulando il comma 13 dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, dispone che *«[a]l settore polo territoriale»* delle A.S.S.T. *«afferiscono [...] le case della comunità previste dal PNRR»*;

se, dunque, l'articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, riformulando l'alinea del comma 16 dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, disponendo l'avvicendamento dei presidi sociosanitari



territoriali (Pre.S.S.T.) con le «*case della comunità*» e statuendo altresì che «*la [...] gestione*» di queste ultime «*può essere affidata ai MMG, anche riuniti in cooperativa*», si riferisce (come si riferisce) alle case della comunità – «*strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi*» sanitari e socio-sanitari «*offerti, in particolare ai malati cronici*» e nel quale «*sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie*», funzionali a «*potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità*» – delineate dal P.N.R.R.; e se la casa della comunità delineata dal P.N.R.R. deve configurarsi come «*struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute*» e nella quale potranno inoltre operare «*anche assistenti sociali*»; la perimetrazione, che il progetto di legge regionale n. 187 espressamente effettua – disponendo che la «*gestione*» delle case di comunità possa essere «*affidata ai MMG*», e solo a questi ultimi –, lungi dal configurarsi alla stregua di legittimo svolgimento della discrezionalità legislativa, si sostanzia in effetti in quell'«*uso distorto della discrezionalità*» del legislatore che, non potendosi in ogni caso ricollegare a «*esigenze obiettive da soddisfare o alle finalità*» che il legislatore «*intende perseguire, tenuto conto delle circostanze e delle limitazioni concretamente sussistenti*», espone l'opzione legislativa ad essere qualificata come irragionevole;

in effetti, non v'è ragione per ritenere ragionevole – e, dunque, per non ritenere un'irragionevole discriminazione, lesiva del principio di eguaglianza, ex articolo 3, comma 1, Cost. – che, tra i professionisti destinati a operare nella «*struttura fisica*» della casa di comunità (come configurata dal P.N.R.R. e così recepita, ex articolo 8, comma 1, lettera f), progetto di legge n. 187, dall'ordinamento regionale), la «*gestione*» di quest'ultima sia suscettibile d'essere «*affidata ai [soli] MMG*». Ciò dovendosi evidentemente considerare gli esercenti la professione di medico di medicina generale una componente, per quanto essenziale, della pluralità di figure professionali – «*pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute*» – complessivamente chiamata a partecipare all'effettivo invero del progetto (la casa della comunità) delineato a livello statale, assicurandone la concreta rispondenza alla configurazione concettuale che gli è stata impressa; ciò anche dovendosi rilevare la portata irragionevolmente discriminatoria della disposizione nei riguardi delle figure professionali *altre* (rispetto ai medici di medicina generale), là dove, limitando normativamente ai soli medici di medicina generale la possibilità d'essere «*affidata[ri]*» della «*gestione*» delle strutture, la norma regionale preclude al pubblico potere (che risulterà) competente a definire e condurre l'*iter* di affidamento della gestione delle case di comunità di estendere, sulla base di valutazione comparativa, le procedure ad altri professionisti idonei a garantire, nel caso concreto, il soddisfacimento dei requisiti di affidamento (che, fuor di dubbio è categoria *altra* rispetto alla prestazione, nelle medesime case della comunità, dell'attività professionale, che, ai sensi dell'articolo 7, comma 16, lettera *c bis*, legge regionale n. 33/2009, come introdotta dall'articolo 8, comma 1, lettera *o*), del progetto di legge n. 187, in effetti, potrà

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



essere resa tanto dai medici di medicina generale come anche dai pediatri di libera scelta, e che, ai sensi dall'articolo 13, comma 1, lettera e), del progetto di legge n. 187, che sostituisce la formulazione vigente del comma 11 dell'articolo 10, legge regionale n. 33/2009, si identifica con l'«attività dei medici di cure primarie e degli infermieri di famiglia e comunità»);

la portata irragionevole della disciplina in via di introduzione emerge, altresì, dovendosi constatare che la medesima preclude di considerare e valorizzare – oltretché le professionalità sanitarie in precedenza richiamate, destinatarie di un'irragionevole discriminazione – le specificità territoriali, attraverso l'individuazione dell'affidatario della gestione della singola casa della comunità anche alla luce del peculiare contesto nel quale essa sorgerà (ciò che, peraltro, corrisponderebbe alla finalità di «garantire», attraverso le case di comunità, «la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento»). Nel senso da ultimo indicato, peraltro, la norma regionale appare ulteriormente lesiva del dettato costituzionale, laddove, precludendo che la «gestione» delle case di comunità si plasmi alla luce delle peculiarità del territorio e dell'effettiva conformazione del «team multidisciplinare» che contraddistinguerà la specifica struttura, contrasta con la disposizione programmatica ex articolo 32, comma 1, ai sensi del quale la «Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»;

RILEVATO INFINE CHE

pacificamente, la giurisprudenza costituzionale, alla luce del combinato disposto delle disposizioni, ex articoli 5, 117, commi secondo e terzo, 120, comma secondo, 127, comma primo, Costituzione, e 31, comma 2, legge 11 marzo 1953, n. 87, afferma che «pur dopo la riforma» adottata con legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, «lo Stato può impugnare in via principale una legge regionale deducendo la violazione di qualsiasi parametro costituzionale» (Corte cost., sent. n. 274/2003): se ne trae come, oltretché alla sollevazione in via incidentale, la norma regionale, ex articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, si espone al sindacato di legittimità costituzionale anche ai sensi dell'articolo 127, comma primo, Cost., ben potendosi, anche in sede di giudizio in via principale, censurare – in luogo dell'esercizio della potestà legislativa regionale in eccedenza – la lesione (anche solo potenziale, data la configurazione del giudizio), da parte della Regione che eserciti la potestà legislativa nei limiti di competenza, ex articolo 117, Cost., di principi e diritti costituzionali di cui alla Parte Prima della Legge fondamentale;

DELIBERA

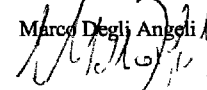
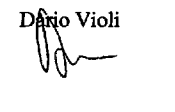
di non procedere alla trattazione dell'articolo 8, comma 1, lettera n), del progetto di legge n. 187, recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)», limitatamente alla parte nella quale dispone che la «gestione» delle case della comunità «può essere affidata ai MMG, anche riuniti in cooperativa», ai sensi e per gli effetti dell'art. 73,

Via Fabio Filzi 22 - 20124 Milano - Tel. 02.67482.1 - Fax 02-67486810
Movimento5stelle@consiglio.regione.lombardia.it - lombardia5stelle@legalmail.it



Regolamento generale, sussistendo, nei termini specificati in premessa, presupposti di illegittimità costituzionale della disposizione per violazione degli articoli 3, comma primo, e 32, comma primo, Costituzione.

I consiglieri regionali

 Marco Fumagalli	 Andrea Fiasconaro	 Gregorio Mammi	 Ferdinando Alberti
 Roberto Cenci	 Massimo De Rosa	 Marco Degli Angeli	 Nicola Di Marco
 Raffaele Erba	 Simone Verni	 Dario Violi	

Milano, 9 novembre 2021