

CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza **191/1976** (ECLI:IT:COST:1976:191)

Giudizio: **GIUDIZIO PER CONFLITTO DI ATTRIBUZIONE TRA ENTI**

Presidente: **ROSSI** - Redattore: - Relatore: **ASTUTI**

Udienza Pubblica del **05/05/1976**; Decisione del **14/07/1976**

Deposito del **22/07/1976**; Pubblicazione in G. U.

Norme impugnate:

Massime: **8482 8483 8484**

Atti decisi:

N. 191

SENTENZA 14 LUGLIO 1976

Deposito in cancelleria: 22 luglio 1976.

Pres. ROSSI - Rel. ASTUTI

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Prof. PAOLO ROSSI, Presidente - Dott. LUIGI OGGIONI - Avv. ANGELO DE MARCO - Avv. ERCOLE ROCCHETTI - Prof. ENZO CAPALOZZA - Prof. VINCENZO MICHELE TRIMARCHI - Prof. VEZIO CRISAFULLI - Dott. NICOLA REALE - Avv. LEONETTO AMADEI - Dott. GIULIO GIONFRIDA - Prof. EDOARDO VOLTERRA - Prof. GUIDO ASTUTI - Dott. MICHELE ROSSANO - Prof. ANTONINO DE STEFANO, Giudici,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi riuniti promossi con ricorsi dei Presidenti delle Regioni Lombardia, Toscana ed Emilia-Romagna, notificati il 10 e 9 settembre 1975, depositati in cancelleria il 19 e 23 settembre 1975 ed iscritti ai nn. 31, 32 e 33 del registro 1975, per conflitti di attribuzione sorti

a seguito del decreto del Ministro per la sanità 30 giugno 1975 recante "Approvazione degli schemi di convenzione tra le Regioni e le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, gli istituti ed enti di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 e le case di cura private".

Visti gli atti di costituzione del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nell'udienza pubblica del 5 maggio 1976 il Giudice relatore Guido Astuti

uditi. l'avv. Umberto Pototschnig, per la Regione Lombardia, l'avv. Enzo Cheli, per le Regioni Toscana ed Emilia-Romagna, ed il sostituto avvocato generale dello Stato Giorgio Azzariti, per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto:

Con ricorso notificato il 9 settembre 1975 la Regione Toscana ha sollevato conflitto di attribuzione in riferimento al decreto del Ministro per la sanità, 30 giugno 1975 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 12 luglio 1975, n. 184), con il quale sono stati emanati gli schemi di convenzione tra le Regioni e gli istituti, enti, cliniche e case di cura che esercitano l'assistenza ospedaliera.

Il decreto impugnato violerebbe, in primo luogo, l'art. 17, primo comma, lett. a, della legge 16 maggio 1970, n. 281 e l'art. 8, d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4. Esso, infatti, sarebbe stato emesso, nell'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento, con la forma di un decreto ministeriale, non emanato in base a preventiva deliberazione del Consiglio dei Ministri. Ciò, nonostante che le norme citate prevedano, per l'esercizio da parte dello Stato della funzione di indirizzo e coordinamento in materia di assistenza sanitaria ospedaliera, una delibera del Consiglio dei Ministri su proposta del Presidente del Consiglio, di intesa con il Ministro o i Ministri competenti. Del resto, anche a voler ritenere applicabile alla fattispecie l'art. 18, terzo e quarto comma, della legge n. 386 del 1974, ove si parla di schemi di convenzione emanati dal Ministro della sanità, sarebbe stata pur sempre necessaria una preventiva approvazione degli schemi di convenzione da parte del Consiglio dei Ministri, mentre, essendo intervenuta l'approvazione solo successivamente, questa avrebbe assunto il valore di mero controllo posteriore della volontà del Ministro per la sanità. Tale declassamento della funzione statale di indirizzo e di coordinamento dal livello politico voluto dalla legge ad un livello meramente amministrativo avrebbe menomato la sfera delle attribuzioni regionali.

Il decreto impugnato si porrebbe inoltre in contrasto con gli artt. 117 e 118 Cost., con l'art. 17 legge 16 maggio 1970, n. 281, con gli artt. 1, 2 ed 8 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, con gli artt. 12 e 18 legge 17 agosto 1974, n. 386.

La sfera della competenza amministrativa regionale in materia di assistenza ospedaliera, risultante dalla indicata normativa, sarebbe indebitamente declassata ad una attività di natura meramente esecutiva dal carattere degli schemi di convenzione emanati con il decreto impugnato, integranti una normativa estremamente minuziosa, dettagliata e rigida.

Un corretto esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento spettante allo Stato dovrebbe, invece, attuarsi mediante l'emanazione di direttive di carattere generale, idonee ad orientare l'attività delle Regioni verso i fini fondamentali da perseguire.

Il decreto impugnato contrasterebbe infine con la legge regionale Toscana 3 febbraio 1975, n. 10, relativa alla erogazione dell'assistenza ospedaliera, con grave compromissione di un

organico programma di interventi della Regione nel settore.

In riferimento al medesimo decreto ha sollevato conflitto di attribuzione, con ricorso notificato il 9 settembre 1975, anche la Regione Emilia-Romagna, adducendo gli stessi motivi indicati dalla Regione Toscana ed invocando, altresì, il contrasto del provvedimento impugnato con la propria legge regionale 14 maggio 1975, n. 30.

Analogo conflitto di attribuzione, in relazione allo stesso decreto, ha sollevato, con ricorso notificato il 10 settembre 1975, anche la Regione Lombardia. Si lamenta nel ricorso la violazione degli artt. 117 e 118 Cost., in riferimento all'art. 17, lett. a, della legge 16 maggio 1970, n. 281, all'art. 8 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, e all'art. 18 della legge 17 agosto 1974, n. 386, per aver il decreto impugnato preteso di esplicitare la funzione di indirizzo e coordinamento in forme diverse da quelle prescritte, essendo stato emesso senza la previa deliberazione da parte del Consiglio dei Ministri e senza che la proposta sia stata fatta dal Presidente del Consiglio stesso. Gli schemi di convenzione eccederebbero, poi, dai limiti della funzione di indirizzo e di coordinamento, contenendo una disciplina estremamente minuziosa e dettagliata, di conseguenza in contrasto con gli artt. 117 e 118 Cost., in relazione agli artt. 1 e 2 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, 1 legge 12 febbraio 1968, n. 132, e 12 e 18 legge 17 agosto 1974, n. 386. Infine, il decreto impugnato si sovrapporrebbe, illegittimamente, alle leggi regionali 15 gennaio 1975, nn. 5 e 6, già operanti e provviste del visto governativo. La sfera delle attribuzioni regionali sarebbe, tra l'altro, violata dalla classificazione, presupposta dallo schema di convenzione, delle case di cura private in fasce funzionali, con la conseguenza di addossare alle Regioni costi differenziati per il medesimo tipo di prestazione, a seconda della fascia di appartenenza della casa di cura, in contrasto con la citata legislazione regionale, per la quale ad ogni prestazione dello stesso tipo dovrebbe corrispondere una spesa uguale.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, costituitosi a mezzo dell'Avvocatura generale dello Stato, ha dedotto la infondatezza dei tre ricorsi.

Sarebbero, in primo luogo, inammissibili le censure volte non già al contenuto del provvedimento impugnato, bensì al procedimento seguito per la sua emanazione, e comunque non riferibili alle sfere di competenza direttamente determinate dalla Costituzione e dalle leggi costituzionali. Inoltre, non potrebbe ravvisarsi alcun declassamento dall'attività di indirizzo e coordinamento, ove questa sia esercitata dal Ministro della sanità, con l'approvazione del Consiglio dei Ministri, e, in ogni caso, sarebbero state esattamente osservate le regole del procedimento e delle competenze, fissate nell'art. 18 della legge n. 386 del 1974.

Il decreto impugnato, poi, sarebbe legittima espressione del potere dello Stato di assicurare l'unità di indirizzo richiesta dal prevalere di esigenze unitarie, coordinate e non sacrificate agli interessi regionali, potere che non potrebbe essere limitato dalle leggi regionali eventualmente esistenti.

Considerato in diritto:

1. - Con i ricorsi indicati in epigrafe le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana hanno sollevato conflitto di attribuzione nei confronti dello Stato, in relazione al decreto del Ministro per la sanità in data 30 giugno 1975, con il quale, in esecuzione del disposto degli articoli 12 e 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono stati emanati quattro schemi di convenzione tra le regioni e le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, gli istituti ed enti di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, e le case di cura private; schemi

approvati dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 1 luglio 1975.

Secondo l'assunto delle Regioni ricorrenti, con l'emanazione di detto decreto lo Stato avrebbe violato le attribuzioni regionali, quali risultano dalle disposizioni degli artt. 117 e 118 della Costituzione, in relazione agli artt. 17, primo comma, lett. a, della legge 16 maggio 1970, n. 281; 1, 2, 8 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4; 1 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132; 12 e 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386. Si osserva nei ricorsi che il decreto ministeriale impugnato sarebbe stato emanato con procedura difforme da quella prescritta per l'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento, con declassamento di detta funzione statale dal livello politico voluto dalla legge ad un livello meramente amministrativo; che il decreto stesso, anziché limitarsi alla formulazione di direttive, avrebbe stabilito una disciplina dettagliata delle convenzioni di assistenza ospedaliera, esorbitante dai limiti della funzione statale e preclusiva di ogni scelta delle Regioni in ordine ai mezzi ed alle modalità operative di attuazione; che infine il decreto sarebbe in contrasto con le norme già dettate in materia dalla Regione Emilia-Romagna con legge 14 maggio 1975, n. 30, dalla Regione Lombardia con leggi 15 gennaio 1975, n. 5 e n. 6, dalla Regione Toscana con legge 3 febbraio 1975, n. 10, ed avrebbe invaso la competenza regionale sull'ordinamento delle case di cura private, trasferita dal d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4.

Stante la sostanziale identità delle questioni sollevate, i giudizi possono essere riuniti per essere decisi con unica sentenza.

2. - Secondo un primo motivo, comune ai tre ricorsi, rispetto alle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, trasferite alle regioni a statuto ordinario, la residua funzione di indirizzo e coordinamento delle attività attinenti ad esigenze di carattere unitario, riservata allo Stato dall'art. 17, primo comma, lett. a, della legge 16 maggio 1970, n. 281, sarebbe disciplinata in via generale dalla disposizione dell'art. 8 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, comune ai decreti delegati di trasferimento, in base alla quale detta funzione deve essere esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, "mediante deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, d'intesa con il Ministro o i Ministri competenti". L'art. 18 della legge 17 agosto 1974, n. 386, richiedendo per gli schemi di convenzione ivi previsti l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri ai sensi del ricordato art. 8 del d.P.R. n. 4 del 1972, avrebbe esplicitamente ricondotto tale approvazione alla funzione di indirizzo e di coordinamento, ed implicitamente riconosciuto che le convenzioni da stipularsi dalle regioni ricadono nella competenza regionale di esercizio delle funzioni trasferite a norma dell'art. 17, lett. a, della legge n. 281 del 1970. Nel caso di specie, il Consiglio dei Ministri sarebbe stato invece chiamato solo ad aggiungere la propria approvazione ad un atto già emanato dal Ministro per la sanità, senza previa proposta da parte del Presidente del Consiglio, con aperta violazione delle forme richieste per l'esercizio da parte dello Stato della funzione di indirizzo e coordinamento in materia di sicura spettanza regionale in base all'art. 117 Cost., con illegittima invasione della sfera di competenza amministrativa garantita alle Regioni ricorrenti.

La difesa dello Stato ha eccepito l'inammissibilità di questo motivo dei ricorsi, osservando che esso concerne una pretesa violazione di norme regolanti il procedimento e la competenza degli organi statali, e non già il contenuto del provvedimento impugnato, che si assume lesivo delle competenze proprie delle regioni. Ma l'eccezione non è fondata, perché anche l'illegittimo esercizio d'un potere, per violazione di norme di legge sulla competenza o sul procedimento che risultino poste a tutela dell'autonomia costituzionalmente garantita alle regioni, come quelle dell'art. 8 del d.P.R. n. 4 del 1972, ben potrebbe dar luogo a conflitto di attribuzione.

3. - Peraltro, nella specie la denunziata violazione non sussiste. Occorre, infatti, ricordare che la delega legislativa contenuta nell'art. 17, primo comma, lett. a, della legge n. 281 del 1970, e il d.P.R. n. 4 del 1972 emanato in base a tale delega, concernono espressamente il

trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative già esercitate in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera "dagli organi centrali e periferici dello Stato", rispetto alle quali l'art. 8 del d.P.R. n. 4, (ora abrogato e sostituito dall'art. 3 della legge 22 luglio 1975, n. 382), disciplinava l'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento da parte dello Stato. Il decreto ministeriale di cui è causa non ha ad oggetto funzioni statali già trasferite alle regioni, bensì attribuzioni che erano proprie di una serie di istituti ed enti nazionali, ai quali la legislazione previgente affidava compiti di assistenza contro le malattie, e che solo il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ha assegnato alle regioni. Giova precisare al riguardo che il legislatore, in vista della riforma sanitaria generale che dovrà attuare un sistema di sicurezza sociale secondo le previsioni programmatiche della legge 27 luglio 1967, n. 685, (cap. VII, artt. 70 e seguenti), dopo avere emanato la legge 12 febbraio 1968, n. 132, sull'assistenza ospedaliera pubblica, affidata alle regioni sotto l'alta sorveglianza del Ministero della sanità per la tutela degli interessi generali dello Stato (art. 15), e dopo aver provveduto con il d.P.R. n. 4 del 1972 a trasferire alle regioni le funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, (mantenendo ferme, tra l'altro, all'art. 4, le attribuzioni degli organi dello Stato in ordine agli enti ed istituti pubblici a carattere nazionale o pluriregionale operanti in detta materia), con il provvedimento legislativo del 1974, danzi ricordato, ha dettato un complesso di "norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera, e l'avvio della riforma sanitaria". Con queste norme, mentre si provvedeva al ripianamento dell'esposizione debitoria per assistenza ospedaliera dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL, dell'ENPALS, delle Federazioni nazionali delle casse mutue di malattia degli artigiani, commercianti e coltivatori diretti, e degli altri enti elencati all'art. 2, nonché allo scioglimento dei rispettivi consigli di amministrazione, regolandone la temporanea gestione commissariale, è stato disposto (art. 12) il trasferimento alle regioni a statuto ordinario e speciale dei "compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti anche previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, nonché delle casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati". Lo stesso art. 12 disciplina l'adempimento di questi nuovi compiti assegnati alle regioni, disponendo che esse "erogano le relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli iscritti e rispettivi familiari che ne abbiano titolo, avvalendosi degli enti ospedalieri, nonché a seguito di convenzioni stipulate a norma del successivo art. 18"; e che inoltre, "sino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria le regioni erogano altresì l'assistenza ospedaliera in forma indiretta nei confronti dei soggetti assistibili che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi enti o casse mutue di malattia".

Conseguentemente, l'art. 18 ha stabilito che: a) le regioni, con idonei atti deliberativi stipulano convenzioni con le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti di cui all'art. 1 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché quelli di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, e, qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero, anche con case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 (primo comma); b) "le convenzioni devono essere conformi a schemi, predisposti dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per il tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, sentite le regioni, ed approvati dal Consiglio dei Ministri ai sensi dell'art. 8 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4" (secondo comma); c) rimangono temporaneamente in vigore le convenzioni in atto con gli enti mutualistici, intendendosi sostituire le regioni agli enti stipulanti, e ciò fino alla stipula delle nuove convenzioni, in conformità agli schemi da emanarsi "dal Ministero della sanità entro e non oltre il primo semestre del 1975" (terzo e quarto comma).

È chiaro che il legislatore, nell'atto con cui trasferiva alle regioni i compiti in materia di assistenza ospedaliera già pertinenti all'INAM, all'ENPAS ed altri istituti ed enti previdenziali, oltre a mantenere temporaneamente in vita le convenzioni stipulate da detti istituti ed enti, ha espressamente disposto che le nuove convenzioni dovessero essere stipulate dalle regioni sulla base di schemi emanati nel modo previsto dal secondo comma dell'art. 18. Il procedimento ivi

stabilito è bensì parzialmente diverso da quello previsto dall'art. 8 del d.P.R. n. 4 del 1972 per l'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento, ma sembra ovvio rilevare che trattasi di compiti diversi dalle attribuzioni amministrative già trasferite alle regioni a statuto ordinario con detto decreto legislativo. Soprattutto, la differenza del procedimento è giustificata dalla speciale natura dell'atto: trattandosi di emanare schemi di convenzione, opportunamente è stato stabilito ch'essi fossero predisposti ed emanati dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e del lavoro e previdenza sociale, sentite le regioni, e quindi sottoposti all'approvazione del Consiglio dei Ministri. Anche il richiamo dell'art. 18, secondo comma, all'art. 8 del d.P.R. n. 4 del 1972, valido come riferimento alla funzione statale di indirizzo e coordinamento per esigenze di carattere unitario, non può essere considerato vincolante quanto al modo di esercizio di detta funzione, oggetto nello stesso articolo della nuova legge di espressa disciplina difforme in relazione a quel particolare tipo di provvedimento.

Queste considerazioni consentono di concludere che il decreto ministeriale di cui si contende non è viziato da violazione di norme sul procedimento o sulla competenza, idonea a determinare lesione della sfera di attribuzione costituzionalmente garantita alle regioni dagli artt. 117 e 118 della Costituzione.

4. - Con un secondo motivo, anch'esso comune ai tre ricorsi, si osserva che gli schemi di convenzione previsti dal ricordato art. 18, essendo emanati nell'esercizio della funzione statale di indirizzo e coordinamento, avrebbero dovuto contenere soltanto le direttive o i criteri generali necessari per coordinare ed uniformare, quanto al regime delle nuove convenzioni di assistenza ospedaliera, le attività amministrative delle regioni attinenti ad esigenze di carattere unitario; mentre gli schemi ministeriali, con una disciplina minuziosa delle clausole delle convenzioni avrebbero praticamente vanificato la competenza regionale, imponendo alle regioni di stipulare convenzioni già interamente predeterminate nel loro contenuto dispositivo.

Anche questo motivo non è fondato. Come già si è dianzi avvertito, la legge 17 agosto 1974, n. 386, con le disposizioni degli artt. 12-18 ha attuato e disciplinato il trasferimento alle regioni, a statuto ordinario come a statuto speciale, dei compiti anteriormente svolti in materia di assistenza ospedaliera dagli enti mutuo-previdenziali, disponendo che le relative prestazioni vengano erogate dalle regioni sia avvalendosi degli enti ospedalieri, sia ricorrendo, mediante convenzioni, ad altri istituti o presidi di ricovero e cura pubblici e privati appartenenti alle categorie elencate nel primo comma dell'art. 18. Lo stesso art. 18 ha stabilito che dette convenzioni debbono essere conformi agli schemi predisposti dal Ministro della sanità ed approvati con il procedimento previsto nel secondo comma: la emanazione di questi schemi di convenzione a cui tutte le regioni sono tenute ad uniformarsi è stata dunque voluta dal legislatore non già come limitazione delle funzioni amministrative già spettanti alle regioni, bensì come specifico limite contestuale al trasferimento dei compiti di assistenza ospedaliera degli istituti ed enti previdenziali o mutualistici di cui all'art. 2, a carattere nazionale o pluriregionale; istituti ed enti rispetto ai quali l'art. 4 del d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, aveva mantenuto ferme, in attesa del loro riordinamento con legge dello Stato, le attribuzioni degli organi statali, e solo l'art. 1, primo comma, lett. b), della legge 22 luglio 1975, n. 382, prevede il trasferimento alle regioni delle funzioni non ancora trasferite, inerenti alle materie indicate nell'art. 117 della Costituzione.

Imponendo alle regioni il temporaneo rispetto delle convenzioni preesistenti e la stipula di nuove convenzioni in conformità agli schemi ministeriali, la legge non ha certamente determinato lesione delle competenze legislative ed amministrative attribuite alle regioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera dagli artt. 117 e 118 della Costituzione; di fatto, né le regioni ricorrenti né altre regioni promossero a suo tempo questione di legittimità del decreto-legge n. 264 e della relativa legge di conversione n. 386 del 1974, ai sensi dell'art. 2 della legge costituzionale 9 febbraio 1948, n. 1, dell'art. 32 della legge 11 marzo 1953, n. 87.

Solo ora, nella memoria prodotta in causa dalla Regione Emilia-Romagna, si asserisce che,

ove la disciplina posta nel decreto impugnato dovesse essere considerata una corretta attuazione del disposto dell'art. 18, occorrerebbe allora sollevare la questione di legittimità costituzionale di questa norma, per violazione degli artt. 117 e 118 Cost., con riferimento all'art. 17, lett. a, della legge n. 281 del 1970 e all'art. 8 del d.P.R. n. 4 del 1972; questione che viene prospettata sotto un triplice profilo, per pretesa incompatibilità tra la funzione di indirizzo e coordinamento e la previsione di schemi di convenzione dettagliati e vincolanti, per la conseguente espropriazione del potere amministrativo regionale, per violazione del principio di legalità, non essendo state preliminarmente indicate in sede legislativa le esigenze di carattere unitario giustificative del provvedimento ministeriale. Questione peraltro di cui si rileva la manifesta infondatezza, perché le esigenze di carattere unitario idonee a legittimare le disposizioni degli artt. 12 e 18 della legge n. 386 del 1974 non avevano certo necessità di una espressa declaratoria da parte del legislatore, dato che trattavasi di sostituire le regioni nei compiti di assistenza ospedaliera dell'INAM e dell'ENPAS, per tacere degli altri istituti ed enti a carattere nazionale o interregionale, e quindi di assicurare nelle diverse regioni alla generalità dei lavoratori, dipendenti pubblici o privati, le medesime forme di assistenza, sulla base di una effettiva eguaglianza di trattamento, e di stabilire altresì criteri uniformi per la determinazione e ripartizione dei costi ed oneri diretti e indiretti relativi al ricovero, all'assistenza, ad eventuali prestazioni integrative a carico degli assistiti.

Come questa Corte ha già avuto occasione di dichiarare, quando con gli interessi regionali concorrano o possono confliggere interessi di dimensione ultra-regionale o, come nel caso presente, di carattere generale, nazionale, in piena coerenza con il disegno costituzionale e senza lesione delle competenze regionali "il rispetto delle esigenze unitarie è garantito dai principi fondamentali stabiliti nelle leggi dello Stato per quanto riguarda la potestà legislativa, dalla funzione statale di indirizzo e coordinamento per quanto riguarda la potestà amministrativa" (sentenze n. 39 del 1971, n. 138 e 140 del 1972).

Anche l'asserita incompatibilità obbiettiva tra la funzione di indirizzo e coordinamento e la emanazione di schemi di convenzione a contenuto vincolante, per cui verrebbe sottratto alle regioni l'effettivo esercizio della loro potestà amministrativa, non sussiste di fatto nel caso particolare di cui qui si discute. Senza indugiare sulle varie concezioni prospettate dalla dottrina circa il fondamento e contenuto dei poteri riservati allo Stato in ordine all'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento delle attività regionali attinenti ad esigenze di carattere unitario, sembra incontestabile che questa funzione - la cui riserva allo Stato rappresenta "il risvolto positivo di quel limite generale del rispetto dell'interesse nazionale o di altre regioni, che l'art. 117 prescrive alla legislazione regionale" (sentenza n. 39 del 1971) - possa essere attuata in concreto con varie forme di esercizio, in relazione alla diversità delle esigenze cui lo Stato deve soddisfare, per la tutela degli interessi generali.

Nella concreta fattispecie in esame, risulta evidente la opportunità, riconosciuta dal legislatore, di evitare che nella stipula delle convenzioni per l'assistenza ospedaliera le singole regioni, anche a statuto speciale, potessero adottare criteri o perseguire scopi suscettibili di ledere le esigenze unitarie già ricordate. Ciò tanto più considerando che trattasi d'un regime a carattere temporaneo e transitorio, di avvio alla riforma sanitaria generale, in vista della quale la stessa legge n. 386 del 1974 ha predisposto la possibilità di estensione dell'assistenza ospedaliera anche ai soggetti non assistibili dagli istituti ed enti mutuo-previdenziali, mediante la facoltativa iscrizione in appositi ruoli, secondo le modalità stabilite dall'art. 13.

5. - Riconosciuta l'infondatezza del dubbio circa la legittimità della previsione normativa contenuta negli artt. 12 e 18 della legge n. 386 del 1974, si deve obbiettivamente escludere che il Ministro della sanità ed il Governo, nel predisporre ed approvare gli schemi di convenzione emanati con l'impugnato decreto 30 giugno 1975, abbiano violato le disposizioni dell'art. 18, primo comma, o ecceduto rispetto al potere loro conferito dalla legge, nella formulazione del contenuto di detti schemi. In ossequio al dettato legislativo, sono stati formati, in relazione al tipo di assistenza erogata, quattro distinti schemi di convenzione, per

regolare, rispettivamente, i rapporti tra regioni ed università; tra regioni ed istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, distinguendo tra quelli aventi personalità giuridica di diritto pubblico e di diritto privato; tra regioni ed istituti o enti di cui alle leggi 12 febbraio 1968, n. 132 (art. 1, penultimo comma), e 26 novembre 1973, n. 817, per i dipendenti ospedali classificati; tra regioni e case di cura private, o presidi di ricovero e cura non classificati, dipendenti dagli istituti ed enti di cui alle citate leggi n. 132 del 1968 e 817 del 1973.

Questi diversi schemi di convenzione presentano un contenuto variamente articolato in relazione alle diverse caratteristiche degli istituti clinici, ospedali, presidi di ricovero e cura. Alle clausole comuni di rinvio alle leggi statali circa l'ammissione e dimissione dei malati, le spese per prestazioni accessorie a carico degli assistiti o degli enti assicurativi, il rispetto della personalità dei pazienti nelle attività di insegnamento e di ricerca, si accompagnano clausole diverse a seconda dei tipi di rapporto, per l'individuazione dei costi dell'assistenza ospedaliera in ordine al relativo finanziamento a carico delle regioni, (imponendo tra l'altro la formazione di bilanci distinti per gli stabilimenti di diagnosi e cura degli istituti a carattere interregionale), ovvero per la determinazione della misura e del numero delle diarie onnicomprensive da corrispondersi dalle regioni. Gli schemi contengono dunque le condizioni essenziali del regolamento dei rapporti convenzionali, per quanto attiene da un canto alle eguali esigenze di cura e tutela degli assistiti, e dall'altro alla fissazione di criteri uniformi per l'accertamento e l'attribuzione degli oneri finanziari dell'assistenza ospedaliera. Più complesso risulta lo schema di convenzione con le case di cura private, al quale sono allegati criteri di classificazione per la loro attribuzione, in base ai servizi, impianti, attrezzature di cui sono dotate, a quattro distinte fasce funzionali, ai fini della corresponsione delle diarie di degenza e dell'eventuale compenso ai sanitari. Ma anche questa particolare disciplina, nella quale le regioni ricorrenti ravvisano una indebita invasione della loro competenza sull'ordinamento delle case di cura private, trova puntuale giustificazione nell'intento di assicurare uniformità di assistenza e corrispondenza dei relativi oneri alle effettive prestazioni, anche quando le regioni ravvisino la necessità, per esigenze del servizio ospedaliero, di ricorrere a convenzioni con case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, come espressamente è loro consentito dall'art. 18, primo comma, della legge n. 386 del 1974. Né può dirsi che la statuizione di criteri per l'attribuzione delle case di cura alle quattro fasce funzionali sia lesiva della competenza trasferita alle regioni dagli artt. 1 e 2 del d.P.R. n. 4 del 1972, dato che in base all'art. 6, n. 6, dello stesso decreto è rimasta ferma la competenza degli organi statali "in ordine alla normativa tecnica relativa alle case di cura private".

Poiché la legge aveva disposto l'emanazione di schemi di convenzione, a cui le regioni debbono uniformarsi nel regolamento dei rapporti di assistenza ospedaliera, si deve riconoscere che questi schemi non avrebbero potuto essere formulati in modo sostanzialmente diverso: le regioni ricorrenti assumono che gli schemi "avrebbero dovuto contenere soltanto indirizzi o direttive generali", per "orientare l'azione regionale in ordine ai fini fondamentali da perseguire", ma sembra ovvio osservare che una siffatta limitazione palesemente contrasta con il normale contenuto tipico d'uno schema di convenzione.

D'altra parte, nella stipula delle convenzioni in conformità agli schemi ministeriali, le regioni, fermo il rispetto delle clausole essenziali rispondenti alle esigenze di uniformità di criteri che sono state qui sopra ricordate, potranno discrezionalmente integrarne il contenuto normativo con ulteriori e non incompatibili clausole regolatrici dei diversi rapporti, secondo le particolarità delle singole situazioni concrete.

Anche sotto questo profilo si deve dunque escludere che l'emanazione degli schemi di convenzione previsti dagli artt. 12 e 18 della legge n. 386 del 1974 abbia determinato illegittima lesione delle attribuzioni amministrative delle regioni

6. - Conseguentemente a quanto già si è osservato, deve riconoscersi l'infondatezza anche dell'ultimo motivo dei ricorsi, con il quale si assume che il decreto ministeriale impugnato

contrasterebbe con le leggi regionali già in vigore, perché gli schemi di convenzione contengono una normativa parzialmente difforme, e ciò proprio laddove "le regioni hanno provveduto, per quanto di loro competenza, a dare attuazione alla 386".

Deve rilevarsi al riguardo che le tre regioni ricorrenti hanno fatto nelle loro leggi espresso riferimento alle disposizioni degli artt. 12 e 18 di detta legge (contro la quale non avevano promosso giudizi di impugnazione diretta), proprio in vista della loro puntuale applicazione anche per quanto concerne il subingresso nelle convenzioni in atto e la stipula delle nuove convenzioni in conformità agli schemi ministeriali. Così, la legge 14 maggio 1975, n. 30, della Regione Emilia-Romagna dispone che la giunta regionale stipula le convenzioni per l'assistenza ospedaliera da erogare agli aventi diritto "in conformità ai principi stabiliti dalla presente legge e agli schemi di cui all'art. 18, secondo comma, del d.l. 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386" (art. 31: e si v. anche gli artt. 1, 2, 9, 11, 15, 32); la legge 15 gennaio 1975, n. 5 della Regione Lombardia dichiara che "la giunta regionale si conforma al disposto dell'art. 35 della legge regionale 3 settembre 1974, n. 55, e agli schemi di cui al secondo comma dell'art. 18, etc." (art. 26: e si v. anche gli artt. 1, 27, nonché l'art. 4, lett. b, della legge regionale 15 gennaio 1975, n. 6); la legge 3 febbraio 1975, n. 10, della Regione Toscana prevede anch'essa la stipula delle convenzioni "in applicazione dell'art. 18 della legge 17 agosto 1974, n. 386" (art. 1: e si v. anche gli artt. 11, 12, 13).

Esorbita dall'oggetto di questo giudizio una indagine sulla compatibilità delle ricordate leggi regionali con gli schemi ministeriali in questione, dal momento che le stesse leggi hanno formalmente recepito il disposto dell'art. 18 della legge statale n. 386 circa la conformità delle convenzioni agli schemi predisposti dal Ministro per la sanità ed approvati, previa audizione delle regioni, dal Consiglio dei Ministri. Nel caso di specie ogni eventuale difformità delle leggi regionali anteriormente emanate, rispetto agli schemi di convenzione dalle leggi stesse richiamati - e ciò in ossequio ad una espressa norma della legge statale -, non può integrare illegittima invasione da parte dello Stato nella sfera delle competenze delle Regioni.

I ricorsi debbono pertanto essere respinti.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara che spetta allo Stato emanare gli schemi di convenzione previsti dall'art. 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, schemi emanati con il decreto ministeriale 30 giugno 1975 ed approvati dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 1 luglio 1975.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 14 luglio 1976.

F.to: PAOLO ROSSI - LUIGI OGGIONI - ANGELO DE MARCO - ERCOLE ROCCHETTI - ENZO CAPALOTTA - VINCENZO MICHELE TRIMARCHI - VEZIO CRISAFULLI - NICOLA REALE - LEONETTO AMADEI - GIULIO GIONFRIDA - EDOARDO VOLTERRA - GUIDO ASTUTI - MICHELE ROSSANO - ANTONINO DE STEFANO.

ARDUINO SALUSTRI - Cancelliere

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.