

CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza **103/1977** (ECLI:IT:COST:1977:103)

Giudizio: **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA INCIDENTALI**

Presidente: **ROSSI** - Redattore: - Relatore: **DE STEFANO**

Udienza Pubblica del **23/03/1977**; Decisione del **24/05/1977**

Deposito del **02/06/1977**; Pubblicazione in G. U.

Norme impugnate:

Massime: **8883 8884 8885 8886 8887 8888 8889 8890 8891**

Atti decisi:

N. 103

SENTENZA 24 MAGGIO 1977

Deposito in cancelleria: 2 giugno 1977.

Pubblicazione in "Gazz. Uff." n. 155 dell'8 giugno 1977.

Pres. ROSSI - Rel. DE STEFANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Prof. PAOLO ROSSI, Presidente - Dott. LUIGI OGGIONI - Prof. VIZZO CRISAFULEI - Dott. NICOLA REALE - Avv. LEONETTO AMADEI - Prof. EDOARDO VOLTERRA - Prof. GUIDO ASTUTI - Prof. ANTONINO DE STEFANO - Prof. LEOPOLDO ELIA - Prof. GUGLIELMO ROEHRSEN - Avv. ORONZO REALE - Dott. BRUNETTO BUCCIARELLI DUCCI - Avv. ALBERTO MALAGUGINI, Giudici,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi riuniti di legittimità costituzionale dell'art. 43, lett. d), della legge 12 febbraio

1968, n. 132; dell'art. 3 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129; degli artt. 24 e 133 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 130, promossi con le seguenti ordinanze:

1) ordinanza emessa il 26 novembre 1975 dal tribunale amministrativo regionale per l'Emilia- Romagna, sul ricorso proposto da Nazario Melchionda ed altri contro l'Ente ospedaliero "Ospedali di Bologna" e nei confronti dell'Università di Bologna, iscritta al n. 346 del registro ordinanze 1976 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 170 del 30 giugno 1976;

2) ordinanza emessa l'11 dicembre 1975 dal tribunale amministrativo regionale per l'Emilia- Romagna, sul ricorso proposto da Luigi Barbara ed altri contro l'Ente ospedaliero "Ospedali di Bologna" e nei confronti dell'Università di Bologna, iscritta al n. 347 del registro ordinanze 1976 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 158 del 16 giugno 1976;

3) ordinanza emessa il 7 aprile 1976 dal tribunale amministrativo regionale per la Lombardia, sui ricorsi proposti da Franco Dotti ed altri, Achille Finzi ed altri contro gli Istituti ospedalieri "Carlo Poma" di Mantova e nei confronti di Angelo Cesarini; da Pierluigi Tira ed altri contro gli Istituti ospedalieri di Cremona e da Angelo Gino Reggiani contro l'Ente ospedaliero provinciale Leno-Manerbio-Pontevico, iscritta al n. 553 del registro ordinanze 1976 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 253 del 22 settembre 1976;

4) ordinanza emessa l'8 settembre 1976 dal tribunale amministrativo regionale per il Lazio sul ricorso proposto da Riccardo Savignoni contro l'Ospedale generale provinciale "San Sebastiano Martire" di Frascati, iscritta al n. 699 del registro ordinanze 1976 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 4 del 5 gennaio 1977.

Visti gli atti di costituzione di Melchionda ed altri, di Martelli ed altri, di Tira ed altri, di Benedini e Gandolfi, di Savignoni, dell'Ente "Ospedali di Bologna", degli Istituti ospedalieri di Cremona e dell'Ospedale San Sebastiano Martire di Frascati, nonché gli atti d'intervento del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nell'udienza pubblica del 23 marzo 1977 il Giudice relatore Antonino De Stefano;

uditi gli avvocati Fabio Roversi Monaco per Melchionda, Martelli ed altri, Giuseppe Guarino per Tira ed altri, Antonio Sorrentino, Aldo Sandulli e Giuseppe Guarino per Savignoni, Carlo Lessona e Alberto Predieri per l'Ente Ospedali di Bologna, Michele Giorgianni per gli Istituti ospedalieri di Cremona, Guido Cervati per l'Ospedale San Sebastiano Martire di Frascati ed il sostituto avvocato generale dello Stato Giorgio Azzariti, per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto:

1. - Le quattro ordinanze all'esame della Corte si riferiscono tutte alla normativa concernente i sanitari ospedalieri ed i sanitari degli ospedali clinicizzati o convenzionati.

Delle quattro ordinanze, due provengono dal TAR per l'Emilia-Romagna, una dal TAR per la Lombardia e la quarta dal TAR per il Lazio.

Con l'ordinanza del 26 novembre 1975 il TAR per l'Emilia-Romagna ha ritenuto rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale, in riferimento all'art. 3 della Costituzione, dell'art. 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nella parte in cui dispone che le norme concernenti i rapporti di lavoro a tempo pieno ed a tempo definito, propri dello

stato giuridico dei sanitari ospedalieri con funzioni di diagnosi e cura, valgono anche per il personale sanitario degli ospedali clinicizzati o convenzionati; e dell'art. 3 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129, per la parte in cui fa applicazione di tale principio.

Con l'ordinanza dell'11 dicembre 1975 lo stesso TAR ha sollevato, ritenendola rilevante e non manifestamente infondata, in relazione all'art. 3 della Costituzione, la questione di legittimità costituzionale del menzionato art. 43 della legge n. 132 del 1968, nella parte in cui afferma che la norma relativa all'incompatibilità dell'attività libero-professionale in case di cura private, propria dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri con funzioni di diagnosi e cura, vale anche per il personale sanitario degli ospedali clinicizzati o convenzionati, nonché, conseguentemente, e sotto lo stesso aspetto, delle norme delegate contenute nel già citato art. 3 del d.P.R. n. 129 del 1969, e negli artt. 24 e 133 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 130.

La prima questione è stata sollevata nel corso di un giudizio instaurato dal prof. Nazario Melchionda, assistente di ruolo presso la clinica medica II dell'Università di Bologna, e dai professori di ruolo Carlo Cetrullo e Andrea Montagnani, rispettivamente direttori nella stessa Università dell'Istituto di anestesiologia e della clinica dermosifilopatica - tutte unità universitarie convenzionate con l'Ente ospedaliero "Ospedali di Bologna" - mediante ricorso avverso i provvedimenti, con i quali il Presidente dell'Ente respingeva le loro istanze, intese ad ottenere la riconversione del rapporto di servizio ospedaliero a "tempo pieno", per il quale avevano a suo tempo optato, in rapporto a "tempo definito".

La seconda questione è stata sollevata in sede di esame dei ricorsi, proposti dal prof. Luigi Barbara e da altri clinici universitari - svolgenti funzioni in unità universitarie convenzionate con l'Ente "Ospedali di Bologna" - avverso il provvedimento adottato dal Presidente dell'Ente, con cui si dava concreta attuazione alle norme limitative dell'attività libero-professionale del personale sanitario ospedaliero ed universitario a "tempo definito" presso le case di cura private.

Le due ordinanze svolgono argomentazioni in gran parte simili. Secondo il giudice a quo il rapporto di lavoro dei sanitari universitari delle unità cliniche convenzionate che operano nell'interno dei complessi ospedalieri, dov'essere regolato dall'Università, dal momento che sia i professori che gli assistenti universitari si diversificano dai sanitari ospedalieri, sia per la dipendenza da enti pubblici diversi, sia per la loro particolare condizione e funzione.

I professori universitari e gli assistenti sono dipendenti dello Stato che hanno uno speciale stato giuridico, dal quale risulta che i compiti ad essi assegnati, nel quadro della funzione cui è preposta l'Università, sono fondamentalmente quelli dell'insegnamento e della ricerca scientifica.

Correlativamente l'attività di cura e di assistenza che viene svolta nelle cliniche e negli istituti universitari, per quanta importanza possa avere assunto, continua a rimanere strumentale rispetto alla finalità didattica.

È ovvio, quindi, che sanitari universitari e sanitari ospedalieri, pur svolgendo attività diagnostica e terapeutica apparentemente uguali, esplicano funzioni sostanzialmente diverse le quali, secondo il giudice a quo, postulano l'esigenza di una differente disciplina dei rispettivi doveri. Questa esigenza, tuttavia, è stata ignorata dalle norme denunciate le quali, nel regolare il rapporto di servizio "a tempo pieno" del sanitario ospedaliero, hanno irrazionalmente parificato la sua posizione con quella del sanitario universitario, prevedendo uno stesso orario di lavoro.

Afferma conclusivamente la prima ordinanza che l'incostituzionalità delle impugnate norme deriverebbe dall'aver il legislatore sottoposto il rapporto del sanitario universitario - che pur considera speciale nell'ambito dell'impiego statale - alla disciplina, diversa e con esso

incompatibile, del rapporto di impiego ospedaliero.

La seconda ordinanza fa applicazione degli stessi concetti in ordine alla limitazione dell'attività libero-professionale presso case di cura private per i sanitari "a tempo definito", osservando che il legislatore, ove avesse inteso instaurare tale disciplina anche nei confronti dei sanitari universitari, avrebbe dovuto provvedere con apposita normativa che tenesse conto esclusivamente delle loro funzioni e del loro stato giuridico.

2. - In entrambi i giudizi è intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocato generale dello Stato, che ha concluso per l'infondatezza delle questioni proposte. L'Avvocatura osserva che l'originario stato giuridico del medico universitario, in virtù di norme di legge (quali quelle denunciate) - che sono di gerarchia pari a quella originaria - ha subito una modifica nel senso che a certi diritti e doveri altri se ne sono aggiunti. Nell'ambito dell'orario a tempo pieno o di quello a tempo definito tutte le funzioni debbono quindi trovare collocazione e contemperamento. Con la legge di riforma ospedaliera del 1968 e con i successivi decreti di attuazione nn. 129 e 130 del 1969, ai fini della uniformità dell'assistenza al degente, le cliniche universitarie sono state inserite nell'ampio contesto della organizzazione dell'assistenza ospedaliera pubblica ed hanno avuto una struttura analoga a quella dei corrispondenti reparti ospedalieri. Con gli indicati provvedimenti si è pertanto realizzata l'unificazione delle norme relative al settore sanitario e, in definitiva, dei compiti e dei poteri di governo delle attività ospedaliere pubbliche nell'ambito di un ente assistenziale, formato da reparti e servizi ospedalieri ed universitari.

In tale quadro normativo vanno collocate, ed appaiono immuni dall'affermata irrazionalità, le disposizioni denunciate, sia per la parte in cui dispongono che i professori universitari - in quanto responsabili di una divisione o di un servizio speciale di diagnosi e cura-assumono la qualifica di primari ospedalieri e conseguentemente assumono, nei confronti dell'ente, i diritti e doveri dei primari, in quanto applicabili; sia per la parte in cui estendono anche al personale medico universitario il divieto di esercitare l'attività libero-professionale presso case di cura private.

3. - Si è costituito anche, per ambedue i giudizi, l'Ente "Ospedali di Bologna", rappresentato e difeso dagli avvocati Alberto Predieri e Carlo Lessona, i quali, nelle deduzioni costitutive e in una successiva memoria, esaminano ampiamente le proposte questioni, concludendo per la loro infondatezza.

Sostiene la difesa dell'Ente che con la legge ospedaliera n. 132 del 1968 e i suoi successivi decreti delegati nn. 128, 129 e 130 del 1969 si è attuato il passaggio dal vecchio sistema assistenziale volontaristico-caritativo all'assistenza sanitaria stabilita come diritto e come servizio sociale dovuto dallo Stato al cittadino. La nuova normativa ha quindi introdotto cambiamenti essenziali per quanto attiene ai rapporti tra università ed ospedali; le cliniche risultano ora sottoposte alla disciplina assistenziale essendo divenute centri strumentali erogatori del servizio pubblico.

In questa complessa cornice normativa vanno considerati i nuovi principi riguardanti gli obblighi dei sanitari universitari con direzione di unità assistenziali, relativi alle prestazioni orarie ed al divieto di esercizio dell'attività professionale presso le case di cura private.

Tali obblighi - precisa la difesa - si applicano esclusivamente alla sfera assistenziale, e non riguardano lo status tipico dei professori universitari per quanto concerne i compiti e le prerogative della didattica e delle ricerche, i quali continuano a restare di esclusiva attribuzione della parte universitaria. La stessa legge, infatti, dispone che gli obblighi e i doveri dei sanitari ospedalieri si applicano agli universitari "in quanto compatibili", in modo cioè da non interferire sull'attività e sull'autonomia dell'insegnamento.

Orbene, nessuna incompatibilità sussiste tra assistenza sanitaria e insegnamento universitario nelle facoltà di medicina e chirurgia poiché questo insegnamento si realizza non solo con lezioni cattedratiche ma anche con esercitazioni di clinica, mentre per quanto concerne il divieto di esercizio dell'attività professionale presso le case di cura private è da osservare che esso attiene esclusivamente alla sfera assistenziale e non riguarda minimamente la didattica e la ricerca; che non si comprende come il TAR abbia contemporaneamente potuto sostenere che la funzione didattica sarebbe incompatibile con l'attività assistenziale "a tempo pieno" nelle cliniche, mentre sarebbe compatibile con l'attività libero-professionale presso le case di cura; che con esso si è inteso separare nettamente il servizio assistenziale ospedaliero pubblico dall'attività privata, attuando peraltro una precisa distinzione tra attività dei sanitari che sono pubblici impiegati-universitari od ospedalieri -e quelli che tali non sono, vietando una attività che è in concorrenza con quella ospedaliera.

4. - I professori Melchionda, Cetrullo e Montagnani, rappresentati e difesi dagli avvocati Pietro Ruggeri e Fabio Roversi-Monaco, si sono costituiti nel giudizio inerente alla prima ordinanza, chiedendo che la Corte voglia dichiarare la illegittimità costituzionale delle norme denunciate.

La difesa delle parti afferma che gli unici diritti e doveri che i medici universitari possono assumere nei confronti dell'Ente ospedaliero sono quelli che non implicano modifiche del loro rapporto di servizio con l'Università e del loro particolare status giuridico. Non è dubbio, quindi, che le norme impugnate siano in contrasto con l'art. 3 della Costituzione per aver assoggettato a medesima disciplina soggetti che hanno uno stato giuridico del tutto diverso.

Il medico universitario operante in un ospedale convenzionato - per come reso evidente dalla legge 25 marzo 1971, n. 213 - non assume alcun rapporto diretto con l'ente ospedaliero, in quanto è l'università che impegna soltanto se stessa nei confronti dell'ente, garantendo una certa attività, globalmente considerata, da parte di sanitari universitari che ad essa soltanto restano vincolati. Se per effetto di una convenzione tra università ed ente ospedaliero lo stato giuridico del sanitario universitario dovesse risultare scalfito, fino a compromettere o a condizionare l'attività istituzionale, la violazione dell'art. 3 della Costituzione si evidenzerebbe anche sotto il diverso profilo della irragionevole ed ingiusta discriminazione che ne deriverebbe rispetto agli altri docenti universitari.

5. - Nel giudizio promosso con la seconda ordinanza si sono costituiti il prof. Luigi Barbara ed altri ricorrenti, difesi dagli avvocati Mario Jacchia e Fabio Roversi Monaco i quali in una successiva memoria osservano anzitutto che la questione di legittimità promossa dal giudice a quo muove da una non corretta interpretazione data all'art. 43, lett. d) della legge n. 132 del 1968. L'espressione personale sanitario medico "dipendente" dagli ospedali clinicizzati o convenzionati— cui la norma estende l'incompatibilità con l'esercizio professionale presso le case di cura private—andrebbe riferita al solo personale ospedaliero e non anche ai sanitari universitari che prestano servizio in quegli ospedali. Così correttamente interpretata la norma sarebbe pienamente costituzionale.

Per sostenere una diretta dipendenza del sanitario universitario dall'ospedale non giova richiamare l'equivoca formulazione dell'art. 3 del d.P.R. n. 129 del 1969, a termini della quale i sanitari universitari responsabili di una divisione o di un servizio di diagnosi e cura "assumono, a tali effetti, la qualifica di primari ospedalieri e, conseguentemente, nei confronti dell'ente ospedaliero, i diritti e i doveri dei primari in quanto applicabili". L'espressione "in quanto applicabili" contenuta nel citato articolo lascia intendere sia la necessità che tali diritti ed obblighi non interferiscano sui doveri essenziali dei professori, attinenti alla ricerca e all'insegnamento, sia la diretta ed esclusiva dipendenza del professore dall'università. Si deve, pertanto, negare che la legge ospedaliera abbia portata innovativa in ordine allo stato giuridico dei medici universitari.

Passando all'esame del divieto di esercizio dell'attività libero-professionale nelle case di cura private, esteso ai medici universitari, operanti in un complesso convenzionato, la difesa osserva che non esistono ragionevoli motivi idonei a giustificarlo. Le ragioni del divieto, infatti, non attengono né alla convenzione, né all'assistenza, o al modo di svolgerla, ma soltanto alla tutela di interessi economici dell'ospedale. Scopo del legislatore è stato quello di utilizzare il medico universitario negli enti ospedalieri convenzionati e non quello di limitarne l'attività al di fuori di questo particolare rapporto. E, dunque, viziato il procedimento logico e manca la consequenzialità nel ragionamento che ha condotto il legislatore a dettare, al di là della volontà espressa, una disposizione incoerente e contraddittoria.

6. - I motivi d'incostituzionalità delle norme denunciate con le due ordinanze del TAR per l'Emilia-Romagna sono stati ancora diffusamente e congiuntamente illustrati in una memoria presentata dalla difesa dei professori Melchionda ed altri e Barbara ed altri, nella quale si afferma che la legge di delegazione n. 132 del 1968 non ha affatto attribuito al Governo la potestà legislativa in ordine allo status del personale medico universitario; che le disposizioni del decreto delegato n. 129 del 1969, riguardano "l'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura", e sono, quindi, inapplicabili ai clinici universitari le disposizioni inerenti all'impiego dei primari ospedalieri, relative al tempo pieno e al tempo definito, nonché al divieto di attività libero-professionale in generale e per le case di cura private.

Ove invece si ritenesse che le norme denunciate hanno assimilato lo stato giuridico delle due distinte categorie di sanitari, emergerebbe evidente la denunciata violazione dell'art. 3 della Costituzione sia in relazione al "tempo pieno" imposto ai clinici, stante l'inconciliabilità di un impegno ospedaliero di tale entità con le preminenti attività d'insegnamento e ricerca dei docenti universitari; sia per quanto si riferisce all'esclusione dell'attività professionale dei clinici nelle case di cura private, per l'evidente disparità di trattamento che tale divieto comporta tra i docenti a seconda che per l'esercizio professionale abbiano o non bisogno di strutture di tipo ospedaliero.

7. - Le altre due ordinanze, del TAR per la Lombardia, emessa il 7 aprile 1976, e del TAR per il Lazio, emessa l'8 settembre 1976, hanno ritenuto rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3, 4 e 76 della Costituzione, dell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, e dell'art. 43, lett. d), della legge n. 132 del 1968 (quest'ultimo solo nel caso che sia considerato perentorio il termine del 31 dicembre 1975 ivi previsto).

L'ordinanza del TAR per la Lombardia proviene da giudizi instaurati con ricorsi proposti dai sanitari ospedalieri Dotti Franco ed altri e Finzi Achille ed altri contro gli Istituti ospedalieri di Mantova, Tira Pierluigi ed altri contro gli Istituti ospedalieri di Cremona, e Reggiani Angelo Gino ed altri contro l'Ente ospedaliero provinciale Leno-Manerbio-Pontevico, per impugnare le deliberazioni con le quali gli Enti suddetti avevano stabilito il divieto, per i sanitari ospedalieri a tempo definito, di svolgere, con decorrenza 1 gennaio 1976, ogni attività libero-professionale presso le case di cura private.

L'ordinanza del TAR per il Lazio è stata emessa sul ricorso proposto dal sanitario ospedaliero Riccardo Savignoni avverso una nota con la quale il Presidente dell'Ospedale generale provinciale S. Sebastiano martire di Frascati gli ingiungeva di cessare lo svolgimento di attività libero-professionale incompatibile con il servizio ospedaliero.

Il TAR per la Lombardia-basandosi sulla formulazione testuale dell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969-ha ritenuto che il termine del 31 dicembre 1975 entro il quale poteva essere esercitata l'attività professionale presso le case di cura private, abbia carattere perentorio, talché, dopo tale data, il divieto di esercizio della libera professione debba considerarsi operante, a prescindere dal fatto se siano stati o non apprestati dagli enti ospedalieri gli

ambienti idonei per consentire l'attività nell'interno dell'ospedale.

Ha conseguentemente accolto le eccezioni di incostituzionalità formulate dai ricorrenti sotto i seguenti profili:

a) contrasto dell'art. 133 del decreto delegato con l'articolo 76 della Costituzione in relazione, sia con l'art. 42 n. 2 della legge di delega, per non aver riconosciuto le posizioni giuridiche acquisite (e quindi anche la facoltà dell'esercizio dell'attività libero-professionale); sia con l'art. 43, lett. d) se si interpreta tale norma nel senso che il termine del 31 dicembre 1975, in essa indicato, non abbia carattere perentorio;

b) contrasto del medesimo art. 133 con i principi di uguaglianza e del diritto al lavoro (Cost. artt. 3 e 4), giacché, col divieto dell'esercizio dell'attività professionale in case di cura private (e non anche in studi privati) verrebbe a crearsi disparità di trattamento tra i sanitari, precludendosi lo svolgimento di attività solo a quelli (chirurghi, anestesisti) che per il loro lavoro hanno bisogno di apposita organizzazione;

c) ulteriore violazione dei richiamati principi costituzionali per la diversa condizione in cui vengono a trovarsi i sanitari dipendenti da ospedali che hanno organizzato e attrezzato locali idonei all'esercizio dell'attività libero-professionale e sanitari che prestano servizio in ospedali che a ciò non hanno ancora provveduto, nonché (nell'ambito degli ospedali che abbiano apprestato gli ambienti idonei) tra sanitari a tempo pieno, cui è riconosciuto un diritto di prelazione ad operare, e sanitari a tempo definito che, specie se chirurghi, difficilmente potrebbero svolgere la loro attività.

Motivi di incostituzionalità pressoché identici sono svolti dal TAR per il Lazio.

8. - In entrambi i giudizi è intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocato generale dello Stato, che ha concluso per l'infondatezza delle proposte questioni.

Per quanto attiene al preteso eccesso di delega dell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969 in relazione al disposto dell'articolo 42 della legge delegante n. 132 del 1968-che ha fatto salve le posizioni giuridiche acquisite dal personale già in servizio - l'Avvocatura rileva che la norma delegata ha tenuto conto della normativa esistente al momento dell'emanazione della legge di riforma ospedaliera, ribadendo quel divieto di esercizio dell'attività professionale extramurale, in concorrenza con gli interessi dell'ospedale, oppure incompatibile con gli orari di servizio stabiliti dall'Amministrazione già presente nell'ordinamento (art. 3 legge 10 maggio 1964, n. 336).

Parimenti infondato, ad avviso dell'Avvocatura, il profilo dell'eccesso di delega in relazione al termine del 31 dicembre 1975 fissato tanto nell'art. 43 lett. d) della legge di delega che nell'art. 133 del decreto delegato, giacché, in ambedue le norme, tale termine ha carattere perentorio. La tolleranza transitoria era collegata alla situazione ospedaliera in evoluzione, ma sebbene questo processo non si sia ancora concluso, occorre porre un termine, onde evitare un circolo vizioso che si sarebbe potuto protrarre all'infinito.

Infondata è poi la questione di costituzionalità prospettata in riferimento agli artt. 3 e 4 della Costituzione. Il legislatore si muove su una linea di tendenza che vuole privilegiare l'ospedale pubblico rispetto alla casa di cura privata e questo spiega perché la libera professione sia stata ammessa in uno studio privato (per i medici a tempo definito) o nell'ambito ospedaliero (per i medici a tempo pieno e per quelli a tempo definito) e ne sia stato, per contro, vietato l'esercizio nelle case di cura. Si può, in astratto, dissentire sulla bontà della soluzione adottata, ma non già configurare come questione di costituzionalità un problema che è di politica legislativa.

Infondata, infine, l'ultima censura d'incostituzionalità che ravvisa una disparità di trattamento tra sanitari a seconda che prestino servizio in ospedali che abbiano o non provveduto ad organizzare idonei ambienti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramurale. Questa situazione non dà luogo a questione di costituzionalità, essendo evidente che non è la norma denunciata che consente ad alcuni ed impedisce ad altri una certa attività, ma è la sua applicazione pratica.

9. - Nel giudizio inerente all'ordinanza del TAR per la Lombardia si sono costituiti gli Istituti ospedalieri di Cremona, rappresentati e difesi dagli avvocati Goffredo Grassani e Michele Giorgianni, i quali nelle prime deduzioni ed in una successiva memoria formulano anzitutto eccezione preliminare d'inammissibilità per irrilevanza della proposta questione. Si osserva in proposito che il problema di costituzionalità prospettato muove dal presupposto che il termine del 31 dicembre 1975, indicato nell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, abbia carattere perentorio, e che il divieto dell'attività professionale dei sanitari ospedalieri a tempo definito nelle case di cura private operi anche se l'ente ospedaliero non abbia assicurato, entro il termine suddetto, la disponibilità di appositi ambienti, qualitativamente idonei, per l'esercizio dell'attività professionale all'interno dell'ospedale. Orbene, siffatto problema non ha nulla a che vedere con la situazione giuridica e di fatto riguardante i sanitari ricorrenti, dipendenti dagli Istituti ospedalieri di Cremona, atteso che questi sono attrezzati sin dal 1970 in modo da consentire a tutti i medici dipendenti di svolgere la loro attività professionale usufruendo delle attrezzature necessarie all'uopo predisposte.

La difesa degli Istituti ospedalieri contesta poi le affermazioni di parte avversa in ordine alla pretesa non applicabilità del divieto di esercizio dell'attività professionale al personale assunto in servizio prima dell'entrata in vigore della legge ospedaliera, e all'asserito carattere non perentorio del termine del 31 dicembre 1975.

Contesta inoltre che la nuova legge ospedaliera avrebbe, in linea di principio, confermato il diritto dei sanitari ospedalieri ad esercitare la libera- professione, ed afferma che la regola fondamentale desumibile dalla politica legislativa perseguita in materia è, al contrario, quella di una maggiore protezione degli interessi degli ospedali cui corrisponde un affievolimento della posizione del personale sanitario. La libera attività rappresenta quindi l'eccezione e viene dal legislatore consentita solo entro precisi e rigorosi limiti, quando sia fondato ritenere che non rechi turbamento, sia per le modalità che per le dimensioni in cui è svolta, al servizio pubblico prestato dagli ospedali.

Il divieto della professione nelle case di cura private ha peraltro lo scopo di precludere l'utilizzazione di personale pubblico, i cui gravi oneri, derivanti dallo stato giuridico ed economico, sono a carico degli enti ospedalieri. Senza il divieto si attuerebbe un inammissibile trasferimento di costi dalla struttura privata a quella pubblica, e si favorirebbe la costituzione di strutture concorrenziali, operanti a costi minori, e, addirittura, a costi trasferiti, creando una posizione ingiustificata di privilegio a favore di una categoria di imprese private.

Passando all'esame dei singoli motivi di incostituzionalità la difesa ribadisce:

a) che non sussiste la violazione dell'art. 4 della Costituzione dal momento che le norme denunciate non impediscono affatto ai sanitari di svolgere il proprio lavoro, ma li lasciano liberi di scegliere il tipo di attività: privata ovvero alle dipendenze di enti pubblici, e - in questo secondo caso - a tempo "pieno" o "definito";

b) che infondati sono i profili d'incostituzionalità svolti nell'ordinanza in relazione all'art. 3 della Costituzione, atteso che il divieto opera per tutti i sanitari (chirurghi e medici) ed essendo a tutti garantita la medesima possibilità di esercitare la professione entro l'ospedale con le attrezzature di questo;

c) che neppure sussiste l'asserita disparità di trattamento a seconda che l'ospedale abbia o non predisposto le attrezzature entro il 31 dicembre 1975, essendo evidente che tale circostanza non è configurabile come vizio della previsione legislativa che ha, invece, esplicitamente obbligato gli ospedali a predisporre le necessarie attrezzature.

Conclude la difesa chiedendo che la questione sia dichiarata inammissibile e in subordine infondata.

10. - Nello stesso giudizio si sono anche costituiti il dott. Mario del Grosso ed altri tredici ricorrenti, tutti rappresentati e difesi dagli avvocati Bruno Guareschi e Giuseppe Guarino.

Rileva anzitutto la difesa che la facoltà di esercitare l'attività libero professionale da parte dei sanitari ospedalierigia' prevista nel precedente ordinamento dall'art. 19 del r.d. n. 1631 del 1938 e dall'art. 3 della legge n. 336 del 1964 è stata in linea di principio confermata, sebbene con modificazioni e limitazioni, nella nuova normativa, sicché il criterio generale è che l'esercizio dell'attività libero-professionale rappresenti la regola ed il divieto l'eccezione.

Passando all'esame delle varie censure di incostituzionalità la difesa osserva:

a) che il denunciato contrasto tra l'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969 e l'art. 42 della legge n. 132 del 1968 non sussisterebbe se correttamente si ritenesse che il divieto di esercizio dell'attività nelle case di cura private non si estende ai sanitari già in servizio;

b) che del pari non avrebbe ragion d'essere il dedotto contrasto tra il vitato art. 133 del decreto e l'art. 43 lett. d) della legge di delega se entrambe le norme venissero retamente interpretate nel senso che il dovere del sanitario di non svolgere attività nelle case di cura private è strettamente correlato al diritto dello stesso sanitario di esercitare la professione intramurale in quegli appositi ambienti che l'amministrazione ospedaliera era tenuta a predisporre entro la data del 31 dicembre 1975. Sarebbe ermeneuticamente scorretta l'interpretazione che il legislatore abbia voluto porre un termine perentorio all'esercizio dell'attività anche nell'ipotesi che gli ospedali non si fossero organizzati, poiché, tanto dall'art. 43, lett. d), quanto dall'art. 47 del d.P.R. n. 130 del 1969, letto in connessione con il successivo art. 133, si desume che sussiste un collegamento inscindibile tra divieto per i sanitari di lavorare nelle case di cura private e diritto di svolgere attività intramurale; che gli ospedali sono obbligati ad attrezzare entro il 31 dicembre 1975 gli ambienti per consentire tale attività; che, conseguentemente, il divieto scatta solo se gli ospedali abbiano adempiuto al loro obbligo, mentre non diviene operante nel caso in cui siano rimasti inadempienti;

c) che, infine - ove si ritenga che il divieto in esame operi indipendentemente dalla possibilità di svolgere la professione nell'interno dell'ospedale - fondata sarebbe la questione di legittimità costituzionale degli artt. 43, lett. d), della legge n. 132 e 133 del d.P.R. n. 130, per contrasto con gli artt. 3 e 4 della Costituzione, essendo palese la violazione del diritto al lavoro e del principio di uguaglianza.

Né si comprenderebbe perché debba essere fatto divieto di esercitare la professione in case di cura private, colpendo così solo quei sanitari che hanno necessità di particolari attrezzature di lavoro (chirurghi, anestesisti), e debba, invece, essere consentito l'esercizio professionale negli studi privati.

Di particolare considerazione, poi, la posizione di quei sanitari a tempo definito - che hanno quindi un orario di lavoro ridotto e una retribuzione inferiore a quella dei sanitari a tempo pieno - i quali, operando in settori che richiedono una indispensabile organizzazione, non possono nelle ore libere svolgere attività né all'interno dell'Ospedale (se questo non abbia attrezzato idonei ambienti) né all'esterno (poiché è loro inibito di operare in case di cura private).

Evidente anche la disparità di trattamento tra sanitari che operano in enti ospedalieri che hanno predisposto la necessaria organizzazione per lo svolgimento dell'attività intramurale e sanitari in servizio presso ospedali inadempienti.

Sul rilievo che l'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969 non abbia esteso il divieto ai sanitari universitari, la difesa ravvisa, infine, disparità di trattamento tra questa categoria e quella dei medici ospedalieri, ritenendo che nessuna differenza, sotto i profili che vengono in considerazione, può riscontrarsi tra medici ospedalieri e professori universitari che svolgono funzioni di sanitari in ospedale.

11. - Nel giudizio relativo all'ordinanza emessa dal TAR per il Lazio si è costituito l'Ospedale generale provinciale di S. Sebastiano Martire di Frascati, rappresentato e difeso dall'avv. Guido Cervati.

Nella memoria depositata dalla difesa dell'Ospedale si afferma anzitutto che il divieto di esercizio di attività libero-professionale nelle case di cura private, ora sancito dalla legge ospedaliera, è diverso dal potere di divieto dell'esercizio professionale in concorrenza con gli interessi dell'ospedale contemplato dalla precedente normativa.

Il nuovo divieto è dettato dall'interesse della collettività ad un diverso tipo di impegno del medico ospedaliero nell'attività interna dell'ospedale. Con esso si è inteso vietare un'attività in case di cura, la quale contrasta non solo con l'interesse dell'ospedale, ma, in primo luogo, con la nuova concezione del servizio pubblico ospedaliero, che deve consentire al malato la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e deve assicurare tale tutela come interesse della collettività.

Passando, quindi, all'esame delle varie censure d'incostituzionalità prospettate, la difesa osserva:

a) che non può accedersi alla tesi difensiva dei sanitari secondo cui la nuova normativa sarebbe applicabile soltanto ai medici ospedalieri assunti in servizio dopo l'entrata in vigore della legge.

Questa tesi non considera che l'art. 42 della legge n. 132 del 1968, all'uopo, si applica al personale ospedaliero e non a quello sanitario, per il quale vi è apposita norma, e cioè il successivo art. 43, nel cui testo avrebbe dovuto trovare collocazione la tutela di particolari situazioni giuridiche del sanitario.

Ma a parte ciò, è da rilevare che il riferimento a posizioni giuridiche ed economiche acquisite riguarda soltanto le specifiche carriere di appartenenza e non si estende a facoltà ad esse estranee ed accessorie;

b) non fondata sarebbe l'eccezione d'incostituzionalità dell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, in relazione all'articolo 43, lett. d), della legge 132 del 1968.

Rientrava nell'ambito della delega e dei criteri e principi in essa fissati l'indicazione di un termine di cessazione dell'attività libero-professionale anche nel caso di mancata costruzione di speciali locali all'interno dell'ospedale;

c) infondati sarebbero i motivi d'incostituzionalità in riferimento agli artt. 3 e 4 della Costituzione. Né vale addurre l'irrazionalità della normativa in relazione a quelle attività che possono esercitarsi solo in cliniche, poiché è evidente che alcune attività richiedono attrezzature scientifiche e specializzate che si trovano appunto nei vari istituti che assumono chi vuole esercitarle.

12. - Nello stesso giudizio si è anche costituito il dott. Savignoni, rappresentato e difeso

dagli avvocati Antonio Sorrentino, Aldo Sandulli e Giuseppe Guarino, con deposito di deduzioni nelle quali la difesa sostiene l'incostituzionalità delle norme denunciate sulla base degli stessi argomenti svolti dalla difesa di Del Grosso ed altri, nel giudizio inerente all'ordinanza del TAR per la Lombardia.

A sostegno delle conclusioni formulate nei due giudizi, rispettivamente per Del Grosso ed altri, e per Savignoni, la stessa difesa ha depositato un'ampia memoria, nella quale riafferma che il divieto dell'attività libero-professionale nelle case di cura private è correlato e fatto dipendere dalla messa a disposizione da parte degli ospedali degli "appositi ambienti" per l'attività intramurale. La conseguenza di ciò è che il divieto dell'attività libera scatta alla data di riferimento del 31 dicembre 1975 (o anche prima) solo a condizione che sia stato assolto il correlativo onere dell'ospedale dell'apprestamento degli "appositi ambienti".

È chiaro quindi che, interpretato l'art. 133 nei sensi anzidetti, le questioni sollevate sono da considerarsi infondate, o, almeno allo stato, irrilevanti, potendo i giudici a quibus senz'altro decidere i ricorsi ad essi sottoposti, ed accoglierli.

Nella ipotesi, invece, si ritenesse perentorio il termine del 31 dicembre 1975 indicato dall'art. 133, i motivi d'incostituzionalità prospettati sarebbero rilevanti e fondati in quanto:

a) sussisterebbe il vizio dell'eccesso di delega (art. 76 Cost.) dell'art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969 in relazione all'art. 42, ultimo comma, della legge 132 del 1968, per non aver fatto salve le posizioni giuridiche acquisite dal personale già in servizio;

b) sussisterebbe l'eccesso di delega dell'art. 133 in relazione all'art. 43, lett. d) della legge di delegazione, in quanto si è fissato un termine perentorio per la cessazione di una attività libero-professionale che è in rapporto di dipendenza e consequenzialità col rispetto del correlativo obbligo dell'amministrazione di apprestare "appositi ambienti" nell'ospedale, facendo così derivare dall'inadempimento di quest'ultima il venir meno di un diritto dei sanitari;

e) sussisterebbero le violazioni degli artt. 3 e 4 della Costituzione per la disparità di trattamento e la violazione del diritto al lavoro che la normativa denunciata determina: perché preclude qualsiasi attività a taluni sanitari che hanno una particolare specializzazione (chirurghi, anestesisti, ecc.); perché ammette la libera professione in studi privati e la vieta, invece, se esercitata in case di cura; perché fissa limitazioni al diritto al lavoro che non trovano fondamento nell'esigenza di tutelare interessi effettivi ed inderogabili; perché, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale intramurale, privilegia i sanitari a tempo pieno rispetto a quelli che hanno optato per il tempo definito; perché dà luogo a disparità di trattamento tra sanitari operanti in ospedali che hanno attrezzato gli "appositi ambienti" e altri sanitari che non possono svolgere la libera professione in quanto dipendenti da ospedali inadempienti.

Conclude pertanto la difesa insistendo per la dichiarazione d'incostituzionalità delle norme impugnate.

13. - Da ultimo va ricordato che, nel giudizio inerente all'ordinanza dei TAR per la Lombardia, i professori Eros Benedini e Mario Gandolfi primari chirurghi presso gli Istituti ospedalieri "Carlo Poma" di Mantova, entrambi rappresentati e difesi dall'avvocato Emilio Pario, si sono costituiti con atto pervenuto in cancelleria il 14 ottobre 1976, e quindi da considerarsi fuori termine in relazione alla pubblicazione dell'ordinanza medesima sulla Gazzetta Ufficiale n. 253 del 22 settembre 1976.

14. - All'udienza pubblica il sostituto avvocato generale dello Stato e i difensori delle parti hanno oralmente illustrato i motivi delle rispettive tesi difensive.

1. - Le ordinanze in epigrafe sollevano le seguenti questioni:

A) se siano costituzionalmente illegittimi-per violazione dell'art. 3 della Costituzione - l'art. 43, lett. d), della legge 12 febbraio 1968, n. 132, "nella parte in cui afferma, tra l'altro, che le norme concernenti i rapporti di lavoro a tempo pieno ed a tempo definito, propri dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri con funzioni di diagnosi e cura, valgono anche per il personale sanitario degli ospedali clinicizzati o convenzionati", e l'art. 3 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129, "per la parte in cui fa applicazione di tale principio" (ordinanza del 26 novembre 1975 del tribunale amministrativo regionale per l'Emilia-Romagna);

B) se siano costituzionalmente illegittimi-per violazione dell'art. 3 della Costituzione - il citato art. 43, lett. d), della legge n. 132 del 1968, "nella parte in cui afferma, tra l'altro, che la norma relativa all'incompatibilità dell'attività libero- professionale in case di cura private, propria dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri con funzioni di diagnosi e cura, vale anche per il personale sanitario degli ospedali clinicizzati o convenzionati", e, per estensione, "sotto lo stesso aspetto", il citato art. 3 del d.P.R. n. 129 del 1969, e gli artt. 24 e 133 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 (ordinanza dell'11 dicembre 1975 del tribunale amministrativo regionale per l'Emilia- Romagna);

C) se sia costituzionalmente illegittimo - in quanto eccedente dai limiti della delega (art. 76 della Costituzione) - il citato art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, interpretato nel senso di attribuire carattere perentorio al termine di decorrenza del divieto, per i sanitari ospedalieri con rapporto di lavoro a tempo definito, di esercizio libero- professionale in case di cura private, in contrasto con la legge di delega n. 132 del 1968, che, all'art. 43, lett. d), avrebbe condizionato L'operatività di siffatto divieto alla messa a disposizione, da parte dell'ente ospedaliero, di appositi ambienti qualitativamente idonei per l'esercizio dell'attività medesima all'interno dell'ospedale (ordinanza del 7 aprile 1976 del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia);

D) se sia costituzionalmente illegittimo - in quanto eccedente dai limiti della delega (art. 76 della Costituzione)- il citato art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, nella parte in cui non prevede l'esclusione dal divieto di esercizio libero- professionale in case di cura private, dei sanitari ospedalieri già in servizio, in contrasto con l'art. 42 della legge di delega n. 132 del 1968, secondo il quale in ogni caso devono esistere riconosciute le posizioni giuridiche acquisite dal personale già in servizio (ordinanze del 7 aprile 1976 del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia, e dell'8 settembre 1976 del tribunale amministrativo regionale per il Lazio);

E) se siano costituzionalmente illegittimi - per violazione degli artt. 3 e 4 della Costituzione - i citati artt. 43, lett. d), della legge n. 132 del 1968, e 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, interpretati nel senso che il divieto da essi disposto per i sanitari ospedalieri a tempo definito, di esercitare, dopo il 31 dicembre 1975, attività libero professionale presso case di cura private, abbia carattere perentorio ed operi comunque, a prescindere dalla concreta disponibilità di appositi idonei ambienti nell'interno dell'ospedale, determinando disparità di trattamento:

a) rispetto a sanitari dipendenti da enti ospedalieri che abbiano apprestato ambienti idonei all'esercizio dell'attività libero-professionale intramurale, e sanitari dipendenti da enti ospedalieri che non abbiano potuto o voluto attrezzare tali ambienti;

b) in seno alla categoria dei sanitari ospedalieri, in quanto il divieto - non estendendosi agli studi privati - viene a colpire solo quelli (come chirurghi, anestesisti, ecc.) che abbiano necessità di operare in apposita organizzazione;

c) nell'ambito degli stessi ospedali attrezzati, tra sanitari con rapporto di servizio a tempo pieno - cui la legge riconosce un diritto, di preferenza ad esercitare all'interno la libera professione - e sanitari a tempo definito, che, specie se chirurgi, difficilmente potrebbero aver modo di operare in concomitanza con i primi (ordinanze del 7 aprile 1976 del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia, e dell'8 Settembre 1976 del tribunale amministrativo regionale per il Lazio).

2. - I giudizi, avendo ad oggetto questioni in parte identiche ed in parte connesse, vengono riuniti per essere decisi con unica sentenza.

3. - Le questioni sollevate dal TAR per l'Emilia- Romagna, e puntualizzate alle lettere A) e B) del precedente n. 1, non sono fondate.

Va preliminarmente precisato che esse muovono dall'assunto, fatto proprio dal giudice a quo, che il legislatore, con l'espressione "personale sanitario medico dipendente dagli ospedali clinicizzati o convenzionati", adoperata nel denunciato art. 43, lett. d) della legge n. 132 del 1968, abbia inteso riferirsi ai sanitari universitari che operano in tali ospedali. Pur tacciando di scarsa proprietà la locuzione (che qualifica come "dipendente", personale legato agli ospedali in argon mento, non da rapporto d'impiego ma da rapporto di servizio), questa interpretazione, dalle ordinanze di rimessione, è stata ritenuta logicamente preferibile ad altra, che individui il personale medesimo in quello dipendente da enti ospedalieri, da questi ultimi, per effetto delle convenzioni stipulate con le università, messo a disposizione, a fianco del personale universitario, per il funzionamento dei complessi convenzionati.

Invero, in questa seconda ipotesi - obietta il TAR per l'Emilia-Romagna - non vi sarebbe stato motivo di estendere una disciplina ed una incompatibilità, che già direttamente trovavano collocazione nello stato giuridico proprio del personale sanitario medico dipendente dagli enti ospedalieri, secondo quanto esplicitamente prescritto dalla prima parte dello stesso art. 43, lett. d). A sostegno della tesi accolta dal TAR merita di essere ricordato che, nel corso dell'iter parlamentare della legge n. 132 del 1968, l'espressione originaria ("personale sanitario dipendente dagli ospedali clinicizzati") era stata, innanzi alla Camera, sostituita, con emendamento governativo, da altra inequivocabile ("personale sanitario medico in servizio presso gli ospedali convenzionati o clinicizzati, da qualunque amministrazione dipenda"). A sua volta quest'ultima fu successivamente modificata nei termini attuali, ma, come risulta dalla relazione della Commissione di igiene e sanità del Senato, "sono stati così riprodotti i termini esatti di accordi a suo tempo intervenuti su questa materia comune tra clinici universitari e medici ospedalieri, per cui la modifica, nel pensiero del Ministro e della Commissione, è di carattere formale e lascia inalterato il significato della norma quale è stata approvata dalla Camera". Non va da ultimo taciuto che l'interpretazione fornita dal TAR è accolta anche dal decreto 24 giugno 1971 (in G.U. n. 182 del 20 luglio 1971), con il quale i Ministri per la sanità e per la pubblica istruzione, di concerto con quello per il tesoro, hanno approvato lo schema tipo di convenzione previsto dall'art. 4 del citato d.P.R. n. 129 del 1969, per la disciplina dei rapporti tra gli enti ospedalieri ed istituti pubblici di ricovero e cura, di cui all'art. 1 della citata legge n. 132 del 1968, e le università. Ivi, infatti, si ribadisce, al quarto comma dell'art. 7 dello schema, che i sanitari universitari addetti all'assistenza nei complessi convenzionati, sono soggetti alle disposizioni di legge sull'assistenza ospedaliera e devono osservare la disciplina e le norme dei regolamenti dell'ente ospedaliero che stipula la convenzione, in particolare per quanto attiene ai rapporti con la sovrintendenza o la direzione sanitaria, all'osservanza degli orari di lavoro, alle limitazioni dell'esercizio dell'attività libero-professionale presso case di cura private, analogamente a quanto previsto per i medici ospedalieri.

4. - La prima delle due ordinanze del TAR per l'Emilia-Romagna, una volta interpretato nei sensi sopra esposti l'articolo 43, lett. d), della legge di delega n. 132 del 1968, ne fa conseguire l'applicabilità ai sanitari universitari dei complessi clinicizzati o convenzionati, dell'obbligo dell'orario di servizio, dettato per i sanitari ospedalieri dall'art. 24 del citato d.P.R. n. 130 del

1969, nei termini ivi previsti per il servizio a tempo pieno (40 ore settimanali) e per quello a tempo definito (non inferiore alle 30 ore settimanali e non superiore alle 36 ore). Applicabilità che trova conferma nell'art. 3 del decreto delegato n. 129 del 1969, a tenore del quale i professori universitari di ruolo ed incaricati, in quanto responsabili di una divisione o di un servizio speciale di diagnosi e cura, assumono, a tali effetti, la qualifica di primari ospedalieri e, conseguentemente, nei confronti dell'ente ospedaliero, i diritti e i doveri dei primari, in quanto applicabili (comma primo); e gli aiuti e gli assistenti di ruolo delle stesse divisioni e sezioni, agli effetti ed in relazione alle attività assistenziali svolte, sono considerati rispettivamente aiuti ed assistenti ospedalieri (secondo comma). Ora, la estensione di tale normativa, dettata per i sanitari ospedalieri, ai sanitari universitari, aventi stato giuridico fondato su altri presupposti, evidenzerebbe un principio di parificazione di due diverse categorie di dipendenti pubblici, che al giudice a quo è apparso "del tutto irragionevole", inducendolo a sollevare la questione di legittimità costituzionale tanto dell'art. 43, lett. d), della legge di delega n. 132 del 1968, quanto dell'art. 3 del decreto delegato n. 129 del 1969, in relazione al principio di eguaglianza affermato dall'art. 3 della Costituzione.

La Corte, però, non ravvisa nella denunciata normativa l'asserita violazione del richiamato principio, violazione che si concreterebbe nell'avere il legislatore disciplinato in maniera eguale situazioni diverse.

In proposito giova ricordare che i rapporti tra le facoltà mediche e gli enti di assistenza ospedaliera sono di antica data, pressoché coevi all'instaurarsi e al diffondersi del moderno sistema di insegnamento della medicina, basato sull'osservazione clinica. In Italia, alla libera iniziativa delle istituzioni universitarie ed ospedaliere, realizzata per lo più secondo tradizionali schemi privatistici, seguì una prima disciplina in materia con la legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza, che, all'art. 98, faceva obbligo agli ospedali (in essi compresi i manicomi ed ogni altro istituto pubblico di beneficenza diretto alla cura di qualsiasi malattia: art. 124 del regolamento amministrativo approvato con r.d. 5 febbraio 1891, n. 99), nelle città sedi di facoltà medico-chirurgiche, di "fornire il locale e lasciare a disposizione i malati e i cadaveri occorrenti per i diversi insegnamenti". Si veniva così a sancire, al fine di conseguire il necessario coordinamento fra l'esigenza dell'assistenza ospedaliera e l'esigenza didattico-scientifica, una collaborazione, le cui forme e modalità, peraltro, erano lasciate al sistema contrattualistico.

Nuova disciplina viene successivamente dettata dal r.d.l. 10 febbraio 1924, n. 549 (di poi trasfuso negli artt. 27-35 del testo unico delle leggi sulla istruzione superiore, approvato con r.d. 31 agosto 1933, n. 1592), e dal regolamento per la sua esecuzione, approvato con r.d. 24 maggio 1925, n. 1144. Gli ospedali delle città sedi di facoltà medico-chirurgiche, ricorrendo determinati presupposti ed a seconda dei bisogni dell'insegnamento, vengono trasformati in "ospedali clinici": essi funzionano a totale carico delle istituzioni cui appartengono, ma le università provvedono al personale sanitario direttivo ed alle spese per trattamenti speciali, mettendo a disposizione i propri mezzi diagnostici e terapeutici. Il personale sanitario universitario, cui è affidata ex lege la direzione tecnica dei singoli reparti, viene così ad essere incardinato nell'organizzazione ospedaliera, continuando, peraltro, a dipendere dalla amministrazione universitaria. La collaborazione non è più, dunque, circoscritta all'apprestamento dei locali ed alla messa a disposizione degli infermi e dei cadaveri ritenuti necessari agli scopi dell'insegnamento, ma investe gli aspetti più salienti dell'organizzazione e dell'attività degli ospedali clinicizzati, sui quali viene ad esplicarsi una spiccata ingerenza universitaria. In altri termini, nelle sedi di facoltà medico-chirurgiche il fine didattico-scientifico dell'università attrae il fine assistenziale dell'ente ospedaliero: l'ospedale clinicizzato si trasforma in strumento dell'attività universitaria, la quale, dal suo canto, si estende all'ambito assistenziale, per la stretta connessione tecnica fra insegnamento clinico e cura degli ammalati. Del che è conferma la fattispecie, correlativamente disciplinata, della c.d. "clinica ospedalizzata", e cioè della clinica universitaria, dotata di propri locali, chiamata a funzionare come reparto ospedaliero, alle condizioni convenute tra amministrazione

universitaria e pubblica istituzione di assistenza ospedaliera. Conclusivamente, ai fini che qui interessano, va sottolineato che già vigendo tale normativa i sanitari universitari, obbligatoriamente investiti della direzione e della responsabilità reparti clinico-ospedalieri, sono tenuti a prestare in essi servizio per la realizzazione dei congiunti fini didattico-scientifici ed assistenziali.

Sugli indicati rapporti hanno ora sensibilmente inciso la legge n. 132 del 1968, avente ad oggetto gli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera, e i decreti emanati in attuazione della delega con essa conferita al Governo. Cardine della riforma, che con la richiamata normativa si è inteso attuare, appare la posizione profondamente diversa dal passato, riconosciuta all'infermo, cittadino o straniero, che abbisogni di ricovero e cure. L'ammalato, invero non è più accolto nel nosocomio sotto il segno di un'assistenza filantropico-caritativa, che ha pure le sue storiche benemeritenze, ma nella cui prospettiva trova collocazione, quasi come doverosa contropartita delle elargite cure, anche la sua eventuale utilizzazione, da vivo o da morto, ad oggetto di osservazione scientifica e didattica. In attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell'individuo dall'art. 32 della Costituzione (sentenze n. 21 del 1964 e n. 149 del 1969), l'infermo assurge, nella novella concezione dell'assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati, e che in ciò trovano la loro stessa ragion d'essere. All'assolvimento del servizio, in cui si concreta l'assistenza ospedaliera pubblica, il legislatore ha inteso mobilitare non soltanto tutti gli enti ospedalieri, ma anche gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le cliniche e gli istituti universitari, dichiarandoli soggetti, per la parte, appunto, assistenziale, alla disciplina unitaria della stessa legge di riforma (art. 1, comma secondo e terzo, legge n. 132 del 1968), e prevedendo l'emanazione di norme delegate per la disciplina dell'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura (art. 40, n. 2, della legge n. 132 del 1968). L'università, dunque, in ragione dell'alto livello di preparazione scientifica e tecnica dei suoi docenti, è stata chiamata ad assicurare, con le sue cliniche, con i suoi istituti, con il suo personale sanitario addetto agli ospedali totalmente o parzialmente clinicizzati, un prezioso apporto al più efficace perseguimento di quella finalità assistenziale curativa, additata dal ricordato precetto costituzionale, ed alla quale va riconosciuto rilievo non inferiore a quello emergente dall'art. 33 della stessa Carta costituzionale per la finalità didattico-scientifica, che l'università è istituzionalmente tenuta a perseguire. Correlativamente, agli enti ospedalieri regionali, sia generali che specializzati, sono stati assegnati come compiti istituzionali, oltre quello precipuo dell'assistenza ospedaliera, quello di contribuire alla preparazione professionale ed all'aggiornamento del personale medico, nonché quello di collaborare nella ricerca scientifica (combinato disposto degli artt. 2, comma secondo; 23, comma terzo, e 24, comma secondo, della citata legge n. 132 del 1968). Il tutto si compendia in una positiva evoluzione ed intensificazione della pregressa cooperazione, esplicitamente sottolineata in sede parlamentare con l'indicare tra gli obiettivi essenziali della riforma ospedaliera "la promozione della massima integrazione e collaborazione, nel rispetto reciproco, dell'ospedale con l'università, nell'interesse supremo del malato, per l'esigenza della salute pubblica e per il progresso della medicina". Ed appunto in tale prospettiva enti ospedalieri ed università vengono chiamati dal citato decreto interministeriale 24 giugno 1971 a stipulare nuove convenzioni, secondo uno schema tipo dallo stesso decreto approvato, per disciplinare in modo uniforme i relativi rapporti, onde rendere "operativo un complesso funzionale universitario ospedaliero, rispondente in modo unitario ai fini istituzionali così dell'ente ospedaliero come delle università contraenti" (art. 3).

5. - Nel delineato contesto, approdo di una scelta politica che ha inteso adeguarsi al precetto costituzionale, non appare certo irrazionale che al personale sanitario universitario (docenti, aiuti ed assistenti), chiamato a compiti di assistenza ospedaliera e, a tali effetti, assimilato nelle qualifiche al personale sanitario degli enti ospedalieri con funzioni di diagnosi

e cura (primari, aiuti, assistenti), siano state estese con le denunciate norme le modalità di prestazione del servizio dettate per questi ultimi, offrendo anche ai primi la opzione tra il servizio "a tempo pieno" e quello "a tempo definito". Non si nega che il personale universitario anzidetto debba nel contempo assolvere compiti, di non minor rilievo, ad esso istituzionalmente assegnati per il perseguimento della concomitante finalità didattico-scientifica, e che a ciò debba in conseguenza dedicare parte della sua attività. Ma in proposito va innanzi tutto osservato trattarsi di funzioni fra loro nient'affatto incompatibili, sibbene, al contrario, suscettibili di ottimale collegamento o addirittura compenetrazione, come reso palese dalla stessa strutturazione della clinica universitaria, e come può del resto desumersi anche dalla normativa sullo stato giuridico dei professori e degli assistenti universitari. Ed infatti, la legge 18 marzo 1958, n. 311, prevede, all'art. 6, per i professori l'esercizio dell'insegnamento, in relazione alla sua natura ed alla sua estensione, anche sotto forma di esercitazioni cliniche, nonché l'obbligo aggiuntivo di attendere alla direzione, o alla esplicazione della propria attività di collaborazione, negli istituti, cliniche e simili; correlativamente la coeva legge n. 349, per gli assistenti, all'art. 3, prevede anch'essa l'obbligo di coadiuvare il professore con particolare riguardo alle esercitazioni, e, ove rivestano la qualifica di aiuto, di collaborare anche nella direzione dell'istituto, venendo preposti, di regola, alla direzione dei reparti o servizi nei quali l'istituto sia suddiviso. Ma ciò che va soprattutto sottolineato, onde escludere che il legislatore abbia inteso disciplinare in modo eguale situazioni almeno parzialmente diverse, è che l'osservanza dei doveri, dettati per i sanitari ospedalieri, da parte dei corrispondenti sanitari universitari, non è sancita per questi ultimi in forma assoluta, ma è, dalla denunciata normativa, subordinata alla loro "applicabilità" (art. 3, comma primo, del citato d.P.R. n. 129 del 1969): sì che, in un ipotetico conflitto tra doveri assistenziali e doveri didattici o accademici, dovrà pervenirsi in concreto ad un ragionevole temperamento degli uni e degli altri, da ricercarsi con appropriate forme e nelle competenti sedi. Siffatta esigenza, del resto, è stata tenuta presente anche dal ricordato schema- tipo di convenzione, prevedendosi ivi, all'art. 7, comma quinto, che "dell'osservanza degli orari di lavoro nello svolgimento delle proprie mansioni didattiche, di ricerca ed assistenziali - globalmente considerate - i medici universitari dovranno rispondere alla direzione dell'unità di appartenenza"; ed al successivo comma sesto, che "per quanto riguarda, in particolare, le mansioni assistenziali prestate in unità a direzione universitaria, il personale medico universitario - globalmente considerato - deve garantire all'amministrazione ospedaliera un numero di ore lavorative pari a quello che sarebbe fornito da una dotazione organica minima ospedaliera di unità corrispondente".

Per quanto in particolare concerne il servizio assistenziale "a tempo pieno" la sua compatibilità con il servizio universitario è confermata dall'art. 54 della legge 13 aprile 1975, n. 148, a mente del quale anche i medici ospedalieri a tempo pieno possono espletare incarichi di insegnamento universitario. In concreto, va poi rilevato che, secondo l'art. 24 del citato d.P.R. n. 130 del 1969, la prestazione di tale servizio ha carattere volontario, presupponendo una esplicita richiesta da parte dell'interessato, che a siffatta scelta, rispetto al servizio "a tempo definito", siasi ovviamente determinato avendo liberamente valutato la propria disponibilità; mentre, d'altro canto, il necessario imprescindibile rispetto dei concomitanti doveri inerenti all'insegnamento ed alla ricerca scientifica, comporta che il sanitario universitario possa sempre, per tali comprovati motivi, recedere dall'effettuata opzione; e che, a fortiori, la prestazione del servizio a tempo pieno non possa essergli imposta in carenza di una specifica richiesta, secondo quanto previsto, invece, dal menzionato art. 54 della legge n. 148 del 1975 per il personale sanitario ospedaliero.

6. - Ad eguale conclusione di infondatezza delle mosse censure deve pervenirsi in ordine all'altra questione, sollevata con la seconda delle due ordinanze del TAR per l'Emilia-Romagna, e relativa - nei termini di cui alla lett. B) del precedente n. 1, e nella interpretazione della denunciata normativa, esposta al successivo n. 3- alla estensione ai sanitari universitari addetti all'assistenza nei complessi clinicizzati o convenzionati, della incompatibilità dell'esercizio professionale in case di cura private, sancita per i medici ospedalieri.

Rinviando al prosieguo della motivazione la trattazione delle questioni, sollevate dalle ordinanze dei TAR per la Lombardia e per il Lazio in ordine a tale incompatibilità e puntualizzate alle lettere C), D) ed E) del precedente n. 1, va qui preliminarmente precisato che il TAR per l'Emilia-Romagna accusa di violazione dell'art. 3 della Costituzione, non la norma che stabilisce la incompatibilità, ma soltanto la norma che la estende al personale universitario sopra indicato. L'art. 43, lett. d) della citata legge n. 132 del 1968, infatti, avrebbe sotto tale profilo, a detta del giudice a quo, leso il principio di eguaglianza per aver stabilito una parificazione "irragionevole" in relazione a condizioni diseguali.

La questione evidentemente può essere prospettata soltanto nei confronti dei sanitari universitari che prestino servizio assistenziale "a tempo definito", perché coloro che abbiano chiesto ed ottenuto di prestare servizio "a tempo pieno", hanno con ciò stesso rinunciato a qualsiasi attività liberoprofessionale extra-ospedaliera, a mente dell'art. 24, comma terzo, lett. A), del citato d.P.R. n. 130 del 1969. I sanitari universitari "a tempo definito", invece, secondo la successiva lett. B) del richiamato art. 24, hanno, alla stessa stregua dei sanitari ospedalieri, per effetto del citato art. 3 del d.P.R. n. 129 del 1969, la facoltà del libero esercizio professionale entro e fuori dell'ospedale, ma non presso le case di cura private. La Corte nella estensione di tale divieto non ravvisa segni di irrazionalità. Trattasi di scelte discrezionali riservate al legislatore, e valgono al riguardo le considerazioni esposte nei precedenti numeri 4 e 5; soggiungendo, peraltro, che sotto il profilo in esame non si pone nemmeno il problema, d'altro canto, della compatibilità temporale tra le due funzioni (didattico-scientifica ed assistenziale), al cui congiunto esercizio i sanitari universitari sono chiamati, in quanto il divieto in parola certamente non ostacola, ma anzi agevola l'esercizio medesimo.

Né maggior pregio può riconoscersi all'assunto che in tal guisa, legiferando sullo stato giuridico dei medici ospedalieri con funzioni di diagnosi e cura, si sarebbe inciso surrettiziamente anche sullo stato giuridico dei docenti universitari. Premesso che, come già ricordato, fin dal 1924 nello stato giuridico del personale sanitario universitario era compresa la possibilità di esser tenuto a prestare servizio negli ospedali clinicizzati o nelle cliniche ospedalizzate, non può non riconoscersi al legislatore, in sede di riforma dell'assistenza ospedaliera pubblica, la potestà di ampliare e potenziare l'apporto, in tale ambito, delle università, e di disciplinare all'uopo in modo unitario l'omogeneo rapporto di servizio assistenziale del personale sanitario ospedaliero ed universitario, fatto salvo per quest'ultimo l'adempimento dei compiti didattici e di ricerca scientifica.

Vero, altresì, che, pur in mancanza di specifica norma autorizzativa, i professori universitari di materie mediche o chirurgiche possono, ai sensi dell'art. 10 del d.lg.vo C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, iscriversi all'albo professionale ed esercitare la libera professione. Ma questa loro facoltà non è stata certamente soppressa dalla denunciata normativa, la quale ha con il divieto dell'esercizio nelle case di cura private, fatto venir meno soltanto uno dei possibili modi di attività professionale, disponendo in sua vece, con l'art. 133 del citato d.P.R. n. 130 del 1969, che all'interno dell'ospedale siano apprestati appositi ambienti qualitativamente idonei per l'esercizio di una attività professionale che può appunto considerarsi equivalente a quella non più esperibile presso le case di cura private. Né può in questa sede essere apprezzato l'asserito danno economico che gli interessati risentirebbero per il minor guadagno professionale derivante dall'anzidetto divieto anche se non va taciuto che al personale medico universitario svolgente attività assistenziale, spetta, ai sensi dell'art. 4 della legge 25 marzo 1971, n. 213, in aggiunta allo stipendio, una indennità non superiore a quella necessaria per equiparare il trattamento economico a quello del personale medico ospedaliero di pari funzioni ed anzianità; e che, per l'attività libero-professionale esplicata nell'ambito ospedaliero, gli interessati percepiscono i compensi stabiliti nel tariffario previsto dall'art. 47 del citato d.P.R. n. 130 del 1969.

7. - Passando alle rimanenti questioni, va innanzi tutto esaminata l'eccezione di inammissibilità, opposta - come indicato in narrativa - dalla difesa degli Istituti ospedalieri di

Cremona, per irrilevanza delle questioni proposte con l'ordinanza del TAR per la Lombardia, avendo gl'istituti medesimi apprestato sin dal 1970 appositi ambienti onde consentire a tutti i medici dipendenti di svolgere entro l'ospedale la loro attività professionale. In proposito va osservato che il giudice a quo con provvedimento non sindacabile in questa sede, ha disposto, "ai fini della risoluzione unitaria delle sollevate questioni di legittimità costituzionale", la riunione di vari ricorsi innanzi ad esso pendenti, tra cui quelli proposti contro gli Istituti anzidetti. Secondo il disposto dell'art. 23 della legge

L'11 marzo 1953, n. 87, si richiede che "il giudizio non possa essere definito indipendentemente dalla risoluzione della questione di legittimità costituzionale"; ma, nella fattispecie, il giudizio a quo, per effetto della disposta riunione dei ricorsi, va considerato unitariamente, e in esso le norme, della cui costituzionalità si dubita, debbono essere certamente applicate, quanto meno nei confronti delle altre parti (altri ricorrenti ed altri resistenti) del giudizio medesimo. Il che è da ritenere sufficiente per considerare sussistente la necessaria rilevanza.

8. - Delle questioni anzidette va innanzi tutto presa in esame quella sollevata soltanto dal TAR per la Lombardia, e già enunciata alla lett. C) del precedente n. 1. Si assume dal giudice a quo che l'art. 43 della citata legge n. 132 del 1968, nel dettare i principi e criteri direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale sanitario medico dipendente dagli enti ospedalieri, cui dovevano ispirarsi le norme delegate previste dal precedente art. 40, n. 3, avrebbe, alla lett. d), subordinato l'operatività delle norme limitative dell'esercizio dell'attività professionale nelle case di cura private, all'apprestamento, da parte dell'amministrazione ospedaliera, di appositi ambienti qualitativamente idonei per il libero esercizio dell'attività professionale all'interno dell'ospedale. La norma delegata all'uopo emanata (art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1968) ha, invece, posto un termine perentorio (31 dicembre 1975), oltrepassato il quale il divieto opera anche nella ipotesi che non siano stati apprestati gli ambienti in parola: il che, secondo il giudice a quo, concreterebbe un eccesso dai limiti della delega, in violazione dell'art. 76 della Costituzione.

La questione non è fondata, in quanto muove da una interpretazione della norma delegante, che non può condividersi. L'art. 43, lett. d), nella parte che ne occupa, ha inteso configurare una situazione di incompatibilità tra il rapporto di servizio "a tempo definito" del medico ospedaliero, e l'esercizio professionale in case di cura private. Giova ricordare che già la preesistente normativa (art. 19 r.d. 30 settembre 1938, n. 1631; art. 13 bis d.lg.vo 3 maggio 1948, n. 949, ratificato con modificazioni ed aggiunte dalla legge 4 novembre 1951, n. 1188; art. 3 legge 10 maggio 1964, n. 336) vietava al personale sanitario ospedaliero ogni forma di esercizio professionale esterno in concorrenza con gl'interessi dell'ospedale; ma essa veniva "non di rado elusa", come fu riconosciuto in sede parlamentare, nella quale fu appunto dichiarato il "chiaro intendimento del legislatore" di apprestare all'uopo "nuove disposizioni tassative". Ecco perché, pur facendo nello stesso art. 43, lett. d), "salva l'applicazione per tutti i sanitari delle disposizioni di cui all'art. 3 della legge 10 maggio 1964, n. 336", si volle, nel contempo, trasformare, per quanto concerne specificamente le case di cura private, quello che era un divieto generico, attuizzabile solo mediante accertamento caso per caso, in un divieto puntuale e predeterminato. Tale incompatibilità trova poi la sua fondamentale ratio, più che nella difesa di interessi concorrenziali dell'ospedale, soprattutto nella tutela degli stessi principi posti a base della riforma ospedaliera, che ha inteso potenziare su nuove strutture l'organizzazione del servizio pubblico di assistenza ospedaliera; sulla cui efficienza, secondo la discrezionale valutazione del legislatore, avrebbe spiegato effetti negativi ed impeditivi, il consentire alla collaterale organizzazione dell'assistenza sanitaria privata, di assorbire, con impegni quasi sempre non accidentali, il personale sanitario ospedaliero, lasciando oltretutto gravare sugli enti pubblici da cui esso dipende, i non indifferenti oneri derivanti dal relativo stato giuridico e trattamento economico, ed attuando così, in termini economici, un sostanziale trasferimento di costi.

Questa consapevole rilevante svolta rispetto al passato è stata dal legislatore volutamente improntata ad opportuna gradualità, essendo già scontata la resistenza che avrebbe incontrato l'attuazione del divieto, in ragione dei precostituiti interessi sui quali avrebbe sensibilmente inciso. Fu, pertanto, la stessa norma di delega a predisporre un ampio intervallo temporale (oltre sette anni), indicando un termine (31 dicembre 1975), decorso il quale la incompatibilità avrebbe spiegato la sua generale operatività; e prevedendo nel contempo che il divieto potesse anticipare i suoi effetti solo ove si fosse riscontrata la disponibilità dei cennati ambienti. Protrarre sine die la possibilità della inosservanza avrebbe significato non soltanto vanificare il termine stesso, ma soprattutto subordinare la precettività della norma alla discrezionalità delle singole amministrazioni, che più difficilmente in tal caso avrebbero potuto superare le previste resistenze.

Il termine, adunque, è perentorio tanto nella norma di delega quanto nella norma delegata, e va perciò disattesa la mossa censura.

9. - Del pari non fondata è la seconda questione per eccesso dai limiti della delega, sollevata con le loro ordinanze sia dal TAR per la Lombardia che dal TAR per il Lazio, e puntualizzata alla lett. D) del precedente n. 1. Lo stesso art. 133 del d.P.R. n. 130 del 1969 vien adesso posto in riferimento con l'art. 42 della legge n. 132 del 1968, e si assume che il primo (norma delegata), nella parte in cui non prevede che la incompatibilità con l'esercizio professionale in case di cura private non possa operare nei confronti dei sanitari ospedalieri già in servizio all'atto della sua emanazione, contrasti con il secondo che, nel dettare i principi direttivi per lo stato giuridico del personale dipendente dagli enti ospedalieri, cui dovevano ispirarsi le norme delegate previste dal precedente articolo 40, n. 3, aveva, all'ultimo comma, prescritto che in ogni caso fossero riconosciute "le posizioni giuridiche ed economiche acquisite dal personale già in servizio".

Anche in tale caso la questione poggia su una interpretazione della norma delegante, che va disattesa. La Corte ha già avuto occasione (sentenza n. 131 del 1974) di fermare la sua attenzione proprio sull'ultimo comma del richiamato articolo 42, osservando che la formula in esso usata ha un proprio significato tecnico, circoscritto alle posizioni qualificanti lo stato giuridico ed economico del personale in servizio. In altri termini, essa è volta esclusivamente alla salvaguardia di posizioni, a contenuto patrimoniale o di carriera, acquisite dai singoli dipendenti in relazione al loro rapporto d'impiego, e non può essere dilatata sino a precludere la introduzione di nuove (o parzialmente nuove) figure d'incompatibilità. Pertanto, il denunciato art. 133, che ha dato puntuale attuazione ad uno dei principi e criteri direttivi fissati dal successivo art. 43, lett. d) della stessa legge, specificamente per il personale sanitario medico, non appare alla Corte in contrasto con il richiamato principio, enunciato per tutto il personale ospedaliero dal precedente art. 42.

10. - I più volte citati articoli, 43, lett. d), della legge n. 132 del 1968 e 133 del d.P.R. n. 130 del 1969, vengono, infine, denunciati dalle due ordinanze del TAR per la Lombardia e del TAR per il Lazio, per violazione degli artt. 3 e 4 della Costituzione, nei termini già indicati alla lett. E) del precedente n. 1.

Un primo profilo dell'asserita disparità di trattamento - una volta riconosciuta la perentorietà del termine iniziale per la generale operatività del divieto di esercizio dell'attività professionale nelle case di cura private - si concreterebbe, nell'ambito dei medici ospedalieri, fra coloro per i quali sussista la disponibilità degli ambienti idonei all'esercizio dell'attività professionale intramurale, e gli altri, per i quali gli enti da cui dipendono non abbiano potuto o voluto attrezzare tali ambienti.

A questo proposito, richiamando quanto già osservato al precedente n. 8, in merito alla perentorietà del termine, va, peraltro, osservato che aver riconosciuto non subordinata alla disponibilità degli ambienti la operatività del divieto, non sta certo a significare che per le

amministrazioni ospedaliere non sussistesse, puntuale e cogente, l'obbligo di apprestare gli ambienti medesimi entro lo stesso termine. Il diritto all'esercizio professionale nell'ambito dell'ospedale, già enunciato dall'articolo 43, lett. d), della legge n. 132 del 1968, è stato, infatti, esplicitamente sancito dalla norma delegata (art. 47 del d.P.R. n. 130 del 1969), che, al comma terzo, fa obbligo "a tutti gli enti ospedalieri" di predisporre, entro lo stesso termine del 31 dicembre 1975, "sale separate qualitativamente idonee per il ricovero di malati paganti in proprio con un numero di letti variabile dal quattro al dieci per cento del totale, dove i medici, nel rispetto della competenza nosologica attribuita alla divisione o al servizio, e delle attribuzioni inerenti alla qualifica rivestita da ciascun sanitario, possono esercitare la loro attività professionale".

Un obbligo così esplicito e tassativo, posto a carico di tutte le amministrazioni ospedaliere, presuppone da parte del legislatore la valutazione politica della sua generale concreta realizzabilità: sul piano razionale, dunque, non sussiste la lamentata discriminazione, in quanto, nella previsione normativa, tutti i medici ospedalieri, a far tempo dal 1 gennaio 1976, dovevano essere messi in grado di esercitare, volendo, la professione all'interno dei rispettivi ospedali. Che ciò non si sia ancora verificato, in quanto non tutti gli enti ospedalieri avrebbero ottemperato all'obbligo (che la scadenza del termine non ha certo fatto venir meno, ma anzi ha reso ancor più cogente), è un fatto accidentale, che inerisce all'attuazione della legge, ed è cagione di una disparità di mero fatto. Ad essa può e deve porsi riparo nelle competenti sedi, con il necessario intervento degli organi di vigilanza sull'inadempienti enti ospedalieri, e con i possibili rimedi giurisdizionali. Che se poi il legislatore avesse a constatare di aver errato nella previsione circa la concreta realizzabilità dell'obbligo posto a carico di tutte le amministrazioni ospedaliere, ad esso spetterebbe di intervenire nei più opportuni modi.

11. - Altri due profili vengono prospettati dalle stesse ordinanze a sostegno della dedotta disparità di trattamento. Per il primo di essi, questa sussisterebbe, come effetto del divieto di esercizio professionale in case di cura private, tra sanitari che, in ragione della loro specializzazione, possono esercitare la libera professione al di fuori dell'ospedale, nel loro studio privato, e sanitari, come ad esempio chirurghi o anestesisti, che possono esercitare solo nell'ambito di strutture complesse, con il supporto di idonea organizzazione, quali, al di fuori dell'ospedale, possono offrire solo le cliniche private.

La Corte ritiene non sussistere sul piano normativo la prospettata discriminazione. Invero, il legislatore offre a tutta la categoria dei sanitari "a tempo definito" (per quelli "a tempo pieno" ovviamente il problema non si pone) la possibilità di esercitare dentro e fuori dell'ospedale, ferma per tutti la preclusione dell'esercizio in case di cura private, la quale indubbiamente incide su tutte o quasi tutte le specializzazioni, in quanto l'assistenza dalle case di cura esplicata non si limita certo al solo settore chirurgico. Una volta che l'amministrazione ospedaliera abbia adempiuto all'obbligo di apprestare i prescritti ambienti, appare chiaro che ciascun sanitario, in ragione della propria specializzazione, opererà una concreta scelta; e così, chi può esercitare nello studio privato o a domicilio dell'ammalato, avvertirà minor bisogno di adoperare le apposite sale dell'ospedale, mentre il contrario si verificherà per chi abbia bisogno di complesse strutture e di un lavoro di equipe. Anche qui può riscontrarsi una eventuale disparità di mero fatto, che non assurge a violazione del principio di eguaglianza.

Lo stesso è a dirsi per l'altra dedotta disparità di trattamento, in seno agli ospedali attrezzati per l'esercizio intramurale della libera professione da parte dei loro dipendenti, tra sanitari "a tempo pieno" e sanitari "a tempo definito", essendo ai primi, a mente del penultimo comma dell'art. 47 del d.P.R. n. 130 del 1969 (che, peraltro, non viene denunciato), riconosciuta una "priorità per l'esercizio dell'attività professionale nell'ambito dell'ospedale". In proposito non può non considerarsi che la differenza tra le due categorie è frutto normalmente di una libera scelta dell'interessato (salva la prescrizione, a mente dell'art. 54 della citata legge n. 148 del 1975, della prestazione del servizio "a tempo pieno" anche in carenza di specifica richiesta, nel qual caso, peraltro, il sanitario verrebbe ad appartenere

obbligatoriamente proprio alla categoria che, sotto il profilo qui considerato, si asserisce essere privilegiata); che il sanitario "a tempo definito" può esercitare anche fuori dell'ospedale, mentre ciò è inibito al sanitario "a tempo pieno"; infine, che ove il sanitario "a tempo definito" (ed in particolare il chirurgo) ritenga di non trarre vantaggio alcuno dalla riconosciutagli facoltà di esercizio fuori dell'ospedale, l'apprestata normativa gli consente comunque di optare per il "tempo pieno", e in tale guisa non vedersi posposto ai colleghi che appartengono a quest'ultima categoria.

Per tutte le considerazioni esposte in questo e nel precedente numero, ritiene la Corte non sussistere contrasto tra la denunciata normativa e l'art. 3 della Costituzione, sotto alcuno dei dedotti profili.

12. - Del pari non sussiste la dedotta violazione, ad opera della stessa normativa, del diritto al lavoro sancito dall'art. 4 della Costituzione, per essere inibito ai medici ospedalieri "a tempo definito" l'esercizio professionale in case di cura private.

In proposito va ricordato quanto la stessa Corte ha già avuto occasione di affermare (sentenza n. 102 del 1968), e cioè che dal riconoscimento sul piano costituzionale della importanza sociale del lavoro "non consegue l'impossibilità, per il legislatore ordinario, di dettare disposizioni che specifichino limiti o condizioni inerenti all'esercizio del diritto... a tutela di altri interessi e di altre esigenze sociali ugualmente fatti oggetto di protezione costituzionale".

Alla luce di siffatta considerazione non può ritenersi violata la invocata norma costituzionale, per avere il legislatore stabilito, nei confronti di soggetti cui il lavoro è già assicurato in quanto fruitori di un rapporto di pubblico impiego, una incompatibilità volta ad assicurare - come dianzi osservato - la maggiore possibile efficienza all'assistenza pubblica ospedaliera, in attuazione del principio sancito dall'art. 32 della Costituzione.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale:

a) dell'art. 43, lett. d), della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) e dell'art. 3 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 (ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e istituti universitari di ricovero e cura), sollevata, in riferimento all'art. 3 della Costituzione, dall'ordinanza del tribunale amministrativo regionale per l'Emilia-Romagna del 26 novembre 1975;

b) dell'art. 43, lett. d), della citata legge n. 132 del 1968, dell'art. 3 del citato d.P.R. n. 129 del 1969, degli articoli 24 e 133 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 (stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri), sollevata, in riferimento all'art. 3 della Costituzione, dall'ordinanza del tribunale amministrativo regionale per l'Emilia-Romagna dell'11 dicembre 1975;

c) dell'art. 133 del citato d.P.R. n. 130 del 1969 in relazione all'art. 43, lett. d), della citata legge n. 132 del 1968, sollevata, in riferimento all'art. 76 della Costituzione, dall'ordinanza del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia del 7 aprile 1976;

d) dell'art. 133 del citato d.P.R. n. 130 del 1969 in relazione all'art. 42 della citata legge n. 132 del 1968, sollevata, in riferimento all'art. 76 della Costituzione, dall'indicata ordinanza del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia e dall'ordinanza del tribunale amministrativo regionale per il Lazio dell'8 settembre 1976;

e) dell'art. 43, lett. d) della citata legge n. 132 del 1968, e dell'art. 133 del citato d.P.R. n. 130 del 1969, sollevata in riferimento agli artt. 3 e 4 della Costituzione, dalle indicate ordinanze del tribunale amministrativo regionale per la Lombardia e del tribunale amministrativo regionale per il Lazio.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 24 maggio 1977.

F.to: PAOLO ROSSI - LUIGI OGGIONI - VEZIO CRISAFULLI - NICOLA REALE - LEONETTO AMADEI - EDOARDO VOLTERRA - GUIDO ASTUTI - ANTONINO DE STEFANO - LEOPOLDO ELIA - GUGLIELMO ROEHRSEN - ORONZO REALE - BRUNETTO BUCCIARELLI DUCCI - ALBERTO MALAGUGINI.

GIOVANNI VITALE - 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.