CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza **355/1993** (ECLI:IT:COST:1993:355)
Giudizio: **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE**
Presidente: **CASAVOLA** - Redattore: - Relatore: **BALDASSARRE**
Udienza Pubblica del **25/05/1993**; Decisione del **11/06/1993**
Deposito del **28/07/1993**; Pubblicazione in G. U. **04/08/1993**
Norme impugnate:
Massime: **19938 19939 19940 19941 19942 19943 19944 19945 19946 19947 19948 19949 19950 19951 19952 19953 19954 19955 19956 19957 19958 19959 19960 19961 19962**
Atti decisi:

N. 355

SENTENZA 11 GIUGNO-28 LUGLIO 1993

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: prof. Francesco Paolo CASAVOLA; Giudici: prof. Giuseppe BORZELLINO, prof. Gabriele PESCATORE, avv. Ugo SPAGNOLI, prof. Antonio BALDASSARRE, avv. Mauro FERRI, prof. Luigi MENGONI, prof. Enzo CHELI, dott. Renato GRANATA, prof. Giuliano VASSALLI, prof. Francesco GUIZZI, prof. Cesare MIRABELLI, prof. Fernando SANTOSUOSSO;

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi di legittimità costituzionale del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), promossi con ricorsi delle Regioni Valle d'Aosta, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, notificati il 28 e 29 gennaio 1993, depositati in cancelleria il 4 e l'8 febbraio successivi ed iscritti ai nn. 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 del registro ricorsi 1993;

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

Udito nell'udienza pubblica del 25 maggio 1993 il Giudice relatore Antonio Baldassarre;

Uditi gli avvocati Gustavo Romanelli per la Regione Valle d'Aosta, Valerio Onida per le Regioni Campania, Emilia Romagna, Umbria, Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto e l'Avvocato dello Stato Sergio Laporta per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto

1. - Con distinti ricorsi, regolarmente notificati e depositati, le Regioni Valle d'Aosta, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto hanno sollevato questione di legittimità costituzionale nei confronti di varie disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

In particolare, con il primo ricorso la Regione Valle d'Aosta ha impugnato gli artt. 1, 3, 4, 7, 8, 9 e 10 (commi terzo e quarto) per violazione degli artt. 32, 38 (commi terzo e quarto), 76, 77 e 116 della Costituzione, nonché per violazione degli artt. 2, lettera a) (ordinamento degli enti dipendenti dalla Regione) e 3, lettera h) (previdenza e assicurazioni sociali), i) (assistenza e beneficenza pubblica) ed l) (igiene e sanità, assistenza ospedaliera e profilattica), nonché dell'art. 4 (esercizio delle funzioni amministrative nelle stesse materie nelle quali la regione ha potestà legislativa), del proprio Statuto (legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 4).

Gli altri sette ricorsi, di contenuto sostanzialmente identico e proposti da regioni a statuto ordinario, hanno contestato la legittimità costituzionale degli artt. 1, 3, 4, 6 (commi primo, terzo e quarto), 7, 8, 9, 10 (comma terzo), 12, 13, 14 (commi primo e secondo) in riferimento agli artt. 117, 118, 119, nonché agli artt. 3, 32 e 76 della Costituzione.

2. - L'art. 1 è impugnato dalla Regione Valle d'Aosta sotto vari profili, dedotti nel ricorso e sviluppati nella successiva memoria. In primo luogo, la disposizione impugnata subordinerebbe gli interventi pubblici nella materia in esame alle esigenze finanziarie di bilancio, così ledendo il diritto dei cittadini alla sicurezza sociale, di cui la sanità sarebbe una componente essenziale (art. 38 della Costituzione), nonché lo stesso diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione. E tale previsione sarebbe altresì illegittima per violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione perché la legge di delega n. 421 del 1992 imponeva al legislatore delegato di perseguire l'obiettivo non solo del contenimento della spesa sanitaria, ma anche della migliore efficienza del servizio sanitario nazionale a garanzia del cittadino, con esplicito riferimento all'art. 32 della Costituzione.

Né, sempre secondo la ricorrente, la nuova normativa di contenimento della spesa pubblica potrebbe giustificarsi, così come in passato, per il suo carattere contingente. Il suo aggiungersi a una lunga serie di precedenti provvedimenti legislativi, che già avevano compresso la spesa sanitaria, renderebbe la disposizione impugnata irragionevole, in quanto subordinerebbe la spesa e la programmazione sanitaria esclusivamente a ragioni di bilancio.

La Regione Valle d'Aosta lamenta, poi, che l'art. 1, quinto comma, non preveda per le regioni a statuto speciale procedure differenziate per l'approvazione del piano sanitario nazionale e, inoltre, che il quarto comma dello stesso articolo demandi al piano sanitario nazionale gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale, così venendo ad incidere sulle competenze amministrative della regione in una materia attribuita alla propria competenza primaria.

Con riferimento all'art. 3, che contiene la normativa sulla organizzazione delle unità sanitarie locali, la Regione Valle d'Aosta lamenta il carattere di dettaglio di detta normativa. Come tale, detto articolo sarebbe invasivo sia della competenza regionale primaria in materia di ordinamento degli enti dipendenti dalle regioni, data la nuova configurazione della unità sanitaria locale come ente strumentale della regione (art. 3, primo comma), sia della competenza concorrente in materia di assistenza e beneficenza pubblica, igiene, sanità, assistenza ospedaliera e profilattica. Ed anche la configurazione della nuova normativa come riforma economico-sociale non potrebbe giustificare la normativa di dettaglio, perché soltanto le "norme fondamentali" delle riforme economico-sociali sono in grado di vincolare la potestà legislativa regionale.

La Regione Valle d'Aosta rileva, infine, la violazione del proprio Statuto, che non consentirebbe poteri sostitutivi, nonché della legge di delega (art. 1, lettera u) che consente poteri sostitutivi solo da parte del Consiglio dei ministri e previa diffida, mentre il sesto e tredicesimo comma dell'articolo in esame prevedono poteri sostitutivi del Ministro della sanità esercitabili senza previa diffida.

L'art. 4 del decreto legislativo impugnato prevede, per gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, la costituzione in azienda ospedaliera, organizzata come unità sanitaria locale: conseguentemente le censure rivolte al precedente art. 3 si estendono all'articolo in esame. L'art. 4 viene impugnato anche perché il potere decisorio in merito all'istituzione delle aziende ospedaliere sarebbe riservato all'autorità centrale. In tal modo, secondo la ricorrente, si vincolerebbe illegittimamente l'attività amministrativa regionale e si violerebbe, altresì, sia la legge di delega (la quale non consentirebbe di esautorare le regioni ed impone di far salve le competenze e le attribuzioni delle autonomie speciali), sia la regola statutaria del parallelismo tra funzioni legislative e amministrative (a seguito della previsione, in materia di competenza regionale, di un potere statale di istituzione di aziende ospedaliere). La previsione di un mero potere propositivo delle regioni circa la istituzione delle aziende ospedaliere sarebbe, altresì, contraddittoria con la previsione di un rilevante carico regionale per gli oneri derivanti dai costi delle stesse aziende (variabile dal 30 all'80 per cento).

L'art. 7 del decreto impugnato prevede un unico organismo per tutto il territorio regionale con funzioni di presidio multizonale di prevenzione, disciplinandone nel dettaglio la organizzazione. La ricorrente ritiene che tale articolo violi sia la legge di delega, poiché questa non prevederebbe l'unicità dell'organismo per la gestione dei presidi multizonali di prevenzione, sia la sfera statutaria delle competenze amministrative regionali.

L'art. 8 del decreto impugnato disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le farmacie pubbliche e private, nonché l'erogazione delle prestazioni specialistiche. Tale disciplina sarebbe costituzionalmente illegittima, sia perché l'erogazione delle prestazioni assistenziali è materia non prevista dalla legge di delega, sia, ancora, perché sarebbe violata la esclusività delle competenze amministrative nelle materie attribuite alla competenza legislativa della Regione stessa.

Con riferimento all'art. 9 del decreto impugnato, che dà alla regione la possibilità di prevedere, con una decorrenza rinviata al 1 gennaio 1995, forme differenziate di assistenza (concorso alla spesa e rinuncia delle prestazioni in forma diretta e ordinaria a favore di mutue volontarie), la Regione Valle d'Aosta ritiene che le limitazioni enunciate nell'articolo impugnato non trovino alcun supporto nella legge di delega.

L'art. 10 del decreto n. 502 del 1992, nello stabilire in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza, prevede (terzo comma) l'adozione di un decreto del Ministro della sanità con il quale saranno stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzazione degli indicatori di efficienza e di qualità. La regione ricorrente censura tale previsione perché introdurrebbe una anomala forma di

controllo sull'attività amministrativa regionale, potendo, tutt'al più, spettare al Ministro il potere di dettare direttive. Anche nei confronti della disposizione in esame la Regione Valle d'Aosta ripete la censura di violazione della legge di delega, perché questa non prevede tale potere ministeriale, definito dalla stessa Regione come atto di indirizzo e coordinamento.

Infine, con riferimento al quarto comma dell'articolo in esame, la Regione Valle d'Aosta censura la previsione di un potere sostitutivo attribuito al Ministro della sanità anziché al Consiglio dei ministri, come richiesto dall'art. 1, lettera u), della legge di delega.

3. - Le sette regioni a statuto ordinario sopra indicate (Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto) hanno impugnato vari articoli e svolto argomentazioni in parte coincidenti con quelle della Regione Valle d'Aosta.

Prima di entrare nel merito delle singole questioni, le ricorrenti sostengono la illegittimità dell'intero decreto impugnato perché emanato senza il previsto parere della Conferenza Stato-regioni (art. 1, primo comma), che, infatti, si fa notare, non è menzionato nel preambolo del decreto medesimo.

La totale delegificazione della disciplina delle prestazioni sanitarie garantite ai cittadini prevista dall'art. 1 del decreto n. 502 del 1992 sarebbe illegittima sotto molteplici profili. In primo luogo, perché contrastante con il diritto costituzionale alla salute previsto dall'art. 32 della Costituzione e con il principio di legalità sostanziale: violazione, quest'ultima, che lederebbe l'autonomia regionale perché accompagnata da una esclusiva responsabilità delle singole regioni per i disavanzi delle unità sanitarie locali. In secondo luogo, perché in contrasto con due, distinti, criteri direttivi della legge di delega: quello del libero accesso alle cure e alla gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia (art. 1, primo comma), che escluderebbe la legittimità di libere determinazioni del Governo, nonché quello previsto dall'art. 1, lettera g), secondo il quale con i decreti delegati, e quindi con atti legislativi, si debbono definire i principi relativi ai livelli di assistenza sanitari uniformi e obbligatori.

Con riferimento all'art. 3 del decreto che disciplina l'organizzazione delle unità sanitarie locali, le Regioni ricorrenti lamentano che, mentre l'art. 1, primo comma, della legge di delega prevede che il provvedimento delegato si limiti a "definire i principi organizzativi delle unità sanitarie locali" (lettera d), nonché "i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al direttore generale" (lettera f), facendo salva la competenza regionale in materia di "organizzazione dell'assistenza sanitaria" (lettera c), il decreto delegato contiene, invece, una disciplina estremamente dettagliata e minuziosa dell'organizzazione delle unità sanitarie locali, nonostante queste siano definite enti strumentali della regione.

Lo stesso art. 3 affida, poi, tutti i poteri di gestione al direttore generale, mentre la legge di delega presupporrebbe una pluralità di organi di gestione e una distribuzione dei relativi poteri. Inoltre, la disposizione in esame detterebbe per ciascuno degli organi delle unità sanitarie locali, analiticamente indicati nella legge di delega, una minuziosa disciplina organizzativa, relativa alle modalità di nomina, ai requisiti richiesti, alle eventuali cause di incompatibilità e di ineleggibilità, alle modalità di sostituzione, alla natura dei compiti e dei poteri attribuiti, nonché, in taluni casi, alle modalità di svolgimento degli stessi. Pertanto, le ricorrenti lamentano che l'esorbitanza dai principi della delega comporti lesione delle loro competenze, le quali sarebbero ridotte soltanto alla determinazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e alla fissazione della disciplina transitoria, osservando che tale disciplina di dettaglio non può essere configurata come avente natura dispositiva e cedevole dinanzi a disposizioni regionali differenti. Solo una pronuncia della Corte costituzionale potrebbe attribuire tale natura alle disposizioni denunciate.

Particolari censure sono rivolte al sesto comma dell'articolo 3, sia perché, invece di

prevedere genericamente la competenza della regione, indica l'organo regionale competente (Presidente della Giunta), sia perché istituisce un potere sostitutivo del Ministro della sanità, anziché del Consiglio dei Ministri, senza previa diffida, come è invece richiesto dalla legge di delega (art. 1, lettera u).

L'art. 4 del decreto impugnato disciplina le aziende e i presidi ospedalieri in attuazione dei criteri contenuti nell'art. 1, primo comma, lettera n), della legge n. 421 del 1992. Il procedimento di individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, che si conclude con una deliberazione del Consiglio dei ministri, conseguente a una proposta formulata dal Ministro della sanità "sulla base" delle indicazioni pervenute dalle Regioni, viene ritenuto invasivo delle competenze regionali perché alle indicazioni delle regioni si attribuisce carattere di semplice indicazione non vincolante. Ciò consentirebbe al Governo di ignorare la programmazione regionale nella concessione dello status di azienda ospedaliera, tanto più che lo stesso art. 4, primo comma, consente, fuori da ogni previsione della delega, che, dopo la prima attuazione del decreto, si possono trasformare in aziende "ulteriori" ospedali. Secondo le regioni, quest'ultima disposizione, in particolare, aprirebbe la strada a un indiscriminato scorporo degli ospedali di ogni dimensione dalla struttura gestionale complessiva del servizio sanitario.

L'illegittimità delle disposizioni contenute nell'art. 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 per violazione dei criteri enunciati dall'art. 1, primo comma, lettera n), della legge delega viene dedotta dalle Regioni ricorrenti sotto ulteriori profili.

La delega, facendo riferimento ai policlinici universitari, non prevederebbe la possibilità di costituire in aziende ospedaliere, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università ovvero quei presidi in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, così come disposto, invece, dall'art. 4, terzo comma, del decreto delegato. Inoltre, sono ritenute lesive dell'autonomia regionale la previsione secondo cui nelle aziende ospedaliere di questo tipo il direttore generale è nominato d'intesa con l'università (art. 4, sesto comma), nonché la precisa indicazione dell'organo (la Giunta regionale) preposto al commissariamento dell'azienda ospedaliera.

Per gli ospedali costituiti in aziende ospedaliere l'art. 4 richiama gran parte della disciplina organizzativa prevista per le unità sanitarie locali. Vengono, pertanto, estese a queste disposizioni le censure delle ricorrenti circa il tenore eccessivamente minuzioso di quella disciplina. In particolare, si denunciano le disposizioni relative agli spazi per la professione intramuraria e alle camere a pagamento, che prevederebbero vincoli rigidi e quantitativamente determinati.

Con riferimento all'art. 6, le ricorrenti lamentano che mentre l'art. 1, primo comma, lettera o), della legge delega si limita a stabilire che l'apporto all'attività assistenziale della facoltà di medicina deve essere regolato "secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale", la disposizione in esame, al primo comma, prevede molto più incisivamente che "le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali", configurando, ad avviso delle regioni, un improprio intervento concorrente delle università nella programmazione dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il terzo comma dello stesso articolo, pur prevedendo che la formazione del personale infermieristico "avviene in sede ospedaliera", dispone che l'ordinamento didattico dei relativi corsi di formazione sia definito con decreti interministeriali, ai sensi dell'art. 9 della legge n. 341 del 1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari) e che il rilascio dei relativi diplomi sia a firma del responsabile della scuola e del rettore dell'università competente. Le regioni si dolgono di essere state spogliate, ad opera di queste disposizioni, delle competenze proprie relative alla materia della formazione professionale e denunciano la violazione della delega che si limiterebbe a richiedere la regolamentazione del rapporto tra servizio sanitario nazionale e università per la formazione in

ambito ospedaliero del personale sanitario e per la specializzazione post-laurea (art. 1, primo comma, lettera o).

Infine, le ricorrenti denunziano la previsione di un altro potere sostitutivo attribuito al Ministro della sanità anziché al Consiglio dei ministri (quarto comma) e ritengono illegittimo il potere dei Ministri della sanità e dell'università di fornire congiuntamente "gli indirizzi per la corretta applicazione degli accordi" che regolano i rapporti tra regioni e università, in quanto configurerebbe una sorta di potestà di indirizzo priva di base legale.

Riguardo all'art. 7, le ricorrenti lamentano la violazione della legge di delega, poiché quest'ultima non avrebbe previsto la istituzione di un nuovo organismo unico a livello regionale, organizzato come una unità sanitaria locale, ma si sarebbe limitata a prevedere la riorganizzazione, su base dipartimentale, dei presidi multizonali di prevenzione (art. 1, lettera s). Illegittima sarebbe anche l'attività di indirizzo e coordinamento, affidata ai Ministri della sanità e dell'ambiente dal quarto comma della disposizione in esame, in quanto priva di ogni base nella legge di delega e di alcun criterio per il suo esercizio.

Dell'art. 8 le ricorrenti impugnano i commi quarto, quinto e sesto: il quarto comma, perché prevede un atto di indirizzo e coordinamento senza alcuna indicazione di criteri, anche se adottabile d'intesa con la Conferenza Stato-regioni; i commi quinto e sesto (che regolano le prestazioni specialistiche, erogate anche tramite professionisti mediante corrispettivi, predeterminati nei criteri generali con decreto ministeriale) perché prevedono che il Ministro, nell'emanazione del decreto sopra indicato, possa provvedere direttamente, in caso di mancata intesa con la Conferenza Stato-regioni, con un intervento sostitutivo contrastante con quanto disposto dall'art. 1, primo comma, lettera u), della legge di delega.

L'art. 9 è impugnato dalle ricorrenti, le quali sostengono che, pur se tale articolo riconosce formalmente alle regioni la facoltà di prevedere forme differenziate di assistenza, in sostanza rimette nelle mani del Ministro della sanità la determinazione della struttura essenziale del servizio sanitario in quanto allo stesso sono affidate la definizione delle quote di risorse destinabili per la gestione di tali forme di assistenza e la fissazione dei requisiti soggettivi e dei criteri per il trasferimento delle quote stesse (art. 9, comma secondo).

In relazione all'art. 10 le regioni ricorrenti definiscono il decreto ministeriale ivi previsto come atto di indirizzo e coordinamento e, pertanto, ne assumono l'illegittimità in quanto risulterebbe privo di una sufficiente base legislativa. Tale censura è poi estesa dalle ricorrenti al decreto ministeriale previsto dall'art. 14, primo comma, del decreto impugnato per la definizione di un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie concernente i diritti dei cittadini. Lo stesso articolo sarebbe, poi, illegittimo poiché il suddetto potere non risulterebbe previsto nella legge di delega.

Le regioni impugnano, inoltre, gli articoli 12 e 13 del decreto legislativo n. 502 del 1992, i quali attengono, rispettivamente, al fondo sanitario nazionale e all'autofinanziamento regionale. Poiché le disposizioni impugnate affidano al CIPE, e cioè al Governo, la determinazione delle risorse finanziarie da ripartire fra le regioni, addossando invece alle regioni il ripiano degli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con totale esonero di interventi finanziari da parte dello Stato, ne conseguirebbe una lesione dell'autonomia finanziaria delle regioni: la effettiva possibilità, da parte di queste ultime, di fronteggiare gli oneri relativi alla spesa sanitaria, infatti, verrebbe messa completamente alla mercé delle decisioni del Governo, considerato che le disposizioni impugnate non garantirebbero la effettiva corrispondenza fra finanziamenti e costi.

Né, continuano le ricorrenti, la totale responsabilità finanziaria delle regioni si accompagna con nuovi poteri regionali di disciplina e di governo del settore sanitario, giacché lo Stato continuerebbe a determinarne gli aspetti più rilevanti sotto il profilo finanziario, quali

la disciplina del personale dipendente, i rapporti con i professionisti non dipendenti e la determinazione dei livelli di assistenza. Da qui discende la censura di incostituzionalità delle disposizioni impugnate nella parte in cui non distinguono fra disavanzi derivanti da fatti interamente governati dagli organi centrali o con strumenti di carattere nazionale e disavanzi imputabili alle regioni. Infatti, fanno rilevare ancora le ricorrenti, il nuovo sistema di finanziamento della spesa sanitaria si fonda sulla quota capitaria (art. 12, terzo comma), la quale viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati, come si è già accennato, dal CIPE su proposta del Ministro della sanità e sentita la Conferenza Stato-regioni. Ne consegue che le disposizioni impugnate non garantirebbero che vi sia una necessaria corrispondenza fra le prestazioni da erogare e le quote capitarie. Inoltre, aggiungono le ricorrenti, occorre considerare che le quote capitarie sono "teoriche", nel senso che sono calcolate su modelli organizzativi non necessariamente corrispondenti a quelli realmente esistenti, i quali normalmente comportano maggiori spese, non essendo possibile un adeguamento immediato ai (meno onerosi) modelli capitari. Di qui consegue che il disavanzo delle unità sanitarie locali sarebbe, nel tempo breve, un'ipotesi molto probabile, di modo che quello che graverà sui bilanci regionali sarà l'onere inevitabile - almeno per molto tempo - derivante dalla differenza fra la spesa effettivamente necessaria per garantire i livelli di assistenza imposti dallo Stato e l'entità del finanziamento assicurato alla regione dallo Stato medesimo.

Sempre nell'ambito del sistema di finanziamento, le regioni rivolgono, infine, una censura specifica alla disposizione contenuta nell'art. 12, secondo comma, dove si prevede che la quota dell'1% del fondo sanitario nazionale possa essere utilizzata anche per attività di sperimentazione. Ad avviso delle regioni, questa disposizione prefigurerebbe una forma di gestione diretta da parte dello Stato di funzioni del servizio nazionale, in contrasto con le previsioni della legge di delega (art. 1, primo comma, lettere c) e t).

4. - La Presidenza del Consiglio dei ministri, costituitasi in tutti i giudizi, nel chiedere il rigetto dei ricorsi medesimi, ha esposto negli atti d'intervento argomenti simili o identici a quelli svolti in due memorie depositate in prossimità dell'udienza.

Prima di affrontare le singole questioni, l'Avvocatura generale dello Stato richiama l'attenzione sul fatto che il decreto impugnato è un passaggio fondamentale della difficile, e per certi aspetti dolorosa, manovra economica, resa ancor più necessaria dagli accordi di Maastricht. Inoltre, la stessa osserva che il decreto medesimo si è mosso seguendo le indicazioni emerse nel lungo dibattito parlamentare iniziato nel 1987 (e non concluso per la fine della legislatura quando ne era ormai prossima l'emanazione) e che il decreto impugnato si ripromette di dare finalmente efficacia ed efficienza al servizio sanitario nazionale.

Sull'eccezione preliminare relativa al mancato parere della Conferenza Stato-regioni, l'Avvocatura dello Stato nega la circostanza in fatto, richiamandosi all'estratto del verbale della seduta della Conferenza del 17 dicembre 1992, da cui risulta che in quella sede è stato illustrato un documento approvato dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome e ne è stata consegnata copia al Ministro della sanità, che si è impegnato a proporre emendamenti, poi effettivamente presentati in sede di Consiglio dei ministri.

Riguardo all'art. 1 l'Avvocatura dello Stato nega che la disposizione impugnata àncori i livelli di assistenza sanitaria alle sole esigenze finanziarie, sia perché detta disposizione, al primo comma, fa esplicito riferimento agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale, sia perché i livelli di assistenza devono, comunque, salvaguardare il "minimo" imposto dal rispetto dell'art. 32 della Costituzione.

Circa la presunta violazione della riserva di legge, l'Avvocatura dello Stato, premesso che l'art. 32 della Costituzione non prevede tale riserva, fa presente che il decreto delegato non

avrebbe potuto fissare direttamente i livelli di assistenza sanitaria, poiché questi, ferma la misura minima di prestazioni da assicurare a tutela del diritto fondamentale alla salute, devono poter variare in relazione alle mutevoli disponibilità finanziarie.

Con riguardo alle censure mosse all'art. 3 in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali, l'Avvocatura dello Stato replica alle stesse sostenendo che le norme denunziate hanno natura di principi, come richiesto dalla legge di delega, e che il ravvisato grado di dettaglio della disciplina troverebbe fondamento nell'esigenza di salvaguardare le esigenze di uniformità sull'intero territorio nazionale. Nella memoria relativa al giudizio promosso dalla Regione Valle d'Aosta, l'Avvocatura dello Stato sostiene, invece, che la normativa dettata per la nuova organizzazione delle unità sanitarie locali è riconducibile alle norme fondamentali delle riforme economico-sociali, poiché è necessario che le unità sanitarie locali, le quali sono le principali articolazioni territoriali del servizio sanitario, siano organizzate con criteri uniformi. La disposizione impugnata, comunque, non sarebbe lesiva dei poteri regionali, considerato che l'art. 3, quinto comma, riserva alle Regioni la definizione delle modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali.

In relazione all'eccezione di eccesso di delega riguardo ai poteri di gestione delle unità sanitarie locali, che il decreto delegato accentra in capo al direttore generale, l'Avvocatura dello Stato osserva che il principio della pluralità degli organi di gestione è stato eliminato in sede di approvazione parlamentare, essendo stato contrastato duramente nel corso dei lavori preparatori.

Quanto al potere ministeriale di sostituirsi al direttore generale della unità sanitaria locale nella ricostituzione del collegio dei revisori, l'Avvocatura dello Stato nega che tale potere possa essere considerato un potere sostitutivo, giacché è previsto che la nomina ministeriale venga meno all'atto dell'insediamento dell'organo nominato dal direttore generale.

Con riferimento alla disciplina delle aziende e dei presidi ospedalieri prevista dall'art. 4, l'Avvocatura dello Stato fa presente che la procedura contestata dalle regioni si riferisce esclusivamente ai casi in cui sussiste un "rilievo nazionale" della struttura ospedaliera (rilievo che giustifica l'intervento governativo), tanto che tale procedimento non è prescritto per gli ospedali centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza per i quali è sufficiente la determinazione regionale (art. 4, quarto comma).

Nella memoria relativa al giudizio promosso dalla Regione Valle d'Aosta, la stessa Avvocatura dà un'interpretazione della disposizione impugnata che escluderebbe le censure sollevate dalle regioni in ordine all'ipotesi che il Ministero possa autonomamente "aziendalizzare" gli ospedali sulla base di semplici indicazioni delle regioni. Secondo l'Avvocatura, infatti, il potere ministeriale sarebbe condizionato dalla previa indicazione regionale e, solo in caso di inerzia delle regioni stesse, il Ministero potrebbe prescindere dalle indicazioni delle regioni.

Per quanto riguarda, poi, il riconoscimento del rilievo nazionale e dell'alta specializzazione ai fini delle costituzione in azienda dei presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, l'Avvocatura dello Stato sottolinea la necessità di assicurare alla funzione formativa degli specializzandi una collocazione omogenea a quella prevista per i policlinici universitari, i quali sono autonomi rispetto alle unità sanitarie locali.

In relazione alla disciplina analitica dettata per la libera professione intramuraria, l'Avvocatura dello Stato sostiene la opportunità di una disciplina particolareggiata a fini di tutela del personale medico, personale che, dopo l'entrata in vigore delle disposizioni in materia di incompatibilità nel settore medico (art. 4, settimo comma, della legge n. 412 del 1991), è soggetto a limiti rigorosi nell'esercizio della libera professione. Agli stessi obiettivi

sarebbe ispirata la previsione della soglia minima del 6% di posti letto per la istituzione di camere a pagamento, mentre la previsione del tetto massimo del 12% sarebbe finalizzata a garantire la gratuità del servizio ai cittadini.

Con riferimento ai rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università disciplinati dall'art. 6, l'Avvocatura dello Stato oppone alle censure delle regioni la piena legittimità dell'articolo in esame, negando, in primo luogo, che la previsione della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria significhi affermazione di una potestà concorrente di queste ultime. Tale disposizione, infatti, rappresenterebbe solo l'espressione di un momento partecipativo nel procedimento di programmazione. Quanto, poi, alla formazione del personale infermieristico, l'Avvocatura osserva che, a seguito della legge n. 341 del 1990, questa è stata inserita nell'ordinamento universitario, con conseguente sottrazione al campo della formazione professionale, anche in conformità con le direttive della Organizzazione Mondiale della Sanità e delle Comunità europee adottate in materia.

Ad avviso dell'Avvocatura dello Stato, la previsione di un unico organismo regionale di gestione dei presidi multizonali di prevenzione, contenuta nell'art. 7, troverebbe giustificazione nella funzione di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali e in quella di consulenza e di supporto a comuni, province e altre amministrazioni pubbliche, di cui all'art. 1, primo comma, lettera s) della legge n. 421 del 1992. Inoltre, l'esigenza di un organismo di gestione che realizzi lo scorporo dalle unità sanitarie locali dei presidi multizonali di prevenzione sarebbe stata da tempo avvertita, essendo già contenuta nell'art. 14 del disegno di legge camera n. 1492 del 1987.

L'Avvocatura dello Stato dà una lettura riduttiva dell'art. 8 in tema di disciplina delle prestazioni assistenziali, in base alla quale la disposizione in esame si limiterebbe a definire il modello dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e strutture convenzionate senza alcuna compressione dei poteri regionali e nel rispetto della legge di delega (la quale, alla lettera e, prevede espressamente la revisione e il superamento dell'attuale regime delle convenzioni). Quanto alla determinazione dei requisiti minimi contenuta nel quarto comma, l'atto di indirizzo e coordinamento si spiegherebbe con l'esigenza di uniformità delle prestazioni sanitarie.

Con riferimento all'art. 9 (forme differenziate di assistenza) l'Avvocatura dello Stato nega che la disposizione in esame violi la legge di delega, perché, a suo avviso, avrebbe dato fedele attuazione al contenuto precettivo delle lettere l) e m).

Le norme relative agli indicatori di efficienza e di qualità di cui agli artt. 10 e 14, presuppongono, secondo l'Avvocatura dello Stato, l'autonomia organizzativa e funzionale delle unità sanitarie locali e rappresenterebbero l'unico strumento attraverso il quale lo Stato può verificare il conseguimento degli obiettivi definiti dal piano sanitario nazionale. Inoltre, sempre ad avviso dell'Avvocatura, la previsione di un sistema nazionale di indicatori non precluderebbe la individuazione di ulteriori indicatori funzionali alle esigenze locali.

Il sistema di finanziamento del servizio sanitario disegnato dagli artt. 12 e 13 del decreto si giustificherebbe, ad avviso dell'Avvocatura dello Stato, con il ruolo di centralità assegnato alla regione dal sistema delineato dal decreto legislativo n. 502 del 1992, giacché sulla base dell'art. 5 dello stesso decreto le regioni disporrebbero della gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali. In altri termini, l'Avvocatura dello Stato nega che i livelli uniformi di prestazioni sanitarie vengano definiti in maniera discrezionale dal Governo e senza idonee garanzie di copertura dei loro costi. Pertanto, qualsiasi lesione dell'autonomia finanziaria delle ricorrenti sarebbe esclusa dal rilievo che i disavanzi che l'art. 13 impone alle regioni di ripianare deriverebbero da libere scelte regionali nelle prestazioni rese o sarebbero conseguenti a un'organizzazione dei servizi diversa da quella assicurata a livello nazionale o avrebbero carattere di anormalità, in quanto riferibili a disfunzioni di carattere locale interamente riconducibili ai poteri delle regioni (e province autonome) in termini di

regolazione, di vigilanza e di controllo. Ad ogni modo, le disposizioni impugnate conferirebbero alle regioni efficaci strumenti per il reperimento delle nuove risorse eventualmente necessarie al ripiano dei deficit delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Infine, con riferimento all'art. 12, secondo comma (1% del fondo sanitario al Ministero), l'Avvocatura dello Stato osserva che le attività sostenute da tali finanziamenti riguardano soltanto la ricerca e la sperimentazione, con conseguente esclusione di ogni attività di natura assistenziale.

Considerato in diritto

1. - Le Regioni Valle d'Aosta, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto con distinti ricorsi hanno sollevato numerose questioni di legittimità costituzionale concernenti il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421). Poiché tali questioni riguardano lo stesso atto legislativo e sono fra loro oggettivamente connesse, è opportuno riunire i relativi giudizi per deciderli con un'unica sentenza.

2. - Non fondata è la questione, sollevata dalle Regioni a statuto ordinario ricorrenti, diretta a colpire l'intero decreto legislativo, sul presupposto che, per la sua approvazione, non sia stata seguita la procedura prevista dalla legge delega n. 421 del 1992 e, più precisamente, non sia stato sentito il parere obbligatorio della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, come risulterebbe anche dalla mancata menzione dello stesso nel preambolo del decreto legislativo.

La dedotta violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione non è avvenuta in fatto, come può agevolmente dedursi dall'estratto verbale della seduta della Conferenza Stato-regioni del 17 dicembre 1992, depositato in giudizio dall'Avvocatura dello Stato e non contestato dalle ricorrenti. Infatti, durante quella seduta è stato illustrato un documento sulla proposta governativa di decreto legislativo, redatto dai presidenti delle regioni e delle province autonome riuniti in conferenza, del quale il Consiglio dei ministri ha tenuto conto in sede di approvazione del decreto legislativo, tanto che ha apportato modifiche suggerite dalle regioni alla proposta inviata a queste ultime per il parere.

3. - Fondate sono, invece, le questioni di legittimità costituzionale sollevate da tutte le regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti degli artt. 3, sesto comma (prima e decima proposizione), e 4, ottavo comma (terza proposizione), nella parte in cui, determinando l'attribuzione di specifiche funzioni alle regioni, individuano l'organo interno all'amministrazione regionale competente a esercitare quelle funzioni: segnatamente, il Presidente della Giunta, su conforme delibera della Giunta medesima, nel primo caso; la Giunta regionale, nel secondo caso.

È, infatti, giurisprudenza costante di questa Corte (v., ad esempio, sentt. nn. 355 e 353 del 1992 e 407 del 1989) che la ripartizione delle funzioni regionali fra i vari organi interni della regione stessa rientra, salvo ovviamente il rispetto dell'art. 121 della Costituzione, nella materia "organizzazione interna della regione", che la Costituzione riserva allo Statuto regionale. Pertanto, le disposizioni impugnate vanno dichiarate costituzionalmente illegittime nella parte in cui dispongono che le competenze ivi determinate sono esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione.

4. - Del pari fondate sono le questioni di costituzionalità sollevate da tutte le ricorrenti nei

confronti dell'art. 3, sesto e tredicesimo comma, nella parte in cui sono previsti interventi sostitutivi attuati dal Ministro della sanità.

L'art. 3, sesto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede che, qualora il Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta, non abbia provveduto alla nomina del direttore generale dell'unità sanitaria locale nel termine perentorio di sessanta giorni, lo stesso potere è esercitato in via sostitutiva dal Ministro della sanità con proprio decreto. Al tredicesimo comma, lo stesso art. 3 stabilisce che, qualora il direttore generale dell'unità sanitaria locale non proceda alla ricostituzione del collegio dei revisori dei conti, sciolto a seguito di decadenza, dimissioni o decesso di uno o più componenti, il Ministro della sanità, su segnalazione del Commissario del Governo, provvede a costituirlo in via straordinaria. Ambedue le disposizioni indicate si rivelano in evidente contrasto con l'art. 1, primo comma, lettera u), della legge delega n. 421 del 1992, il quale prevede che soltanto il Consiglio dei ministri possa esercitare poteri sostitutivi previa diffida ad adempiere, nel caso di inerzia da parte delle regioni nell'esercizio di competenze ad esse spettanti. Le suddette disposizioni vanno, pertanto, dichiarate costituzionalmente illegittime per violazione dell'art. 76 della Costituzione.

5. - Inammissibile è la censura prospettata dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti dell'art. 1 per i profili relativi alla pretesa violazione dell'art. 32 della Costituzione e del principio di legalità sostanziale per effetto della "delegificazione" operata dalla disposizione impugnata là dove affida al piano sanitario nazionale, adottato dal Governo, il compito di determinare, fra l'altro, i livelli uniformi di assistenza sanitaria.

Il prospettato contrasto con le norme costituzionali che assicurano a ogni cittadino il diritto alla salute e quello all'assistenza non ha, infatti, alcuna influenza, neppure indiretta, sulla sfera di autonomia costituzionalmente garantita alle regioni, di modo che, in conformità a un costante orientamento di questa Corte (v., per tutte, sent. n. 407 del 1992), va dichiarata l'inammissibilità della relativa questione. Identica conclusione si impone, poi, riguardo alla asserita violazione del principio di legalità sostanziale in conseguenza della attribuzione al Governo del potere di determinare i livelli uniformi di assistenza sanitaria in rapporto al volume delle risorse a disposizione. In tal caso, la presunta lesione dell'autonomia regionale, dovuta all'ipotizzato vincolo a carico delle regioni di ripianare i disavanzi di bilancio delle unità sanitarie locali, va semmai collegata all'art. 13 del decreto legislativo n. 502 del 1992, oggetto peraltro di un'autonoma questione, e non già all'art. 1 ora esaminato.

Per gli stessi motivi già espressi in relazione al primo dei profili considerati in questo punto della motivazione va dichiarata l'inammissibilità della questione sollevata dalla Regione Valle d'Aosta nei confronti dell'art. 1, per violazione degli artt. 32 e 38 della Costituzione, sulla base di un'interpretazione dell'articolo impugnato, peraltro non condivisibile, che fa dipendere totalmente gli interventi pubblici in materia sanitaria dalle esigenze finanziarie di bilancio.

6. - Manifestamente infondata è, invece, la censura che la Regione Valle d'Aosta ha rivolto all'art. 1, nella parte in cui prevede l'adozione di un piano sanitario nazionale vincolante anche per le regioni a statuto speciale. La ricorrente, infatti, non può lamentare che la disposizione in esame non assicuri procedure differenziate di interventi nell'iter di formazione del suddetto piano a favore delle regioni ad autonomia speciale, poiché in detta materia non v'è alcuna norma che differenzi l'autonomia delle regioni a statuto speciale da quella delle regioni a statuto ordinario.

7. - Manifestamente infondata è, pure, la questione sollevata dalla Regione Valle d'Aosta in riferimento all'art. 4 del proprio Statuto speciale, nei confronti dell'art. 1, terzo comma, lettera e), il quale, nel ricomprendere tra i contenuti del piano sanitario nazionale "gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale", interferirebbe illegittimamente con competenze amministrative costituzionalmente assicurate alla ricorrente. Nessun dubbio può sussistere,

infatti, sulla rispondenza alla ripartizione costituzionale delle competenze di una previsione che, nel delimitare le potestà statali in materia sanitaria, ne circoscrive i confini alla predisposizione degli indirizzi, nell'ambito della programmazione nazionale degli interventi, al fine di orientare la successiva attività regionale.

8. - Non fondate sono le questioni che tutte le ricorrenti hanno sollevato nei confronti dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992, per violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, in riferimento all'art. 1, primo comma, lettera g), della legge di delega n. 421 del 1992.

Come si è già accennato nel precedente punto n. 5, presupporre che l'art. 1 del decreto legislativo impugnato imponga il contenimento della spesa pubblica come unico obiettivo per la determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria - e perciò si metta in contrasto con la legge delega, la quale prevede una molteplicità di obiettivi, pur con il vincolo della "coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria" - non risponde a una corretta interpretazione della disposizione esaminata. Quest'ultima, infatti, anche se mantiene la prescrizione contenuta nella legge delega relativa alla coerenza delle prestazioni assicurate con l'entità del finanziamento stabilito per il servizio sanitario nazionale, impone altresì di rapportare i livelli di assistenza agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale, oltreché di prevedere livelli di assistenza che siano comunque garantiti a tutti i cittadini.

Né si può condividere la prospettazione delle regioni a statuto ordinario ricorrenti, secondo la quale la totale delegificazione della materia, realizzata con la previsione di un piano nazionale adottato dal Governo, si porrebbe in contrasto sia con la direttiva rappresentata dal libero accesso alle cure e dalla gratuità del servizio prestato nei limiti previsti dalle norme vigenti, sia con quella costituita dal vincolo che i principi relativi ai livelli uniformi di assistenza sanitaria devono essere direttamente stabiliti dal decreto legislativo medesimo. Premesso che, se pure nell'ambito invalicabile dei confini dati dalle possibilità applicative desumibili dalle norme di delega, il legislatore delegato ha un'indiscutibile libertà di interpretazione e di scelta fra le alternative ad esso offerte (v., ad esempio, sentt. nn. 141 del 1993 e 4 del 1992), non si può certo affermare che le disposizioni delegate abbiano ecceduto dai confini fissati dalla legge di delega. Sotto un profilo, infatti, poiché quest'ultima richiede che il decreto legislativo determini i "principi" in relazione ai quali stabilire i livelli di assistenza uniformi e obbligatori, e non già i livelli stessi, la fissazione dei principi ricordati nel capoverso precedente e l'indicazione del criterio relativo alla considerazione dei dati epidemiologici e clinici costituiscono elementi sufficienti ai fini del rispetto della legge di delega e della delimitazione della discrezionalità del Governo nella predisposizione del piano sanitario nazionale. Sotto l'altro profilo, poi, tenendo conto che il vincolo al legislatore delegato di stabilire direttamente norme in materia obbedisce alla ratio che siano predisposti al livello legislativo adeguati limiti per le fonti secondarie, occorre sottolineare che il riferimento della legge di delega alle norme vigenti in relazione al libero accesso alle cure e alla gratuità dei servizi contiene già un'indicazione sufficiente al fine della definizione della discrezionalità governativa sugli oggetti indicati in vista dell'adozione del ricordato piano nazionale. Tutto ciò induce a concludere che il silenzio del legislatore delegato sul punto non può esser considerato come un'evasione dai vincoli imposti dal legislatore in sede di delega.

9. - Nei termini appresso indicati non è fondata la questione di legittimità costituzionale che tutte le ricorrenti hanno sollevato nei confronti dell'art. 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992, adducendo che quest'ultimo, nel dettare le nuove regole organizzative per la ristrutturazione delle unità sanitarie locali, conterrebbe disposizioni di estremo dettaglio, in violazione dei limiti delle competenze regionali - che per la Valle d'Aosta sono addirittura di tipo esclusivo (art. 2, lettera a, dello Statuto speciale) - in materia di ordinamento degli enti dipendenti (nel caso, strumentali) delle regioni (artt. 116, 117 e 118 della Costituzione).

Questa Corte ha affermato costantemente che le disposizioni dirette a porre i principi

concernenti l'organizzazione delle unità sanitarie locali vanno considerate come norme fondamentali delle riforme economico-sociali (v., ad esempio, sentt. nn. 274 e 107 del 1988). E, nell'ambito di questo orientamento ha precisato che neppure una riforma economico-sociale può integralmente estromettere le regioni dalle materie di loro competenza (sent. n. 219 del 1984) e che le eventuali disposizioni di dettaglio che accompagnino le predette norme fondamentali sono tali da vincolare l'esercizio delle competenze regionali soltanto ove siano legate con i principi della riforma da un rapporto di coessenzialità e di necessaria integrazione (v. sent. n. 99 del 1987).

Dall'esame delle molteplici norme contenute nell'impugnato art. 3 qualificabili senza alcun dubbio, come riconosce la stessa Avvocatura dello Stato, quali norme di dettaglio, risulta che alcune disposizioni sono organicamente legate ai principi affermati al fine di definirne più precisamente il senso (ad esempio, la prescrizione che il rapporto di lavoro del direttore generale, di quello amministrativo e di quello sanitario sia a tempo pieno concorre a determinare la natura dei rispettivi uffici), altre, invece, stabiliscono requisiti minimi, rispondenti a un interesse nazionale, che le regioni debbono rispettare (ad esempio, le norme sulla ineleggibilità e sull'incompatibilità dei direttori generali), pur rimanendo libere, in certi casi, di fissarne di ulteriori e diversi (ad esempio, le ipotesi di sostituzione o di risoluzione del contratto dei suddetti direttori). Vi sono, tuttavia, alcune disposizioni di dettaglio che non rivestono né l'uno, né l'altro dei menzionati caratteri, ma sono poste dal legislatore statale al fine di soddisfare l'esigenza di una più sollecita operatività delle nuove regole organizzative. Queste sono, più precisamente, le norme sull'indicazione di chi deve sostituire il direttore generale in caso di assenza o di impedimento e le norme che fissano il limite massimo possibile per l'assenza o l'impedimento ovvero il termine per la cessazione dall'incarico del direttore sanitario e di quello amministrativo. Tali norme, a causa della ratio che le ispira, hanno un carattere dispositivo verso le regioni, nel senso che queste ultime nell'esercizio delle loro competenze possono derogare ad esse, fermo restando il vincolo della congruità delle disposizioni regionali rispetto al principio sotteso alle disposizioni di dettaglio adottate in via dispositiva dallo Stato (v. sentt. nn. 192 del 1987 e 153 del 1985).

10. - Non fondata è la questione sollevata dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti dell'art. 3, sesto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992 per violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, in relazione all'art. 1, primo comma, lettera d), della legge di delega n. 421 del 1992.

L'assunto delle ricorrenti, secondo il quale la disposizione impugnata, nell'accentrare tutti i poteri ivi menzionati nel direttore generale, contrasterebbe con la legge di delega, che all'art. 1, lettera d), fa riferimento a una pluralità di organi di gestione delle unità sanitarie locali, con conseguente distribuzione fra questi stessi di quei poteri, è basato sull'elemento letterale che la norma di delega parla di "organi di gestione", al plurale. Ma, come ha osservato l'Avvocatura dello Stato, tale espressione grammaticale è legata alla circostanza che il disegno di legge presentato dal Governo in Parlamento per l'approvazione delle norme di delega prevedeva originariamente, oltre al direttore generale, il consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale. Ma, una volta che quest'ultimo organo è stato eliminato dal testo definitivo della legge a seguito del dibattito parlamentare sulla stessa, il fatto che sia erroneamente rimasta la predetta locuzione al plurale non può essere interpretato come indicativo dell'esigenza di prevedere, in sede di esercizio del potere delegato, una pluralità di organi di gestione.

11. - Non fondata è la questione sollevata da tutte le ricorrenti, in riferimento agli artt. 76, 117 e 118 della Costituzione e degli artt. 2 e 3 dello Statuto della Valle d'Aosta, nei confronti dell'art. 4, primo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nella parte in cui limita a un potere di proposta, peraltro eventuale, la partecipazione delle regioni al procedimento relativo alla individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di quelli di alta specializzazione da costituire in aziende ospedaliere con decreto del Ministro della sanità.

La scelta del legislatore statale di separare dalle unità sanitarie locali gli ospedali di rilievo nazionale e quelli di alta specializzazione, nonché i policlinici universitari - conseguita a una valutazione negativa dei rapporti intercorsi tra le predette istituzioni nella precedente esperienza - non interferisce illegittimamente sui poteri di organizzazione dell'assistenza sanitaria riservati alle regioni (v. anche art. 1, primo comma, lettera c, della legge delega n. 421 del 1992), poiché, come ha correttamente rilevato l'Avvocatura dello Stato, il Ministro della sanità, oltre ad essere condizionato dalla proposta regionale, quando questa sia stata presentata, interviene in un campo connotato dall'interesse nazionale ed esercita il proprio potere unicamente sulla base della verifica della sussistenza dei requisiti indicati nello stesso art. 4.

12. - Fondata è, invece, la questione sollevata dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti, in riferimento agli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, nei confronti dell'art. 4, terzo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nella parte in cui prevede la costituzione in aziende di ospedali diversi da quelli determinati nella legge di delega n. 421 del 1992.

Nel delegare al Governo la definizione dei criteri per la individuazione degli ospedali da scorporare dalle unità sanitarie locali e da costituire in aziende, l'art. 1, primo comma, lettera n), della legge n. 421 del 1992, delimita tale possibilità agli "ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari", e agli "ospedali che in ogni regione saranno destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza". In difformità da ciò, il legislatore delegato ha previsto ulteriori ipotesi, là dove (art. 4, terzo comma) ha inserito nella stessa categoria sia i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, sia, sempreché sia richiesto dall'università interessata, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università stessa. Tale difformità non è soltanto formale, ma incide altresì sulla ratio che ha ispirato la legge delega, a cui deve essere commisurato il giudizio sul rispetto da parte del legislatore delegato dei limiti ad esso posti (v., da ultimo, sentt. nn. 141 e 41 del 1993). Infatti, la legge delega ha inteso creare un sistema chiuso per gli ospedali di rilievo nazionale, nel senso che di questi ultimi ha individuato precisamente la tipologia prevedendo per essi il conferimento della personalità giuridica (con conseguente autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica), mentre per tutti gli altri presidi ha prescritto semplicemente che siano informati al principio dell'autonomia economico-finanziaria, oltreché a ulteriori criteri di buon andamento gestionale e di efficienza finanziaria.

13. - In conseguenza delle pronunzie rese nei punti nn. 9, 11 e 12, restano assorbiti gli ulteriori profili di legittimità costituzionale sollevati dalle ricorrenti nei confronti dell'art. 4, primo, terzo e sesto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché nei confronti dell'art. 4, decimo comma, limitatamente all'espresso richiamo alla disciplina disposta dall'art. 3 del medesimo decreto legislativo.

14. - Non fondata è la questione di legittimità costituzionale che tutte le ricorrenti rivolgono all'art. 4, decimo comma, nella parte in cui regola l'esercizio della libera professione intramuraria da parte dei medici e l'individuazione dei posti letto da destinare alle camere a pagamento.

Le disposizioni impugnate stabiliscono che all'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende siano riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione inframuraria e una quota non inferiore al 6 per cento e non superiore al 12 per cento dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento. Lo stesso comma, alle disposizioni immediatamente seguenti, si preoccupa di prevedere soluzioni alternative in caso di assoluta impossibilità nel reperimento di spazi interni per l'esercizio della predetta professione e di precisare che le camere a pagamento possono riferirsi sia a ricoveri disposti nell'ambito dell'assistenza pubblica, sia a ricoveri richiesti in regime di libera professione.

Contrariamente a quanto suppongono le ricorrenti, tali disposizioni non interferiscono illegittimamente sulle loro competenze in materia di assistenza sanitaria, poiché non sono norme di dettaglio. Queste ultime, infatti, possono così qualificarsi in quanto richiedono soltanto un'attività di materiale esecuzione (v. sent. n. 177 del 1988) o in quanto precludono qualsiasi spazio per l'intervento della legge regionale (v. sent. n. 70 del 1981). Ciò non avviene nel caso di specie, nel quale alle regioni è lasciata, nell'ambito della loro potestà di organizzazione del servizio, tanto l'individuazione e la determinazione degli "spazi adeguati", quanto la fissazione, entro il limite minimo e massimo definito dallo Stato, della precisa percentuale dei posti letto da destinare alle camere a pagamento. Né è inutile sottolineare, al fine di corroborare l'esclusione della loro qualificazione come norme di dettaglio, che le disposizioni impugnate disciplinano un punto rilevante nel nuovo sistema dell'assistenza, poiché esse sono mosse dall'esigenza di garantire concretamente che i medici possano svolgere attività libero-professionale all'interno dell'ospedale, sia al fine di controbilanciare le nuove regole in materia di incompatibilità nel settore medico (art. 4, settimo comma, della legge n. 412 del 1992), sia al fine di permettere che le aziende ospedaliere, dotate di piena autonomia finanziaria, possano effettivamente beneficiare di nuove entrate (v. art. 4, settimo comma, lettera e, del decreto legislativo n. 502 del 1992).

15. - Non fondate sono le questioni di legittimità costituzionale sollevate dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti dell'art. 6, primo e terzo comma, del decreto legislativo impugnato per violazione degli artt. 117 e 118 della Costituzione, nonché degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, in relazione all'art. 1, lettera o), della legge di delega n. 421 del 1992.

La prima censura deriva da una cattiva lettura dell'art. 6, primo comma, il quale, nel disporre che "le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali", non stabilisce alcuna confusa concorrenza tra università e regioni nella predisposizione dei piani, ma, come risulta chiaramente dalla stessa lettera della disposizione "per quanto di competenza"), prevede una partecipazione dell'università alla programmazione regionale - nelle forme della leale cooperazione e, quindi, nel rispetto delle rispettive competenze - al fine di prevenire conflitti e di fissare forme positive di collaborazione fra l'una e l'altra istituzione.

Anche l'art. 6, terzo comma, non sottrae affatto alle regioni le competenze loro spettanti in materia di formazione professionale del personale infermieristico, né, tantomeno, si pone in contrasto con l'art. 1, lettera o), della legge delega n. 421 del 1992, il quale si limita a stabilire che il rapporto tra servizio sanitario nazionale e università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea deve essere disciplinato secondo le nuove modalità, da determinare nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'università e in armonia con la programmazione nazionale.

La disposizione impugnata, nello stabilire che la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera e nel prevedere, nel contempo, che il relativo ordinamento didattico è definito con decreto del Ministro della università di concerto con quello della sanità (v. art. 9 della legge n. 341 del 1990) e che i diplomi sono firmati dal responsabile della scuola e dal rettore delle università, persegue una duplice finalità: innanzitutto, mira ad integrare le attività formative di iniziativa universitaria con quelle organizzate dalle regioni attraverso le strutture pubbliche operanti nell'ambito delle loro competenze; in secondo luogo, attraverso il coinvolgimento delle unità sanitarie locali, tende ad attribuire, in via esclusiva, al personale dipendente dalle strutture presso le quali si svolge l'attività didattica, la titolarità dei corsi d'insegnamento finalizzati alla formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

A parte talune oscurità lessicali, è comunque certo che anche in tal caso si tratta di una ipotesi di collaborazione, formalizzata in appositi protocolli d'intesa, che avviene nel rispetto

delle reciproche competenze delle due istituzioni coinvolte. E se, dunque, appare con ciò coerente che i corsi siano affidati al personale del ruolo sanitaio dipendente dalle strutture ospedaliere interessate, allo stesso modo lo è la previsione che l'ordinamento didattico (nel quale sono inseriti i corsi), che è di livello universitario, al pari dei (nuovi) diplomi di formazione professionale e le modalità di rilascio di questi ultimi (v. sent. n. 245 del 1990), siano attribuiti alla competenza di autorità statali. Pertanto, deve escludersi che la disposizione esaminata interferisca illegittimamente sulle competenze regionali in tema di programmazione nel settore dell'assistenza sanitaria, ivi compresi i corsi di formazione professionale, poiché l'affidamento di alcuni aspetti alla disciplina statale tocca segmenti riconducibili alle attribuzioni universitarie.

16. - Non fondata è, altresì, la questione di legittimità costituzionale sollevata dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti, in riferimento agli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione e alla norma interposta contenuta nell'art. 1, primo comma, lettera u), della legge delega n. 421 del 1992, nei confronti dell'art. 6, quarto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nello stabilire che, nel caso in cui entro 120 giorni dalla costituzione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non siano stati stipulati i protocolli d'intesa previsti nel comma precedente al fine di disciplinare di comune accordo l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del servizio sanitario, i ministri della sanità e dell'università, previa diffida, stipulano i suddetti accordi, dettando nello stesso tempo gli indirizzi per la corretta applicazione degli stessi, la disposizione impugnata non contravviene ai requisiti richiesti per il corretto esercizio dei poteri sostitutivi e della funzione governativa di indirizzo e coordinamento.

Nel caso, infatti, sono disciplinate competenze estranee a queste ultime funzioni, poiché, diversamente da quanto stabilito nella disposizione invocata come norma interposta, non si ha a che fare con materie attribuite alle competenze regionali, ma si versa in un'ipotesi di intreccio di distinte competenze che esige forme di collaborazione fra regioni e Stato attuabili per via d'intesa. Sicché, quando quest'ultima non dovesse realizzarsi entro un termine congruo (120 giorni), l'intervento successivo dei predetti ministri, assistito dalle dovute cautele (diffida), risponde a un'esigenza di prevenzione di eventuali paralisi nell'esercizio di funzioni pubbliche, che questa Corte, quando nell'intreccio di competenze prevalgono interessi unitari, ha più volte ritenuto meritevole di tutela da parte del legislatore statale (v. sentt. nn. 351 del 1991 e 1031 del 1988). E la potestà d'indirizzo, connessa a tale intervento interministeriale, è strumentale alla predisposizione degli accordi, nel senso che è un corollario di questi ultimi che gli autori degli stessi potrebbero porre in essere anche in mancanza di apposita previsione normativa, trattandosi di direttive e indicazioni delucidative degli accordi medesimi vòlte ad agevolarne l'applicazione.

17. - Non fondata è la questione di legittimità costituzionale che tutte le ricorrenti hanno sollevato nei confronti dell'art. 7, primo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992, per violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, in relazione all'art. 1, lettera s), della legge delega n. 421 del 1992.

Secondo le ricorrenti, l'incostituzionalità della disposizione impugnata deriverebbe dall'aver essa istituito "un apposito organismo per la prevenzione, unico per tutto il territorio regionale", vòlto ad assicurare la gestione dei presidi multizonali di prevenzione, del quale la legge di delega non fa menzione. In realtà, in tema di rapporto fra legge delegante e decreto delegato questa Corte ha affermato che al silenzio del legislatore delegante non può automaticamente attribuirsi il significato di una volontà contraria, ma, al fine di interpretarne con esattezza il senso, occorre individuare la ratio che ha ispirato la corrispondente norma di delega (v. sentt. nn. 141 e 41 del 1993; v. anche sent. n. 261 del 1962), tanto più che rientra nella fisiologia delle relazioni tra "principi e criteri direttivi" e norma delegata la circostanza che i primi non prevedano la concreta disciplina della materia, per via del naturale rapporto di

riempimento che lega i due distinti livelli normativi (v. sent. n. 4 del 1992).

Nella sua insindacabile discrezionalità politica il legislatore delegante, muovendo evidentemente da una valutazione non positiva del funzionamento del precedente modello organizzativo delle attività di prevenzione, ha affidato al legislatore delegato (art. 1, lettera s) la definizione dei principi e dei criteri "per la riorganizzazione, da parte delle regioni e province autonome, su base dipartimentale, dei presidi multizonali di prevenzione, di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, cui competono le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali, nonché di consulenza e di supporto in materia di prevenzione a comuni, province o altre amministrazioni pubbliche ed al ministero dell'ambiente".

Tenuto conto che il precedente modello del sistema di prevenzione si basava su un'organizzazione articolata su due piani - uno, consistente nelle attività di analisi, specialistiche e simili, svolgentisi al livello dei presidi multizonali di prevenzione, con operatività estesa al territorio di più unità sanitarie locali, ma gestiti dalla unità sanitaria nel cui territorio aveva sede il presidio multizonale; l'altro, consistente in attività di controllo e di vigilanza, svolgentisi al livello di ciascuna unità sanitaria locale -, il legislatore delegato ha interpretato la legge di delega nel senso di essere autorizzato a predisporre un modello organizzativo basato sulla massima semplificazione e integrazione. Più in particolare, esso ha provveduto alla: a) creazione di un unico organismo regionale, organizzato come unità sanitaria locale, avente lo specifico compito di gestire i presidi multizonali di prevenzione; b) riorganizzazione degli attuali presidi multizonali e degli attuali servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali secondo determinati principi e criteri; c) attribuzione ai presidi multizonali delle funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali.

Benché la legge delega non faccia menzione dell'organismo regionale "unico", la ratio stessa autorizza l'interpretazione che il legislatore delegato, nell'esercizio della sua discrezionalità politica all'interno dei principi e criteri direttivi contenuti nella delega, ha provveduto a dare. La creazione di un organismo unico al livello regionale per la gestione dei presidi multizonali di prevenzione, infatti, sostituisce con un modello accentrato nell'ambito del territorio di ciascuna regione un sistema decentrato, che il legislatore delegante, come si è accennato, intendeva modificare radicalmente. In ciò non può non vedersi una sufficiente e ragionevole corrispondenza della disciplina posta in essere dal legislatore delegato rispetto alla volontà espressa dal delegante.

18. - Per ragioni in parte analoghe a quelle appena enunciate vanno rigettate le questioni che le regioni a statuto ordinario ricorrenti hanno sollevato nei confronti dell'art. 7, quarto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La disposizione impugnata affida all'esercizio congiunto del Ministro della sanità e di quello dell'ambiente "le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali", avvalendosi, per gli aspetti di rispettiva competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti di ricerca del Cnr e dell'Enea, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Come si è detto nel numero precedente di questa sentenza, il rilievo che la legge di delega non preveda espressamente tali specifiche funzioni non comporta per ciò stesso l'illegittimità costituzionale della disposizione impugnata. Se, infatti, si tiene conto dell'ampia delega di riorganizzazione del settore dei presidi multizonali di prevenzione affidata al Governo e se si considera che la disposizione esaminata risponde largamente ai principi relativi alla ripartizione delle competenze fra Stato e regioni sussistente in materia, lo svolgimento del potere delegato da parte del Governo non può certo esser ritenuto un esercizio arbitrario dell'ampio potere d'interpretazione che il legislatore delegato ha verso la norma di delega.

Né può condividersi l'ulteriore censura delle ricorrenti, secondo la quale la disposizione impugnata disciplinerebbe una funzione di indirizzo e coordinamento in difformità con il principio che ne esige l'esercizio sulla base di una specifica e puntuale previsione legislativa. Infatti, l'espresso obbligo dei predetti ministri di avvalersi di organi od enti dotati di competenze spiccatamente tecniche lascia chiaramente trasparire che la disposizione impugnata intende prevedere una forma di coordinamento tecnico, vale a dire una funzione che, come questa Corte ha costantemente affermato (v., per tutte, sent. n. 49 del 1991), si distingue da quella concernente l'indirizzo e coordinamento politico-amministrativo e che, pertanto, può essere esercitata senza bisogno di attenersi alle rigorose regole della legalità sostanziale.

19. - Per motivi del tutto simili a quelli espressi nel precedente punto n. 16, va rigettata la questione, analoga a quella allora esaminata, sollevata dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti dell'art. 8, quinto e sesto comma, del decreto legislativo impugnato. Anche in tal caso, infatti, l'intervento del Ministro della sanità vòlto a disciplinare direttamente la materia è previsto ove lo stesso Ministro, nello stabilire i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni in forma diretta indicate nel precedente terzo comma, non raggiunga la prescritta intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

20. - Manifestamente infondata è la questione sollevata nei confronti dell'art. 8 dalla Regione Valle d'Aosta, sulla base della premessa che la legge di delega non menzionerebbe fra i propri oggetti la disciplina dei rapporti concernenti l'erogazione delle prestazioni assistenziali in regime di convenzione. In realtà, la legge n. 421 del 1992, all'art. 1, primo comma, lettera l, affida al legislatore delegato il compito di "introdurre norme vòlte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni", sulla base dei principi e criteri ivi stabiliti.

21. - Fondata è, invece, la questione che le regioni a statuto ordinario ricorrenti hanno sollevato, in riferimento agli artt. 117 e 118 della Costituzione (assistenza sanitaria e ospedaliera), nei confronti dell'art. 8, quarto comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992. L'articolo impugnato, ferma la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, prevede un atto di indirizzo e coordinamento disciplinante vari oggetti, quali: la definizione di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie; la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti medesimi; la fissazione di termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati; i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi e quelli per la classificazione dei presidi e delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché i criteri per le attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni.

Considerato che gli oggetti indicati insistono sicuramente in materia di competenza regionale, vale a dire nella organizzazione dei servizi destinati alla tutela della salute (v. art. 2 del decreto legislativo stesso), non può non condividersi la prospettazione delle ricorrenti relativamente alla violazione del principio di legalità sostanziale, che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte (v., per tutte, sent. n. 359 del 1991), deve presiedere all'esercizio della funzione governativa di indirizzo e coordinamento. La disposizione impugnata, infatti, si limita a definire gli oggetti che dovranno essere disciplinati dal predetto atto, ma non determina affatto i principi o gli orientamenti di massima destinati a delimitare la discrezionalità del Governo nell'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento.

22. - Non fondata è la questione di legittimità costituzionale sollevata da tutte le ricorrenti, in riferimento alla legge di delega (Regione Valle d'Aosta) e agli artt. 117 e 118 della Costituzione (le altre regioni) nei confronti dell'art. 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

L'articolo impugnato facoltizza le regioni a prevedere, in via graduale e sperimentale, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, a partire dal 1° gennaio 1995 e per un triennio sperimentale. Al secondo comma, lo stesso articolo stabilisce che, per ciascun triennio, il Ministro della sanità, di concerto con quelli del tesoro e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra Stato e regioni, determina le quote di risorse destinabili per la gestione delle predette forme di assistenza differenziata. Il complesso delle disposizioni riferite non merita le censure mosse dalle ricorrenti, poiché, in ragione del carattere fortemente innovativo del sistema permesso e dei rischi sociali connessi all'attuazione dell'una o dell'altra forma di assistenza differenziata, l'articolo impugnato prevede un periodo di sperimentazione, sottoposto a particolari verifiche da parte della Conferenza Stato-regioni e a inevitabili continui aggiustamenti, che non possono essere considerati contrastanti con la legge di delega solo perché da questa non previsti. La necessaria elasticità richiesta dal sistema introdotto e la sua provvisorietà in attesa di indicazioni empiriche per la definizione di un assetto a regime esigono un meccanismo flessibile di finanziamento, in grado di far fronte a spese non prevedibili in sede di programmazione finanziaria di lungo periodo, meccanismo dal quale, peraltro, le regioni non sono affatto escluse.

23. - Non fondate sono le questioni di legittimità costituzionale sollevate da tutte le ricorrenti, per violazione delle direttive contenute nella legge di delega e per la lesione delle proprie competenze amministrative, nei confronti dell'art. 10, terzo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nel prevedere un decreto del Ministro della sanità, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e regioni, al fine di stabilire i contenuti e le modalità di utilizzazione degli indicatori di efficienza e di qualità, la disposizione impugnata non istituisce un'anomala forma di controllo né prevede un atto di indirizzo e coordinamento o disciplina un oggetto non compreso nella legge di delega, trattandosi di un potere diretto a regolare strumenti conoscitivi utili per migliorare la qualità dell'assistenza e, come tale, insuscettibile di ledere competenze regionali (v. sentt. nn. 188 del 1992 e 201 del 1987).

24. - Parimenti infondata è la censura che la Regione Valle d'Aosta ha sollevato nei confronti dell'art. 10, quarto comma, per violazione delle direttive contenute nella legge di delega (art. 1, lettera u) e dei requisiti formali richiesti per l'esercizio dei poteri sostitutivi.

Dopo aver stabilito che il Ministro della sanità debba accertare lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica, nonché delle commissioni professionali di verifica, e debba acquisire il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni in ordine all'eventuale attivazione dei poteri sostitutivi, l'articolo impugnato dispone che "ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni il Ministro provvede direttamente". È evidente che la disposizione contestata configura un meccanismo simile a quello esaminato nel precedente punto n. 16 di questa sentenza, nel quale la prevalenza di interessi unitari nell'intreccio di competenze, che ha indotto il legislatore a prevedere forme di collaborazione tra regioni e Stato, giustifica, in caso di mancato accordo tra le parti entro un congruo termine, l'iniziativa risolutiva del ministro.

25. - Non fondata è anche la questione di legittimità costituzionale che le ricorrenti regioni a statuto ordinario hanno sollevato, per violazione degli artt. 76 e 77, primo comma, della Costituzione, nei confronti dell'art. 14, primo e secondo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nella parte in cui prevederebbe un decreto ministeriale di indirizzo e coordinamento non contemplato dalla legge di delega.

In realtà, la disposizione impugnata non prevede affatto un atto di indirizzo e coordinamento, ma una competenza ministeriale vòlta a definire un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie in riferimento ai seguenti ambiti: a)

personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza; b) diritto all'informazione; c) prestazioni alberghiere; d) attività di prevenzione delle malattie. In considerazione del rilievo che gli indicatori fissati concernono attività assistenziali essenzialmente di pertinenza delle regioni, è previsto che queste ultime siano sentite, per il tramite della Conferenza Stato-regioni, nella fase di adozione del decreto. Il fatto che siano sentiti vari altri soggetti (università, Consiglio nazionale delle ricerche, organizzazioni rappresentative degli utenti e del volontariato nonché operatori del servizio sanitario nazionale) e sia prevista l'utilizzazione di tali indicatori "anche sotto il profilo sociologico" rende evidente che l'atto in esame non può essere ricompreso fra gli atti di indirizzo e coordinamento.

26. - Parzialmente fondata è la questione di legittimità costituzionale sollevata, in riferimento agli artt. 119 (autonomia finanziaria), 116, 117 e 118 (assistenza sanitaria e ospedaliera) della Costituzione, da parte delle regioni a statuto ordinario ricorrenti nei confronti dell'art. 13, primo comma, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Tale articolo, al primo comma, dispone che "le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato".

Il complesso delle disposizioni ora ricordato, muovendo dal presupposto della necessaria corrispondenza e coerenza effettiva tra quote capitarie e livelli uniformi di prestazioni sanitarie, è ispirato a un duplice principio: da un lato, incentivare l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e la creazione di modelli organizzativi negli enti che gestiscono la sanità il più possibile rispondenti a parametri di efficienza ottimale e di uniformità territoriale; e dall'altro, affermare che qualsiasi disfunzione o qualsiasi aggravio di costi del servizio sanitario nazionale sia posto a carico delle regioni sulle quali ricade l'onere della disciplina, del controllo e della vigilanza sugli enti erogatori dell'assistenza sanitaria, limitando il contributo dello Stato alla somma iscritta annualmente in bilancio come integrazione del fondo sanitario nazionale rispetto ai contributi riscossi dalle singole regioni. Questi principi - e, in particolare, quello concernente il parallelismo fra responsabilità di disciplina e di controllo e responsabilità finanziaria - non sono, certo, contrari a Costituzione, ma, se mai, interpretano lo spirito del requisito di efficienza, e quindi quello dell'equilibrio finanziario, valevole, a norma dell'art. 97 della Costituzione, anche per il sistema pubblico di assistenza sanitaria nel suo complesso. Consequenzialmente, non può ritenersi lesiva dell'autonomia finanziaria regionale o delle competenze in materia di sanità affidate alle regioni la previsione che queste debbano far fronte sia ai costi derivanti dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi sul piano nazionale, sia a quelli dipendenti dall'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti per la determinazione del parametro capitario di finanziamento in sede nazionale.

Ciò che, invece, si pone parzialmente in contrasto con l'autonomia finanziaria costituzionalmente garantita alle regioni è la disposizione finale del primo comma dell'art. 13, per la quale qualsiasi altro eventuale disavanzo di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è posto in ogni caso a carico delle finanze regionali con immediato e totale esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

È, infatti, ben vero che ai deficit delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere le regioni possono far fronte, oltreché attraverso una ristrutturazione delle forme e del livello quantitativo e qualitativo dei servizi erogati, mediante il ricorso ai nuovi poteri d'imposizione tributaria previsti dall'art. 13, secondo comma, del decreto legislativo impugnato ("tasse sanitarie" e variazioni in aumento dei contributi o dei tributi regionali). Ma - pur a non considerare il problema dell'adeguatezza delle nuove risorse reperibili dalle regioni rispetto all'entità dei disavanzi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere - in mancanza di

una disciplina transitoria diretta a permettere un graduale adeguamento della finanza regionale al nuovo sistema introdotto dalla disposizione esaminata, basato sullo spostamento al livello regionale dell'onere di riequilibrio finanziario del servizio sanitario nazionale, è obiettivo il rischio che l'utilizzazione dei ricordati strumenti tributari sia in gran parte assorbita, soprattutto in una prima fase, dalla copertura dello scarto, presumibilmente elevato, fra i costi delle prestazioni assistenziali ipotizzati, secondo un parametro ottimale, dallo Stato e la situazione di partenza effettivamente esistente nelle unità sanitarie locali. Di modo che, in considerazione della esigenza costituzionale di preservare, insieme all'equilibrio del bilancio statale (art. 81 Cost.), anche l'equilibrio finanziario dei bilanci regionali (art. 119 Cost.) e un accettabile livello qualitativo e quantitativo di prestazioni dirette a soddisfare interessi del singolo cittadino e della collettività costituzionalmente rilevanti (art. 32 Cost.), risulta irragionevole la previsione di un esonero totale e immediato dello Stato dal ripiano degli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere senza che sia predisposta nel contempo una disciplina che miri a rendere graduale - e quindi controllabile, sotto il profilo delle finanze regionali, e adeguato, sotto il profilo delle prestazioni, - il passaggio verso il nuovo sistema e il funzionamento a regime dello stesso.

27. - Manifestamente infondata è, invece, la questione di legittimità costituzionale sollevata, in riferimento agli stessi parametri indicati nel punto immediatamente precedente, dalle regioni a statuto ordinario ricorrenti, nei confronti dell'art. 12, secondo comma, numero 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nel prevedere che l'1% del fondo sanitario nazionale complessivo possa essere utilizzato per il finanziamento di iniziative centrali, previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse o rilievo interregionale o nazionale, attinenti a sperimentazioni concernenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e le biotecnologie sanitarie, la disposizione in esame disciplina un aspetto strettamente attinente alla ricerca - un'attività non sottratta alla competenza statale - della quale costituisce la necessaria fase di verifica e di controllo della bontà dei risultati raggiunti in sede teorica. È, dunque, evidente che nessuna competenza regionale ne risulta lesa e che non è ragionevolmente ipotizzabile che attraverso le attività regolate nella disposizione impugnata si possa aprire una breccia per interventi ministeriali in campi, come la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari, riservati alle competenze regionali.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

Riuniti i giudizi, dichiara l'illegittimità costituzionale dei seguenti articoli del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421):

artt. 3, sesto comma (prima e decima proposizione) e 4, ottavo comma (terza proposizione) nella parte in cui prevedono che le competenze ivi stabilite siano esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione;

art. 3, sesto e dodicesimo comma, nella parte in cui prevede che i poteri sostitutivi ivi previsti siano esercitati dal Ministro della sanità anziché dal Consiglio dei ministri, previa diffida;

art. 4, terzo comma, nella parte in cui definisce come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università medesima; art. 8, quarto comma; art. 13, primo comma, nella parte in cui, nello stabilire l'esonero immediato e totale dello Stato da interventi finanziari volti a far fronte ai disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non prevede una adeguata disciplina diretta a rendere graduale il passaggio e la messa a regime del sistema di finanziamento previsto nello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992;

Dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 sollevata, con i ricorsi indicati in epigrafe, dalla Regione Valle d'Aosta, in riferimento agli artt. 32 e 38 della Costituzione e, dalle Regioni a statuto ordinario, in riferimento all'art. 32 della Costituzione;

Dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992, sollevata, con i ricorsi indicati in epigrafe, da tutte le ricorrenti, in riferimento, per la Regione Valle d'Aosta, agli artt. 76, 77 e 116 della Costituzione nonché agli artt. 2, 3 e 4 del proprio Statuto, e, per le altre regioni ricorrenti, agli artt. 76, 77, 117 e 118 della Costituzione;

Dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'intero decreto legislativo n. 502 del 1992, sollevata dalle Regioni a statuto ordinario ricorrenti, con i ricorsi indicati in epigrafe, in riferimento agli artt. 76 e 77 della Costituzione;

Dichiara non fondate, in riferimento, per la Regione Valle d'Aosta, agli artt. 76, 77, 116 della Costituzione e 2, 3 e 4 del proprio Statuto, e, per le Regioni a statuto ordinario ricorrenti, in riferimento agli artt. 76, 77, 117, 118 e 119 della Costituzione, le questioni di legittimità costituzionale sollevate, con i ricorsi indicati in epigrafe, avverso le seguenti disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992: art. 1 (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 3, sesto comma (questione sollevata dalle Regioni a statuto ordinario); art. 4, primo comma (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 4, decimo comma (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 6, primo, terzo e quarto comma (questione sollevata dalle Regioni a statuto ordinario); art. 7, primo comma (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 7, quarto comma (questione sollevata dalle Regioni a statuto ordinario); art. 8, quinto e sesto comma (questione sollevata dalle Regioni a statuto ordinario); art. 9 (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 10, terzo comma (questione sollevata da tutte le ricorrenti); art. 10, quarto comma (questione sollevata dalla Regione Valle d'Aosta); art. 14, primo e secondo comma (questione sollevata dalle Regioni a statuto ordinario);

Dichiara manifestamente infondate le questioni di legittimità costituzionale dei seguenti articoli del decreto legislativo n. 502 del 1992: art. 1, sollevata dalla Regione Valle d'Aosta, nella parte in cui prevede procedure di formazione del piano sanitario nazionale identiche per le regioni a statuto ordinario e per quelle ad autonomia speciale, in riferimento all'art. 116 della Costituzione e agli artt. 2 (lettera a), 3 (lettera h, i ed l) e 4 del proprio Statuto speciale; art. 1, terzo comma, lettera e), sollevata dalla Regione Valle d'Aosta, in riferimento all'art. 116 della Costituzione e all'art. 4 del proprio Statuto speciale; art. 8, nella parte in cui prevede nuove norme per l'erogazione delle prestazioni assistenziali in regime di convenzione, sollevata dalla Regione Valle d'Aosta, in riferimento agli artt. 76 e 77 della Costituzione; art. 12, secondo comma, numero 2, sollevata dalle Regioni a statuto ordinario, con i ricorsi indicati in epigrafe, in riferimento agli artt. 117 e 118 della Costituzione.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, l'11 giugno 1993. Il Presidente: CASAVOLA Il

Il Presidente: CASAVOLA

Il redattore: BALDASSARRE

Il cancelliere: DI PAOLA

Depositata in cancelleria il 28 luglio 1993.

Il direttore della cancelleria: DI PAOLA

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.