

FRANCO BASSANINI

VALERIO ONIDA

PROBLEMI DI DIRITTO REGIONALE

II

TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI

E ATTUAZIONE DELL'ORDINAMENTO REGIONALE

NOTE E PARERI



MILANO - DOTT. A. GIUFFRÈ EDITORE - 1971

TUTTE LE COPIE DEVONO ESSERE TIMBRATE DALLA S.I.A.E.

TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI

(1971) Soc. Tip. « Multa Paucis » - 21100 Varese, Via G. Gozzi, 29

PREMESSA

Vengono pubblicati nel presente volume alcuni pareri, note e relazioni, per lo più redatti per conto di organi statali o regionali, e concernenti alcuni dei problemi giuridici di più rilevante interesse pratico presentatisi negli ultimi mesi in relazione all'attuazione dell'ordinamento regionale.

Si tratta di scritti in cui l'intento essenzialmente pratico — che peraltro non prescinde ovviamente da una precisa visione sistematica dei rapporti tra Stato e Regioni — esclude una approfondita analisi scientifica dei problemi affrontati. Ci è sembrato tuttavia che la loro pubblicazione possa avere ugualmente qualche interesse, sia perché si tratta di problemi tuttora largamente aperti e parzialmente nuovi, anche rispetto allo stato dell'elaborazione scientifica e giurisprudenziale del diritto regionale; sia perché, nell'attuale fase « fluida » o « costituente » dei rapporti fra Stato e Regioni, nella quale, in un arco di tempo relativamente breve, verranno adottate decisioni destinate a fissare alcuni lineamenti fondamentali dell'ordinamento regionale, l'attendere ad ulteriori approfondimenti e rielaborazioni avrebbe comportato in molti casi la rinuncia ad offrire tempestivamente materiali e spunti di riflessione che appunto a questa fase di transizione si ispirano e in relazione ad essa sono stati utilizzati.

Ci è parso per questo che la pubblicazione potesse essere utile, non solo e non tanto agli studiosi della materia, quanto agli operatori politici e tecnico-legislativi, che si trovano ad affrontare questi o analoghi problemi, e agli studenti che si accostano allo studio del diritto regionale; da quest'ultimo punto di vista, gli scritti qui pubblicati ci sembrano poter svolgere la funzione di una raccolta di « casi » (per quanto parziale e abbastanza disorganica), che potrebbe utilmente integrare lo studio teorico e sistematico della materia.

Dato il carattere degli scritti e l'intento della pubblicazione, si sono lasciati praticamente invariati i testi originari, nei quali, ovviamente, è assente ogni preoccupazione di apparato bibliografico. Le citazioni dottrinali e giurisprudenziali sono quindi del tutto omesse

o ridotte al minimo. Nel rivedere i testi per la pubblicazione, sono stati aggiunti in nota alcuni essenziali richiami in relazione ad eventi legislativi o giurisprudenziali successivi alla data di ogni scritto.

Per le stesse ragioni si è indicata la data di ciascuno scritto, e si è ommesso ogni coordinamento fra di essi (salvo qualche rinvio dall'uno all'altro): il che spiega anche le numerose ripetizioni, da uno scritto all'altro, dei medesimi concetti.

Dato il carattere non sistematico della raccolta, l'ordine in cui gli scritti sono pubblicati non risponde ad una logica rigorosa; si è preferito tuttavia non seguire un mero ordine cronologico, bensì raggruppare gli scritti in relazione al tipo di problemi affrontati; problemi relativi alla legislazione statale in tema di Regioni, alla ripartizione di funzioni tra Stato e Regioni, con particolare riguardo al trasferimento delle funzioni amministrative, alla applicazione dello statuto speciale della Valle d'Aosta con profili per lo più estensibili anche ad altre Regioni a statuto speciale.

Teniamo a ringraziare il Ministro del Lavoro Carlo Donat Cattin, il Ministro per l'attuazione delle Regioni Eugenio Gatto, il Presidente della Giunta regionale lombarda Piero Bassetti, il Vicepresidente della stessa Giunta Renato Tacconi, il Presidente della Giunta regionale della Valle d'Aosta Cesare Dujany, l'assessore alla sanità della Valle d'Aosta Carlo Benzo, l'assessore all'istruzione della Valle d'Aosta Ferruccio Lustrissy, i quali hanno cortesemente consentito la pubblicazione di pareri redatti per loro incarico.

Desideriamo inoltre anche qui ringraziare il prof. Leopoldo Elia ed il prof. Giuliano Amato, con i quali abbiamo ripetutamente discusso varie tra le questioni qui trattate, e dai quali abbiamo ricevuto un aiuto prezioso nell'individuazione di problemi e soluzioni.

Milano, maggio 1971

F.B. - V.O.

1.

NOTE SULL'IMPUGNAZIONE DA PARTE DELLE REGIONI DI LEGGI STATALI GIÀ IN VIGORE AL MOMENTO DELLA COSTITUZIONE DEGLI ORGANI REGIONALI (*)

SOMMARIO: 1. Ammissibilità dell'impugnazione e termini per la medesima. — 2. Oggetto dell'impugnazione (leggi statali lesive della competenza regionale): A) legge sulla costituzione ed il funzionamento degli organi regionali e legge sulla finanza regionale. — 3. Oggetto dell'impugnazione: B) leggi cornice già emanate (la legge ospedaliera). — 4. Oggetto dell'impugnazione: C) leggi statali disciplinanti materie di competenza regionale ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. — 5. Elementi per una valutazione dell'opportunità della impugnazione; altri rimedi esperibili dalle Regioni. — 6. Modalità procedurali per l'impugnazione. — 7. Intervento della Regione nel giudizio promosso in via principale da altra Regione.

1. Ammissibilità dell'impugnazione e termini per la medesima.

1. — Le norme disciplinanti la materia sono: l'articolo 2 della legge costituzionale 9 febbraio 1948 n. 1 (« quando una Regione ritenga che una legge od atto avente forza di legge della Repubblica invada la sfera della competenza ad essa assegnata dalla Costituzione, può, con deliberazione della Giunta Regionale, promuovere l'azione di legittimità costituzionale davanti alla Corte, *nel termine di 30 giorni dalla pubblicazione della legge o dell'atto avente forza di legge* »), e l'articolo 32 della legge 11 marzo 1953 n. 87 (« la questione della legittimità costituzionale di una legge o di un atto avente forza di legge dello Stato può essere promossa dalla Regione che ritiene dalla legge o dall'atto invasa la sfera della competenza assegnata alla Regione stessa dalla Costituzione e da leggi costituzionali. La questione di legittimità, previa deliberazione della Giunta Regionale, è promossa dal Presidente della Giunta mediante ricorso diretto alla Corte Costituzionale e notificato al Presidente del Con-

(*) Il presente scritto è stato redatto per incarico del Comitato Regionale per la Programmazione Economica della Lombardia.

nico-scientifici, applicazione che può essere fatta da parte di organi dell'amministrazione statale (Ministero della sanità).

Tali parametri possono essere posti in collegamento con gli obiettivi del programma sanitario nazionale, e con gli *standards* qualitativi dei servizi e delle prestazioni in esso indicati, tenuto conto anche del livello attuale delle prestazioni cui gli assistiti hanno diritto.

11. — Nel caso che le Regioni non provvedano all'istituzione degli organi sanitari regionali nei termini previsti, è possibile — non costituendosi effettivamente la competenza regionale fino all'esercizio in fatto della competenza stessa — prevedere l'istituzione di appositi servizi sanitari a competenza o dimensione regionali, dipendenti dal Ministero della sanità, e destinati a funzionare finché le Regioni non provvedano. Ad essi potrebbero essere trasferiti funzioni, uffici e patrimoni degli enti mutualistici, alla scadenza prevista per gli analoghi trasferimenti agli organi sanitari regionali nelle Regioni che invece avranno provveduto.

Occorrerebbe prevedere apposite norme sull'organizzazione di questi servizi sanitari transitori, utilizzando eventualmente le articolazioni periferiche dei servizi oggi esistenti ovvero prevedendo nuove strutture organizzative.

(9 settembre 1970)

VI

STATO E REGIONI NELLA RIFORMA SANITARIA (*)

SOMMARIO: 1. Connessione tra riforma sanitaria e attuazione dell'ordinamento regionale. — 2. Necessità di una legge cornice in materia sanitaria. — 3. La legge ospedaliera del 1968 come legge cornice: i dubbi sulla legittimità costituzionale di talune sue disposizioni. — 4. Esclusività della competenza amministrativa regionale nelle materie elencate nell'art. 117 Cost. — 5. L'articolo 17 della legge sulla finanza regionale e gli strumenti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni. — 6. Identificazione della materia di competenza regionale nell'ambito della sanità pubblica. — 7. Le competenze regionali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. — 8. Ammissibilità di norme statali di principio sull'organizzazione del servizio sanitario regionale. — 9. L'organizzazione del servizio sanitario e le unità sanitarie locali: inadeguatezza delle strutture comunali e provinciali. — 10. (*segue*): la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dai principi costituzionali sui rapporti tra Regioni ed enti locali. — 11. (*segue*): la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dal regime costituzionale dei controlli sugli enti locali. — 12. (*segue*): la configurazione delle unità sanitarie locali come Consorzi di Comuni: critica. — 13. (*segue*): la configurazione delle unità sanitarie locali come organi periferici della Regione. — 14. Il finanziamento del servizio sanitario e il « fondo sanitario nazionale ».

1. Connessione tra riforma sanitaria e attuazione dell'ordinamento regionale.

Il settore della sanità è uno di quelli nei quali appare più evidente e più stretta la connessione tra attuazione dell'ordinamento regionale ed esigenze di radicale e organica riforma della legisla-

(*) Il presente scritto riprende, con qualche maggiore estensione, la sostanza di una relazione presentata il 5 marzo 1971 al Convegno organizzato a Ferrara dalla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università e dall'Istituto di applicazione forense, su problemi inerenti all'attuazione delle Regioni; e verrà incluso negli atti del Convegno medesimo. Esso viene altresì pubblicato sulla Rivista *Problemi della sicurezza sociale*.

zione vigente, connessione in qualche modo prevista e sancita già dal costituente (come appare dalla IX disposizione transitoria e finale della Costituzione) e in parte emersa nei lavori preparatori della medesima.

È facilmente dimostrabile, infatti, che, come in altre materie, così in questa, non è pensabile, nel quadro costituzionale vigente, una vera riforma che prescindendo dal trasferimento alle Regioni delle funzioni loro proprie e dal loro effettivo esercizio; e che d'altra parte non sarebbe possibile attuare tale trasferimento senza incidere profondamente sugli stessi principi basilari del sistema legislativo in vigore, cioè senza fare una vera riforma sanitaria.

Che sia vera la prima proposizione (la riforma richiede l'attuazione dell'ordinamento regionale) risulta da varie considerazioni, che basterà qui accennare. In primo luogo, il trasferimento alle Regioni delle funzioni loro spettanti in materia di « assistenza sanitaria e ospedaliera », pone il legislatore di fronte alla necessità di intervenire comunque nel settore: ne risulta uno stimolo politico specifico ad affrontare in termini di nuova legislazione, quindi di riforma, il settore della sanità.

In secondo luogo, non v'è dubbio che un sistema sanitario, specie se basato — secondo le tendenze ormai prevalenti anche in Italia — su di un diritto di natura pubblica, riconosciuto a tutti i cittadini, a ricevere le prestazioni sanitarie di cui abbiano bisogno, deve da un lato articolarsi capillarmente sul territorio nazionale, dall'altro lato fruire di livelli di coordinamento intermedi, inferiori al livello nazionale, ma abbastanza comprensivi, quale può essere proprio il livello regionale.

In terzo luogo, l'esigenza di dar vita ad un servizio sanitario, non solo efficiente, ma altresì controllato democraticamente dalla collettività, richiama la necessità di una organizzazione non meramente burocratica, con un unico e lontano vertice politico, quale sarebbe un sistema a governo totalmente centralizzato, ma in cui anche a livelli inferiori siano individuabili delle precise responsabilità politiche. Di qui, ancora una volta, emerge il ruolo della Regione come ente politico, rappresentativo della collettività regionale, in grado di esprimere ed attuare un indirizzo politico, e di promuovere più efficacemente forme di partecipazione e di controllo « dal basso ».

D'altra parte, è decisivo considerare che, volendo oggi il legislatore statale intervenire a modificare i principi vigenti nella materia dell'assistenza sanitaria, non può ormai farlo — data la competenza attribuita in materia alle Regioni dalla Costituzione — che ponendo in essere una legge cornice, cioè dettando principi fondamentali il cui svolgimento spetterà poi ai legislatori regionali.

Ma, se non è pensabile una riforma che prescindendo dalle Regioni e dal loro ruolo determinante nel settore, è vero anche l'inverso. Come si è accennato, non sarebbe possibile attuare in questo campo l'ordinamento regionale senza fare una incisiva riforma del settore. La struttura dell'assistenza sanitaria pubblica si basa oggi, infatti, come è noto, essenzialmente sul sistema mutualistico, concentrato intorno a diversi enti pubblici a carattere nazionale, diviso non già (o non principalmente) per zone territoriali bensì per categorie di assistiti, con diversità anche notevoli di prestazioni, di situazioni giuridiche, di rapporti con i mutuati; fondato inoltre, per l'aspetto finanziario, su una contribuzione di tipo parafiscale, strettamente legata agli enti sanitari nazionali che ne curano la gestione, e necessariamente governata a livello nazionale.

Ora, è del tutto evidente che un sistema di questo genere non è, come tale, in nessun modo « regionalizzabile ». Non è regionalizzabile la struttura degli enti mutualistici; non è regionalizzabile il sistema contributivo e quindi una parte, oggi prevalente, del finanziamento dell'assistenza.

Il trasferimento alle Regioni delle funzioni legislative e amministrative nella materia esige dunque necessariamente il superamento del vigente sistema mutualistico, la soppressione degli enti nazionali che ne costituiscono la struttura portante, il mutamento degli stessi principi che reggono le prestazioni pubbliche di assistenza sanitaria ai cittadini.

Del resto i principi che reggono il sistema vigente sono, per riconoscimento ormai unanime, superati. Un moderno servizio sanitario deve basarsi, per comune riconoscimento, non già sul principio della mutualità e quindi di una tal quale corrispettività tra prestazioni e contributi (che comporta l'organizzazione del settore per categorie di assistiti e per tipi di contribuzioni e di prestazioni), ma sul principio del diritto, eguale per tutti i cittadini, di ricevere gratuitamente le prestazioni sanitarie a cura di un apparato gestito dai pubblici poteri.

2. *Necessità di una legge cornice in materia sanitaria.*

Legge di riforma sanitaria e legge cornice in materia sanitaria non possono, dunque, che costituire un unico e non scindibile impegno di intervento del legislatore statale nella materia.

Ciò vale, si noti, quale che sia l'interpretazione che si adotti dell'art. 117 Cost.: sia cioè che si ritenga necessaria in generale la emanazione di un'apposita legge cornice nelle materie nelle quali si ritenga opportuno vincolare il legislatore regionale al rispetto di determinati principi fondamentali, unitariamente imposti a tutte le Regioni (e tra queste materie vi è sicuramente l'assistenza sanitaria e ospedaliera) (1), sia che invece si ritenga valida l'interpretazione accolta nell'art. 17 della legge sulla finanza regionale (legge 16 maggio 1970 n. 281), secondo cui le Regioni legifereranno, dopo la emanazione dei decreti di trasferimento delle funzioni amministrative o comunque trascorso un biennio, attenendosi, in mancanza di leggi cornice, ai principi desunti per via di interpretazione dalla legislazione statale vigente nella materia, a principi determinati, in altre parole, caso per caso ad opera dell'interprete, e cioè ad opera del legislatore regionale, e, in ultima analisi, della Corte costituzionale, in sede di controllo sulla costituzionalità delle leggi regionali (2).

A nostro avviso, la prima è l'interpretazione più corretta. La determinazione dei principi, come operazione essenzialmente politica (3), spetta al Parlamento, come si ricava dalla stessa formulazione letterale dell'art. 117 Cost., che non contiene soltanto un'attribuzione di competenza al legislatore statale (né tanto meno sol-

(1) Questa interpretazione era stata sostanzialmente accolta dal legislatore con l'art. 9 della legge 10 febbraio 1953, n. 62 (legge Scelba), poi sostituito dall'ultimo comma dell'art. 17 della legge n. 281 del 1970.

(2) Il sistema previsto dall'art. 17 della legge finanziaria — a differenza di quello sostenuto nel testo — non favorisce la modifica e l'aggiornamento dei principi, non sollecita il legislatore statale ad attivarsi, anzi gli può offrire pretesti per rinviare *sine die* riforme-quadro in materie che, in ultima analisi, rientrano ormai nella sfera di competenza e di responsabilità politica delle Regioni, pur senza che esse abbiano il potere di modificare i principi della legislazione disciplinante la materia stessa.

(3) Rinviamo a BASSANINI, *L'attuazione delle regioni*, rist., Firenze 1970, 262 ss., e indicazioni ivi riportate.

tanto una norma disciplinante genericamente i rapporti tra i due ordinamenti), ma la prescrizione di un modo di disciplina del coordinamento tra Stato e regioni e della garanzia degli interessi unitari indicati nell'art. 5, modo di disciplina consistente nell'esplicita prefissione dei principi, non già — di norma — in una loro ricostruzione per opera dell'interprete o del giudice e per via di astrazione sulla base della legislazione vigente. La stessa interpretazione ha l'appoggio dei lavori preparatori, ed è confermata dal confronto con la IX disp. trans., disposizione prevista — come pure emerge dai lavori preparatori — anche per dare al legislatore statale un congruo termine per l'approvazione delle leggi cornice, nel presupposto che i principi fondamentali non potessero dedursi dalla legislazione vigente (4). E ciò è pienamente coerente con il sistema che si ricava anche dall'art. 127 della Costituzione, che affida e riserva al Parlamento il compito di valutare l'esistenza di interessi nazionali non canonizzati in norme di principio, ma tali da prevalere egualmente — a giudizio del Parlamento stesso — sulle esigenze dell'autonomia regionale.

Nel sistema costituzionale, dunque, le Regioni dovrebbero ritenersi vincolate ai soli principi fondamentali esplicitamente dettati a tale scopo dal legislatore statale.

I principi fondamentali vincolanti la legislazione regionale dovrebbero essere esclusivamente quelli codificati in leggi cornice. Un vincolo a principi fondamentali desunti per via di interpretazione dalla legislazione vigente si può ammettere solo nel periodo transitorio susseguente la costituzione degli organi regionali, in forza della IX disposizione transitoria e finale della Costituzione che, interpreta in connessione con l'VIII, concede un termine biennale per l'adeguamento della legislazione statale alle esigenze della « competenza legislativa attribuita alle Regioni », e quindi per l'attuazione della *normale* forma di coordinamento tra legislazione statale e legislazione regionale, con l'emanazione delle leggi cornice.

Se si accogliesse l'interpretazione qui richiamata (e per la cui compiuta dimostrazione si deve rinviare a quanto esposto in altra

(4) *Atti Ass. Cost.*, A.P., 2889 ss., 4526, 4536, 5329, 5371, 5426; cfr. anche MIELE, *La regione*, in *Comm. sist. alla Cost. it.* (Calamandrei-Levi), Firenze 1950, 302; PALADIN, *La potestà legislativa regionale*, Padova 1958, 147 s.; CRISAFULLI, *La legge regionale nel sistema delle fonti*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1960, 284.

sede [5]), risulterebbe evidente le necessità di emanare una legge cornice in materia sanitaria per garantire l'organizzazione del sistema sanitario su nuove basi e vincolare le Regioni al rispetto e allo svolgimento dei nuovi principi: in caso contrario, infatti, queste ultime potrebbero legiferare senza vincolo di principi specifici della materia, e sarebbe praticamente impossibile attendersi dalla legislazione regionale la fondazione di un sistema sanitario fondato su principi uniformi ed operanti su tutto il territorio nazionale.

Ma ancor più evidente risulta la necessità della legge cornice se si muove dall'interpretazione dell'art. 117 Cost. che è stata accolta nell'art. 17 della legge sulla finanza regionale (6). In questo caso, infatti, dare il via alla legislazione regionale senza previamente modificare i principi base della legislazione statale vigente in materia significherebbe costringere le Regioni ad attenersi a principi che lo Stato stesso ormai dimostra di ritenere superati, e che andrebbero comunque modificati radicalmente anche a prescindere dal trasferimento alle Regioni della competenza in materia.

3. *La legge ospedaliera del 1968 come legge cornice: i dubbi sulla legittimità costituzionale di talune sue disposizioni.*

Del resto, per una parte almeno della materia sanitaria, e cioè per l'assistenza ospedaliera, già il legislatore — prima ancora (ma in vista) dell'istituzione delle Regioni a statuto ordinario — aveva ritenuto necessario procedere all'emanazione di una legge cornice.

Tale è indubbiamente, infatti, la legge 12 febbraio 1968 n. 132, recante norme su « enti ospedalieri e assistenza ospedaliera ».

Come è noto, essa è stata tuttavia vivacemente criticata, non senza ragione, proprio sotto il profilo della compressione dell'autonomia costituzionale delle Regioni, operata da troppe sue disposizioni (7).

(5) V. BASSANINI, *L'attuazione delle Regioni*, cit., 216 ss., 260 ss.

(6) ... e sostanzialmente avallata dalla Corte Costituzionale nella sentenza 4 marzo 1971 n. 39 (vedila ora in *Foro amm.*, 1971, I, 1, 3).

(7) Cfr., oltre alla relazione del Benvenuti cit. in nota seguente, p. es.: BASSI, *La pianificazione ospedaliera*, in *Annali di studi giur. econ. e statist. su L'azienda pubbl. osped.*, 1968, I, 37 ss.; PASTORI, *Le strutture della programma-*

Da un lato essa disciplina solo una parte della materia, lasciando immutato il settore dell'assistenza sanitaria non ospedaliera, e tutto il sistema mutualistico, finendo così per non risolvere adeguatamente gli stessi problemi dell'assistenza ospedaliera. Dall'altro lato, essa non solo detta per alcuni settori della materia una disciplina dettagliata ed articolata, andando ben oltre la mera determinazione di principi fondamentali da osservarsi da parte del legislatore regionale nel disciplinare la materia (8), ma vincola il legislatore regionale medesimo ad uniformarsi, nell'elaborazione e approvazione del piano regionale ospedaliero « alle scelte del programma economico nazionale nonché ai principi della legge (statale) di programma » in materia ospedaliera (artt. 29, 2° comma, e 26, legge cit.), e per altro verso riserva allo Stato o ad organi dell'amministrazione statale alcune funzioni amministrative (artt. 1, 2° comma, 12, 15, 16, 18, 27, 29, 50, 51, 52, 53, legge cit.) e un generale potere di intervento finanziario diretto, sia pure a titolo integrativo di quello regionale (artt. 26, 2° comma, 27, 2° comma, 33, 2° comma, legge cit.).

Con ciò, da un lato si provvede a *ritagliare* inammissibilmente la materia di competenza legislativa e amministrativa regionale, sottraendone alla Regione cospicui settori (come quello relativo alle case di cura private o di enti ecclesiastici: artt. 1, 2° comma, 18, 51 ss., legge cit.), negando alla Regione la competenza ad una programmazione unitaria del settore ma consentendole solo di programmare « i propri interventi nel settore » (art. 29, 1° comma), riducendo la sua potestà legislativa a mera potestà regolamentare, insomma — come è stato detto — « sclassificandola ad ente ausiliare dello Stato, che o emana regolamenti o emette proposte ... un comune o una provincia ingranditi, ... non un ente di indirizzo, pro-

zione ospedaliera reg., ivi, 97 ss.; BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 195 ss. Cfr. anche, in senso dubitativo, BASSI, *La programmazione ospedaliera*, in *Gli ospedali: aspetti giuridico-amministrativi*, Milano 1970, 1-28; e LEVI F., *Il piano nazionale ospedaliero*, in *Annali*, cit., I, 91-2. *

(8) V. p. es. gli artt. 9-14, 36 e segg., 40 e segg. legge cit. E cfr., oltre agli AA. cit. in nota precedente: CASSESE S., *Il consiglio di amministraz. dell'ente osped.*, in *Annali su L'azienda pubbl. osped.*, 1968, II, 39. V. anche COSÌ, *Sul ruolo del Parlamento nell'approvaz. di leggi di piano*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1967, 1092-3. Nel senso della costituzionalità delle ricordate disposizioni della legge n. 132, invece, G. ROEHRSSSEN, *L'assetto degli enti ospedalieri*, in *Riv. amm.*, 1970, 100 (su cui v., per osservazioni critiche, BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 196).

grammazione e controllo » (9). Dall'altro, si viene ad affermare il potere dello Stato di procedere ad una programmazione di settore (legge statale di programma ospedaliero: art. 26 legge cit.; piano nazionale ospedaliero: art. 27 legge cit.) nelle materie di competenza legislativa e amministrativa regionale, ed anche di provvedere ad integrare con propri interventi gli interventi regionali nel settore, dedicando a ciò appositi mezzi finanziari, e creando una macchinosa costruzione, fondata sulla duplicità degli interventi e sulla duplicità della pianificazione, sulla sovrapposizione e quindi sulla confusione dei poteri direzionali e delle responsabilità, costruzione in cui la Regione è pur sempre considerata secondo l'ottica del sistema binario, quale ente locale provvisto di compiti aggiuntivi a quelli dello Stato o di compiti di « integrazione dell'attività dello Stato » (10), ma non di compiti sostitutivi.

Il contrasto tra la configurazione dei rapporti tra Stato e regione delineata dalla legge ospedaliera e il disegno costituzionale dei rapporti medesimi emerge così evidente da non richiedere ulteriori illustrazioni.

Notevoli dubbi di costituzionalità suscitano in particolare, gli artt. 40 e segg. della legge ospedaliera, che, dettati alcuni « principi e criteri direttivi » (dei quali qualcuno potrebbe essere già di per sé criticato sotto il profilo dell'« eccesso di specificazione » del principio), delegano il Governo ad emanare decreti legislativi per la disciplina di materie che, almeno in parte, rientrano senza alcun dubbio — e sulla base di quanto si ricava dagli artt. 1 e segg. della stessa legge — nell'ambito dell'« assistenza ospedaliera », cioè nell'ambito di una materia nella quale lo Stato non potrebbe — a norma dell'art. 117 Cost. — dettare altro che principi fondamentali, restando riservata alla Regione la normazione di dettaglio, o comunque l'ulteriore specificazione legislativa dei principi medesimi. La delega al Governo di tale ultima attività normativa (a meno

(9) BENVENUTI, *Problemi generali della nuova legge ospedaliera*, in *Annali su La azienda pubblica ospedaliera*, 1968, I, 22-23.

(10) BENVENUTI, *Problemi generali*, cit., 20. Cfr. anche PASTORI, *Le strutture*, cit., 99-100, 103. Sull'inammissibilità di una programmazione statale settoriale nelle materie di competenza istituzionale delle Regioni, cfr. p. es.: PALADIN, *Programmazione economica stat. ed ordinamento reg.*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1967, 25 ss.; MAZZIOTTI, *Note critiche sul d.d.l. contenente norme sulla programmazione normativa*, in *Dir. econ.*, 1968, 65-6; BASSANINI-TOMAI, *Procedure della programmazione, poteri del Parlamento e competenze delle regioni*, Milano 1969, 80-84.

di non considerarla limitata alla determinazione della disciplina valida per il periodo transitorio, fino all'entrata in vigore della legislazione regionale in materia: ma tale non è l'intento della legge come si ricava dal confronto degli artt. 40 e segg. con gli artt. 54 e segg.) finisce necessariamente per tradursi in un'invasione della competenza legislativa ripartita o concorrente delle Regioni, in quanto il Governo dovrebbe necessariamente esercitare una potestà normativa (di svolgimento e specificazione dei principi dettati nella legge di delegazione) che spetta invece alle Regioni (11): si potrebbe infatti, al massimo, considerare la legge di delegazione come legge cornice — salva l'eventuale valutazione della conformità delle singole sue disposizioni con quanto stabilisce l'art. 117, princ., Cost., sulla funzione e, implicitamente, sui limiti delle leggi cornice — accostando e cercando di assimilare i « principi e criteri direttivi » di cui all'art. 76 Cost. ai « principi fondamentali delle leggi dello Stato » di cui all'art. 117 Cost. Ma neppure questo sembra ammissibile, perchè, da un lato, ciò sarebbe in contrasto con il fine ed il contenuto tipico della legge di delegazione, che, rivolgendosi al Governo per investirlo del compito di dettare le norme di svolgimento dei principi, non consente questa sorta di « conversione » della medesima legge di delegazione in legge cornice; dall'altro lato, è stato notato esattamente come « la funzione della legge di delegazione sia assai più penetrante e determinante, rispetto alla legge delegata, di quanto non lo sia la funzione della legge cornice rispetto alla legge regionale, in quanto la prima, a differenza della seconda, non pone solo alcuni principi, ma li pone — e li deve porre — tutti, e determina le puntuali ed esclusive finalità politiche e normative che con la disciplina della materia, risultante dalle norme poste dalle Camere e dal Governo, debbono essere perseguite » (12). Resta in ogni caso — ed, anzi *a fortiori* — dimostrata l'impossibilità di delegare, determinandone ai sensi dell'art. 76 Cost. i « principi e criteri direttivi », un'attività legislativa limitata alla mera determinazione di « principi fondamentali », di delegare cioè al Governo la emanazione delle leggi cornice relative ad una delle materie enumerate nell'art. 117 Cost. ovvero ad una delle parti o settori od

(11) V. BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 199-200.

(12) CUOCOLO, *Le leggi cornice nei rapporti fra Stato e regioni*, Milano 1967, 149-151. E v. già MORTATI, *Sui limiti della delegazione legislativa*, in *Jus*, 1952, 222.

aspetti delle materie medesime (13): che è quanto invece viene, per l'appunto, disposto con l'art. 40 della legge ospedaliera.

4. *Esclusività della competenza amministrativa regionale nelle materie elencate nell'art. 117 Cost.*

Prima di procedere ad esaminare, specificamente, i problemi relativi alla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria, occorre premettere ancora alcuni chiarimenti generali relativi alla ripartizione delle competenze amministrative e al trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni.

Il primo comma dell'art. 118 Cost. comporta il totale trasferimento alle Regioni delle competenze amministrative nelle materie elencate nell'art. 117. La competenza amministrativa delle Regioni è in queste materie *esclusiva*: cioè l'intera e diretta responsabilità dell'attività amministrativa relativa alle materie in questione spetta in via esclusiva alle Regioni, nell'ambito del territorio regionale, limitandosi l'intervento dello Stato al controllo di legittimità e di merito previsto dall'art. 125, 1° comma, della Costituzione ed al sindacato giurisdizionale operato per mezzo della Corte costituzionale ai sensi dell'art. 134 Cost. e dell'art. 39 della legge n. 87 del 1953 (14).

Infatti ai sensi dell'art. 118 Cost. spettano alla Regione le funzioni amministrative nelle materie in questione, cioè — è da ritenersi — *tutte* le funzioni, e non soltanto alcune di esse; nè argomento in contrario potrebbe ricavarsi dalla VIII disp. trans. Cost. (ai cui sensi « leggi della Repubblica regolano per ogni ramo dell'amministrazione il passaggio delle funzioni statali attribuite alle Regioni »), che anzi conferma l'interpretazione qui sostenuta; dal testo di tale disposizione risulta infatti chiaramente che alle leggi sul trasferimento delle funzioni non spetta determinare quali funzioni amministrative siano da trasferire alle Regioni, ma il meno esteso compito di disciplinare le modalità e le forme del trasferimento dallo Stato alle Regioni delle funzioni già « attribuite » a

(13) V. in questo senso già: BARTHOLINI, *I rapporti fra i supremi organi regionali*, Padova 1961, 340 ss.

(14) V. BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 56-66, e indicazioni bibl. ivi riportate.

queste ultime dal combinato disposto degli artt. 118 e 117 della Costituzione.

Mentre per la competenza legislativa delle Regioni a statuto ordinario si parla di competenza « concorrente » o « ripartita » in vista del fatto che l'art. 117 princ., della Costituzione prevede una sorta di ripartizione verticale di competenza tra Stato e Regioni (per la quale nelle materie in esso enumerate al legislatore statale spetta la determinazione dei principi fondamentali e al legislatore regionale la definizione della disciplina normativa di dettaglio), viceversa per l'esercizio della potestà amministrativa non è previsto nulla di analogo: oggetto del disposto dell'art. 117, princ., è infatti chiaramente ed esclusivamente la delimitazione della competenza legislativa regionale, mentre la perentoria formula con la quale l'art. 118¹ attribuisce alla Regione la potestà amministrativa nelle materie enumerate esclude la possibilità di un'estensione per analogia del limite previsto per l'esercizio della potestà legislativa e concretandosi nell'accennata ripartizione verticale di competenza legislativa nelle materie stesse tra lo Stato e la Regione. Casomai di una ripartizione verticale di competenze amministrative in qualche modo analoga a quella prevista per le competenze legislative dall'articolo 117 Cost. si potrà parlare con riferimento ai rapporti tra Regione ed enti locali intraregionali non già con riferimento ai rapporti tra Stato e Regione (cfr. art. 118, 3° comma Cost.).

È vero che una ripartizione o una « concorrenza » di competenze amministrative tra Stato e Regione nella stessa materia non è astrattamente inconcepibile, ma anzi è prevista dall'art. 118, 2° comma, Cost., in connessione con l'art. 121, in relazione alle funzioni amministrative delegate alle Regioni (che, come esplicitamente dice l'art. 118², sono « altre funzioni amministrative », cioè relative a materie diverse da quelle elencate nell'art. 117); in tal caso restano allo Stato poteri di alta amministrazione, ossia di direzione, indirizzo, impulso e coordinamento, mentre alla Regione sono attribuiti poteri esecutivi in senso lato, cioè poteri di gestione amministrativa.

Pertanto una siffatta ripartizione di competenze non è affatto prevista per le competenze amministrative proprie delle Regioni (articolo 118¹): anzi è esclusa chiaramente proprio dal confronto tra il 1° comma dell'art. 118 da un lato, il 2° comma dello stesso articolo e l'ultimo comma dell'art. 121, dall'altro lato. Infatti, prevedendo le due ultime disposizioni ricordate la riserva allo Stato

di funzioni di direzione, in relazione alle funzioni delegate, se ne deduce a contrario che tale riserva è inammissibile nel caso di funzioni amministrative proprie delle Regioni.

Altrimenti la distinzione tra le funzioni amministrative istituzionalmente attribuite alle Regioni e le « altre » funzioni amministrative eventualmente delegate dalla legge statale verrebbe a scomparire o a risolversi nel solo elemento formale della fonte (costituzionale o legislativa) dell'attribuzione della competenza (ovvero — il che peraltro è, nel caso, cosa identica — al solo elemento del carattere istituzionale e necessario, o derivato ed eventuale dell'attribuzione di competenza in questione). Ma tale riduzione non può essere accettata; non solo perchè essa non tiene sufficiente conto della netta contrapposizione terminologica tra « spettanza » di funzioni proprie, di cui al 1° comma dell'art. 118, e « delegazione all'esercizio di funzioni » statali, di cui al 2° comma; ma anche per decisivi argomenti di ordine sistematico: in primo luogo quello fornito dal già ricordato art. 121, ultimo comma, della Costituzione (per il quale il Presidente della Giunta, nel dirigere « le funzioni amministrative delegate dallo Stato alla Regione » deve « conformarsi alle istruzioni del Governo centrale », mentre nessun obbligo di conformità ad eventuali direttive governative è previsto dalla Costituzione a carico degli organi amministrativi regionali per quanto attiene alle attività da essi svolte nell'esercizio delle funzioni amministrative non delegate) (15).

Pertanto il limite dei principi fondamentali di cui all'articolo 117 — che riguarda fondamentalmente l'attività legislativa regionale — si riflette bensì anche sull'attività amministrativa delle Regioni, ma solo in quanto, ovviamente, tra i principi (vincolanti per la Regione) che il legislatore statale potrà dettare, o che sono desumibili dalla legislazione statale vigente, ve ne sono e ve ne potranno essere vari diretti a disciplinare l'esercizio dell'attività amministrativa: in particolare lo Stato potrà, nelle leggi cornice, dettare principi relativi all'esercizio dell'attività amministrativa delle Regioni nelle materie di competenza di queste ultime, che queste dovranno osservare in forza del generale principio di legalità della azione amministrativa.

(15) Per più ampie considerazioni, su questa materia, v. il nostro *Note sul trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative svolte dal Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale in materia di addestramento professionale*, in questo volume, pagg. 85 e segg.

In conclusione, il trasferimento delle funzioni amministrative alle Regioni deve riguardare tutte le funzioni oggi svolte dallo Stato nelle materie elencate nell'art. 117. È indifferente, da questo punto di vista, e non incide in alcun modo sull'obbligo del trasferimento o sull'estensione di questo, il fatto che attualmente tali funzioni siano svolte da organi centrali ovvero da organi periferici dell'amministrazione statale; e così pure il fatto che siano svolte direttamente dall'amministrazione statale ovvero da enti pubblici funzionali (quali sono gli enti *mutualistici*). Non è ammissibile infatti che sulla distribuzione costituzionale delle competenze, effettuate secondo un criterio esclusivamente materiale, possano incidere le diverse soluzioni organizzative adottate dal legislatore statale per l'esercizio delle funzioni amministrative. Evidentemente quando la Costituzione fa riferimento a date materie per attribuire le relative funzioni alle Regioni, si devono intendere comprese tutte le attività pubbliche relative alle materie stesse, quale che sia la loro imputazione soggettiva sotto il profilo formale. Quest'ultima potrà avere un'influenza casomai sulla portata e sulle modalità del trasferimento degli uffici (e così per esempio nel caso di uffici periferici dell'amministrazione statale questi potranno essere senz'altro passati alle dipendenze delle Regioni, mentre nel caso di uffici centrali la soluzione dovrà essere necessariamente più complessa): non sul trasferimento *delle funzioni*.

5. *L'art. 17 della legge sulla finanza regionale e gli strumenti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni.*

Non varrebbe obiettare, per contestare il carattere esclusivo della competenza amministrativa regionale, che l'art. 17 della legge sulla finanza regionale (legge 16 maggio 1970 n. 281) prevede che, in sede di trasferimento delle funzioni, restino riservati allo Stato — anche in relazione alle materie enumerate — i poteri relativi alla « funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività delle Regioni che attengono ad esigenze di carattere unitario ».

Tale disposto infatti, per non cadere sotto la censura di incostituzionalità, va sottoposto ad un'interpretazione adeguatrice (16):

(16) Per la necessità di un'interpretazione adeguatrice, in sostanza, si è espressa la sentenza 4 marzo 1971, n. 39, della Corte costituzionale cit. in nota

si deve cioè ritenere che, nelle materie enumerate ed entro i confini delle medesime, la funzione di indirizzo e coordinamento si svolga essenzialmente mediante la posizione legislativa dei principi fondamentali ai sensi dell'art. 117, princ. della Costituzione (cioè mediante leggi cornice e *in primis* mediante la legge di piano); mediante il controllo di merito, per contrasto di interessi, sulle leggi regionali da parte del Parlamento, a norma dell'art. 127 Cost.; mediante la manovra finanziaria ai sensi del 3° comma dell'art. 119 Cost. e degli artt. 9 e 12 della stessa legge finanziaria (fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo, assegnato alle Regioni secondo le indicazioni del programma economico nazionale, e contributi speciali), e mediante direttive o « raccomandazioni », non giuridicamente vincolanti per le Regioni, da deliberarsi presumibilmente (dato l'esplicito riferimento legislativo al carattere « unitario » delle esigenze che esse dovrebbero esprimere e rappresentare) dal Consiglio dei Ministri e, forse, in materia di politica economica, ed alla luce delle funzioni attribuitegli dall'art. 16 della legge n. 48 del 1967, anche dal CIPE (direttive o raccomandazioni che potrebbero in certo modo anticipare il giudizio del Parlamento ai sensi dell'art. 127 Cost., e comunque significare l'intenzione del Governo di sottoporre al giudizio di merito delle Camere ogni legge regionale difforme dalle direttive stesse assicurando così un certo grado di « certezza » nell'esercizio di questo potere governativo, e garantendo inoltre uniformità di trattamento tra le Regioni); nonchè mediante la promozione di accordi o intese di tipo quasi contrattuale, tra le Regioni e tra lo Stato e tra lo Stato e le Regioni, che impegnino i vari contraenti, nell'esercizio delle funzioni ad essi riservate, ad atteggiamenti e comportamenti coordinati con reciproco vantaggio.

Devono invece escludersi soluzioni che prevedano forme di co-gestione amministrativa tra Stato e Regione, o comunque la conservazione in capo ad organi del potere esecutivo statale di poteri di direzione dell'attività amministrativa delle Regioni nelle materie « istituzionalmente » attribuite alla competenza regionale: così per

6. E v. già in precedenza l'o.d.g. approvato dal Senato il 18 dicembre 1970; nonchè la relazione di L. ELIA al Convegno su *La regione nella fase costituente*, pubbl. con il titolo *Regioni e riforma dello Stato*, in *Il popolo*, del 3 novembre 1970; e le nostre *Osservazioni sui rapporti tra Stato e Regioni e sugli aspetti giuridici della riforma sanitaria*, riprodotte retro, paragr. 1.

esempio soluzioni che prevedano l'obbligo del previo concerto tra Regione e organi centrali dello Stato, o il potere del Ministro (ex) competente di emanare direttive vincolanti per l'esercizio delle funzioni della Regione (17).

Gli strumenti di indirizzo e coordinamento dei quali il sistema costituzionale consente l'impiego, e che si sono or ora accennati, appaiono comunque numerosi ed efficaci. In particolare, la manovra finanziaria è consentita allo Stato, dal disposto dell'art. 119 Cost., in termini assai ampi ed efficaci, tali da permettere di identificare in questo la vera chiave di volta del sistema. L'art. 119 della Costituzione consente infatti di ritenere legittime due disposizioni, di fondamentale importanza per il coordinamento tra programmazione nazionale e programmazione regionale, contenute nella legge sulla finanza regionale: quella che permette la manovra, strettamente collegata alla determinazione degli obiettivi globali imposti dalla legge di piano ai programmi regionali, di un fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo (che, a termine della stessa disposizione, deve essere distribuito tra le Regioni « secondo le indicazioni del programma economico nazionale » e « con particolare riguardo alle esigenze di sviluppo del Mezzogiorno »: art. 9 della legge n. 281) (18); e quella che permette la manovra dei contributi speciali di cui all'art. 119 Cost., la cui assegnazione alle Regioni, da effettuarsi con legge, è pure subordinata « alle indicazioni del programma economico nazionale ed ai programmi di sviluppo regionale, con particolare riguardo alle esigenze del Mezzogiorno » (art. 12). L'efficacia di questi strumenti di coordinamento sembra fuori discussione.

Va rilevato del resto che l'efficacia degli strumenti da ultimo accennati è rafforzata dall'impostazione che la legge sulla finanza regionale dà all'intero problema del finanziamento delle Regioni, attribuendo alle Regioni tributi propri e quote di tributi erariali per le « spese necessarie ad adempiere le loro funzioni normali », ai sensi del 2° comma dell'art. 119, che daranno presumibilmente un gettito relativamente basso rispetto alla probabile entità delle stesse

(17) V. più ampiamente BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 256-260.

(18) Si prescinde qui dai dubbi di costituzionalità relativi all'attribuzione al C.I.P.E., ai sensi dello stesso art. 9, della competenza alla determinazione dei criteri di ripartizione annuale del fondo, per cui v. BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 232-3.

spese, così da richiedere l'intervento finanziario speciale dello Stato per il finanziamento di attività regionali in settori specifici. Tale intervento può attuarsi anche mediante la costituzione di appositi « fondi » destinati al finanziamento delle attività regionali nel settore, da ripartirsi tra le Regioni sulla base di opportuni parametri e *standards* di efficienza dell'attività regionale, così da garantire un minimo di proporzione tra erogazione finanziaria e risultati dell'attività finanziata.

Tale impostazione del problema della finanza regionale non sembra offrire il fianco a perplessità di ordine costituzionale, quanto meno con riferimento alle spese di investimento. Sulla base dell'art. 119 Cost. si dovrebbe ritenere infatti che solo per il finanziamento delle spese *correnti* delle Regioni relative all'esercizio di funzioni « proprie » siano previste ed imposte forme di finanziamento costituzionalmente determinate in modo necessario e tassativo (e cioè le forme di finanziamento previste, per l'appunto, dal comma 2° dell'art. 119, e commisurate « ai bisogni delle Regioni per le spese *necessarie* ad adempiere le loro funzioni *normali* »), mentre, per il resto, la generica previsione del comma 1° dell'art. 119 autorizzerebbe il legislatore statale a introdurre forme di finanziamento delle Regioni e di coordinamento tra finanza regionale e finanza statale anche diverse da quelle disciplinate dai successivi commi dello stesso art. 119 (forme di finanziamento per così dire innominate) (19); fermo restando, naturalmente, l'obbligo costituzionale di provvedere mediante l'attribuzione di tributi propri e di quote del gettito di tributi erariali al finanziamento delle spese « correnti » relative alle funzioni « proprie » (non delegate), e di assegnare a singole Regioni ed in particolare alle Regioni meridionali contributi speciali con finalità perequative onde accelerare il superamento degli squilibri territoriali, e permanendo altresì per il legislatore statale l'obbligo di provvedere al passaggio alla Regione dei beni demaniali e patrimoniali di interesse regionale, dai quali potranno trarsi ulteriori mezzi di finanziamento delle attività regionali (entrate patrimoniali).

Sempre con riferimento alle spese di investimento delle Regioni, neppure può essere esclusa — dal punto di vista costituzio-

(19) V. in senso contrario, tuttavia, MORTATI, *Istituzioni di diritto pubbl.*, VIII ed., Padova 1969, 842. Nel senso del testo, invece, BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 233-235.

nale — la possibilità di prevedere che la ripartizione del fondo destinato a finanziare le attività regionali in una materia o settore specifico avvenga puramente e semplicemente ad opera della legge di bilancio che provvederebbe a stabilire la quota del fondo da destinare ad ogni Regione per l'anno in questione, in base agli obiettivi dei programmi statali e alle esigenze di riequilibrio territoriale valutate di anno in anno dagli organi politici statali e in ispecie, in ultima analisi, dal Parlamento.

Questa soluzione darebbe ovviamente la massima efficacia alla manovra finanziaria usata a fini di indirizzo e coordinamento, e permetterebbe al Governo, cui spetta impostare il bilancio sia pure sotto il controllo del Parlamento, di attuare senza difficoltà una politica di superamento degli squilibri territoriali: mentre l'approvazione della legge di bilancio da parte del Parlamento soddisferebbe le esigenze — emergenti dal comma 1° dell'art. 119 Cost. interpretato alla luce del sistema costituzionale dei rapporti fra Stato e Regioni — di un'autonomia finanziaria delle Regioni che, prescindendo dalle spese correnti, ha la sua garanzia essenzialmente nell'intervento decisionale del Parlamento.

Certo è assai dubbio che sistemi analoghi possano essere utilizzati per finanziare le spese correnti delle Regioni relative a funzioni « proprie » delle medesime, dato il disposto del comma 2° dell'art. 119 Cost. Ma è ovvio che obiettivi politici significativi (per es. in senso perequativo) si perseguono essenzialmente attraverso la politica degli investimenti. Del resto, la possibilità dello Stato di utilizzare così agevolmente la manovra del finanziamento degli investimenti, offre a quest'ultimo uno strumento assai efficace di influenza e di condizionamento anche sulla politica regionale relativa alla gestione delle spese correnti. Lo strumento è, anzi, tanto efficace, da spingere a sottolineare i possibili effetti negativi, sia nel senso di un eccessivo irrigidimento della finanza regionale (in quanto costituita per lo più di quote di fondi a destinazione vincolata), sia nel senso di una grave carenza di certezza e di prevedibilità delle entrate regionali, il cui ammontare sarebbe rimesso, per una quota non indifferente, alle decisioni adottate discrezionalmente anno per anno dagli organi politici dello Stato intorno alla ripartizione tra le Regioni dei vari fondi; ne nascerebbe anche l'ulteriore pericolo di favorire atteggiamenti di servilismo o di subordinazione verso lo Stato da parte di Regioni desiderose di acqui-

sire « meriti politici » traducentisi in più sostanziose quote dei fondi in questione.

Ciò che deve restare fermo in materia è — comunque — che l'erogazione dei contributi statali ha come tramite necessario la Regione, avviene cioè attraverso e ad opera degli organi regionali, non potendosi in alcun modo superare il divieto, emergente da tutto il sistema costituzionale di ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regione, di erogare direttamente contributi statali in materia di competenza regionale ai sensi dell'art. 117, ovvero di svolgere comunque, mediante organi statali o mediante enti strumentali o ausiliari dello Stato (e salvo forse l'esplicito accordo della Regione, limitatamente ad attività puramente materiali o tecniche, non implicanti l'esercizio di potestà amministrativa in senso stretto), funzioni amministrative incidenti nell'ambito delle materie stesse. « Nè vi è da temere che la Regione possa fare cattivo uso dei mezzi attribuiti, poichè lo Stato è in grado di verificare in ogni istante i risultati raggiunti e di ridurre o eliminare il finanziamento quando l'azione degli organi o enti regionali non appaia rispondente ai canoni medi di efficienza » (20).

6. *Identificazione della materia di competenza regionale nell'ambito della sanità pubblica.*

Nel disciplinare, con la legge di riforma sanitaria, il trasferimento alle Regioni delle funzioni di loro spettanza, il legislatore si trova anzitutto a dover affrontare il problema dell'esatta identificazione della materia di competenza regionale. L'art. 117 Cost., com'è noto, demanda alle Regioni la competenza in materia di « beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera » cioè in un ambito che non comprende, com'è evidente a prima vista, tutte le funzioni pubbliche o di interesse pubblico concernenti il settore igienico-sanitario.

(20) GUARINO G., *Enti pubblici strumentali, sistema delle partecipazioni statali, enti regionali*, in *Scritti di diritto pubblico dell'economia e di diritto dell'energia*, Milano 1962, 120. Cfr. anche, nello stesso senso: CASSESE S., *Il finanziamento delle Regioni: aspetti costituzionali*, in *VV.AA., Problemi econ. e fin. delle Regioni*, Milano 1966, 135; PALADIN, *Programmazione economica statale ed ordinamento regionale*, cit., 31 ss.; BARTOLE, *Contributi statali ed autonomia regionale*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1967, 578 ss.

La situazione non è la stessa per quattro delle cinque Regioni a statuto speciale, che in materia sanitaria godono di un ambito di competenza più vasto: per il solo Trentino-Alto Adige la materia attribuita alla Regione (che fruisce peraltro in essa di competenza legislativa « primaria » e non « ripartita », oltre che di competenza amministrativa), è, come per le Regioni ordinarie, l'« assistenza sanitaria ed ospedaliera » (art. 4 n. 12 e art. 13 stat. T.A.A.).

La Sicilia ha competenza legislativa « ripartita » e competenza amministrativa in materia sia di « igiene e sanità pubblica » che di « assistenza sanitaria » (art. 17, lettere *b* e *c*, e art. 20 stat. Si.); la Sardegna ha competenza legislativa « ripartita » e competenza amministrativa in materia di « assistenza e beneficenza pubblica » e di « igiene e sanità pubblica » (art. 4, lettere *h* e *i*, e art. 6 stat. Sa.); la Valle d'Aosta ha potestà legislativa « di integrazione e di attuazione delle leggi della Repubblica », e potestà amministrativa, in materia di « assistenza e beneficenza pubblica » e di « igiene e sanità, assistenza ospedaliera e profilattica » (art. 3, lettere *i* e *l*, e art. 4 stat. V.A.) (21); infine il Friuli-Venezia Giulia ha competenza legislativa « ripartita » e competenza amministrativa nella materia concernente « l'igiene e la sanità, l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali » (art. 5 n. 16 e art. 8 stat. F.V.G.) (22).

Pur nella varietà delle espressioni usate (indice non ultimo di un certo difetto di coordinamento tra gli statuti speciali, e fra questi e il testo costituzionale, coordinamento che invece in questa materia sarebbe stato desiderabile), sembra si possa affermare che il legislatore costituente ha sostanzialmente tenuto conto della distinzione tra due settori di funzioni pubbliche o di pubblico interesse: quello dell'*assistenza sanitaria* e quello delle funzioni sanitarie *non assistenziali*: in taluni settori entrambi i settori sono stati devoluti alla competenza della Regione, nello statuto del Trentino-Alto Adige e nella Costituzione lo è stato solo il primo settore (23).

Diviene pertanto importante, ai fini del trasferimento delle funzioni alle Regioni ordinarie, tracciare il confine tra i due ambiti.

(21) V. il nostro *Note sulla potestà legislativa e amministrativa della Regione autonoma della Valle d'Aosta in materia di assistenza e sanità*, *infra*, pagg. 221 e segg.

(22) V. più ampiamente GASPARRI, *La competenza delle Regioni in materia sanitaria*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1964, 860-890.

(23) V. GASPARRI, *op. ult. cit.*, 882 ss.

Tale delimitazione conduce a distinguere, da un lato, le attività e le funzioni ove sia prevalente il profilo delle *prestazioni sanitarie rese ai cittadini* (quale che ne sia poi il fine specifico e la forma), dall'altro lato le attività e le funzioni in cui prevalga invece il profilo della tutela della salute pubblica. Le prime rientrano nel concetto di « assistenza sanitaria ed ospedaliera » e spettano alla competenza delle Regioni; le seconde rientrano nel concetto di attività sanitarie non assistenziali e restano di competenza dello Stato, salva la possibilità di delegazione anche di queste ultime alle Regioni. Se si volesse far riferimento al disposto dell'art. 32, 1° comma, Cost., (« La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti »), potrebbe dirsi che la materia dell'assistenza copre i settori di attività nei quali è preminente il profilo della salute come « diritto dell'individuo », mentre la materia delle funzioni sanitarie non assistenziali copre i settori di attività nei quali è preminente il profilo della salute come « interesse della collettività » (alla stessa luce va letto l'accento dell'art. 16 Cost. in ordine a restrizioni della libertà di circolazione e soggiorno stabilite « per motivi di sanità ») (24).

In concreto, rientrano nel campo dell'assistenza sanitaria le prestazioni sanitarie oggi erogate, in forma diretta o indiretta, dagli enti mutualistici, dagli enti locali minori (Comuni e Provincie), dagli ospedali e dalle case di cura private. Rientrano nell'ambito delle attività sanitarie non assistenziali le funzioni svolte sia dagli organi centrali e periferici dello Stato (Ministero della Sanità, uffici dei medici provinciali), sia dagli enti minori (ad es. ufficiali sanitari) per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica, come i provvedimenti antiepidemici, le vaccinazioni obbligatorie, i controlli sanitari sugli inquinamenti dell'aria e dell'acqua, sugli alimenti, sugli ambienti di lavoro, la ricerca scientifica in materia sanitaria, la produzione, il controllo e la distribuzione dei prodotti farmaceutici, e così via.

(24) Sotto il primo profilo — com'è stato scritto (CARLASSARE, *L'art. 32 della Cost. e il suo significato*, in Atti del Congr. del cent. d. leggi ammin. di unificazione, *L'amministrazione sanitaria* [a cura di R. Alessi], Vicenza 1967, 107) — dall'art. 32 deriva « una situazione di *pretesa* nei confronti dell'attività pubblica », sotto il secondo profilo « una situazione di *soggezione* nei confronti dei possibili interventi limitativi della libertà ». Dal primo profilo derivano essenzialmente competenze regionali, dal secondo competenze statali.

La possibilità e la necessità di tale distinzione non può peraltro far trascurare, anzitutto, le difficoltà che in concreto possono sorgere per l'attribuzione di certe attività all'uno piuttosto che all'altro settore, e conseguentemente alla competenza della Regione o dello Stato: si tratta del resto di difficoltà interpretative che, in misura maggiore o minore, si ripropongono per tutte le materie elencate dall'art. 117 Cost. Esistono infatti indubbiamente delle zone di confine, nelle quali può essere del tutto opinabile ritenere che si rientri nell'uno o nell'altro campo: si pensi al vasto settore della medicina preventiva, che certamente rientra, oggi, in una visione moderna e completa dell'assistenza sanitaria, ma che può realizzarsi anche attraverso strumenti (tipiche le vaccinazioni obbligatorie) improntati più al profilo dell'attività sanitaria non assistenziale.

In questi settori, pertanto, la definizione dell'ambito di competenza propria delle Regioni non va esente da un certo margine di scelta politica. In secondo luogo, non può trascurarsi la stretta connessione funzionale, e spesso anche organica, che esiste tra le attività di pertinenza dei due settori indicati. Molto spesso, cioè, le funzioni assistenziali sono strettamente legate ad altre in cui prevale l'aspetto di tutela dell'igiene e della sanità pubblica; spesso gli stessi organi esplicano funzioni dei due tipi.

In tale situazione, limitarsi al trasferimento alle Regioni, ai sensi dell'art. 118, 1° comma, e dell'VIII disposizione transitoria e finale della Costituzione, delle funzioni proprie di esse, significherebbe in molti casi operare una innaturale cesura tra funzioni strettamente connesse, e oggi spesso concentrate negli stessi uffici; rendere necessaria la conservazione di un apparato periferico statale per lo svolgimento di funzioni che possono non essere sempre sufficienti a giustificarne la permanenza; ostacolare il miglior coordinamento tra attività che, pur distinguibili sotto il profilo accennato, debbono però essere esercitate nel quadro di una visione unitaria; impedire una efficiente e razionale organizzazione dei servizi sanitari nel loro complesso.

È questo un tipico caso in cui si manifesta l'opportunità di ricorrere allo strumento della delega alle Regioni di funzioni amministrative (di competenza statale, in quanto pertinenti a materie diverse da quelle enumerate nell'art. 117 Cost.), previsto dall'articolo 118, 2° comma, Cost.: rendendo così possibile unificare ad un unico livello di gestione, con unità di indirizzo e di responsabilità, attività obbiettivamente connesse, sia pure conservando agli

organi dello Stato, nelle materie delegate e non trasferite, più penetranti poteri di direttiva e di controllo. E difatti in questa direzione si muovono i progetti di riforma sanitaria in corso di elaborazione: in essi è prevista costantemente la delega alla Regione (affinchè siano esercitate mediante le stesse strutture — le unità sanitarie locali — che assolveranno alle funzioni di assistenza sanitaria) di varie funzioni statali in materia di igiene e sanità pubblica, a carattere non assistenziale, come alcune di quelle poc'anzi esemplificate (ad es. controllo sanitario sugli ambienti e sugli alimenti).

Del resto questa soluzione può discendere in parte dai criteri che l'art. 17 della legge n. 281 del 1970 ha dettato per la formulazione dei decreti delegati di trasferimento alla Regione delle funzioni amministrative; in tale disposizione, com'è noto, si precisa tra l'altro (lettera b, cpv.), che qualora gli uffici periferici dello Stato, titolari delle funzioni da trasferire, « siano titolari anche di competenze statali residue, e le funzioni trasferite siano prevalenti, si provvede, di massima, alla delega ai sensi dell'art. 118, 2° comma, della Costituzione ».

7. *Le competenze regionali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera.*

Così identificata la materia di competenza regionale, ne risulta per conseguenza, in base alle premesse già poste:

a) che alle Regioni deve essere trasferita non solo ogni competenza di gestione dei servizi sanitari a carattere assistenziale (essenzialmente quelli oggi di pertinenza degli enti mutualistici, che come tali pertanto dovranno scomparire), ma anche ogni competenza amministrativa nel settore, ivi compresa l'« alta amministrazione », identificandosi negli organi regionali il livello di responsabilità politico-amministrativa nel settore (25): salva la possibilità, ai sensi dell'art. 118, 1° comma, Cost., di riservare, con legge statale, agli enti locali minori determinate funzioni « di carattere esclusivamente locale »;

b) che alle Regioni deve essere trasferita ogni competenza all'erogazione della spesa per i compiti assistenziali del servizio sanitario, salva restando la possibilità per lo Stato di instaurare mec-

(25) V. in senso conforme GASPARRI, *La competenza delle regioni in materia sanitaria*, cit., 887.

anismi di distribuzione dei fondi, specie per le spese di investimento, tali da consentire una certa manovra finanziaria, allo scopo di pervenire al superamento degli squilibri, in termine di servizi e di strutture, esistenti oggi tra le Regioni;

c) che in questa materia gli organi centrali dello Stato potranno esercitare compiti di indirizzo e di coordinamento, impiegando i soli strumenti a tal fine consentiti dal sistema costituzionale, e già prima accennati.

Concretamente, la emananda legge di riforma dovrebbe assommare in sé i compiti di dettare alcune delle norme sul trasferimento (e sulla delega, per altri settori) alle Regioni delle funzioni amministrative, e di dettare le norme di principio cui dovrà attenersi la legislazione regionale nel disciplinare la materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, assolvendo così, per questo secondo aspetto, il compito tipico di una legge cornice.

Come tale, essa potrà contenere e conterrà evidentemente una serie numerosa di norme aventi oggetti diversi: potrà dettare i tipi, i livelli, gli *standards* qualitativi delle prestazioni sanitarie ai cittadini; regolamentare i rapporti tra questi e le strutture del servizio sanitario; disciplinare il finanziamento del servizio medesimo.

È qui che dovranno essere fissate le linee fondamentali su cui si baserà il nuovo servizio sanitario: assistenza medica, ospedaliera e farmaceutica gratuita per tutti i cittadini (al termine di un periodo di transizione indispensabile per passare dall'attuale struttura mutualistica al nuovo regime), eguaglianza di prestazioni in tutto il territorio nazionale, e così via.

8. *Ammissibilità di norme statali di principio sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.*

Vale la pena di soffermarsi qui un poco sul possibile contenuto della legge cornice in ordine alla disciplina dell'organizzazione del servizio sanitario.

È noto come vi siano ormai, in questo campo, delle scelte politiche praticamente non più discusse: in particolare si sa che il futuro servizio sanitario dovrà organizzarsi sulla base di strutture periferiche — le unità sanitarie locali — mediante le quali dovranno essere erogate ai cittadini le prestazioni sanitarie di base, e che dovranno avere una dimensione relativamente uniforme, tenendo

naturalmente conto delle differenze geomorfologiche, demografiche e urbanistiche fra le varie zone del territorio nazionale. In pratica si pensa ad una unità locale che « serva » una zona del territorio nazionale su cui si trovi un numero di abitanti variabile, grosso modo, tra i venticinquemila e i centomila, con possibilità di andare oltre questi limiti minimo e massimo, in casi di zone con popolazione molto sparsa e nelle zone ad elevata densità demografica.

L'unità sanitaria locale dovrebbe assicurare l'assistenza medica, sia generica che specialistica, sia preventiva che curativa e riabilitativa, e quella farmaceutica; dovranno essere disciplinati i suoi rapporti con le strutture ospedaliere (e qui le soluzioni proposte sono piuttosto diverse tra loro); alla stessa unità locale dovranno spettare taluni dei compiti di igiene e sanità pubblica, a carattere non assistenziale, che si ritiene verranno anch'essi decentrati pur essendo, in linea di principio, come si è visto, di competenza statale.

Sulla struttura e l'organizzazione dell'unità sanitaria sociale si è incentrata una parte rilevante del dibattito politico e della discussione tecnica relativi alla riforma sanitaria allo studio.

Il primo interrogativo cui ci si è trovati a dover rispondere è quello, se sia costituzionalmente legittimo disciplinare con legge dello Stato, sia pur solo nei principi o nelle linee generali, l'organizzazione di un servizio in una materia che è di competenza delle Regioni.

Il quesito non avrebbe nemmeno ragion d'essere se si trattasse (secondo una delle ipotesi che esamineremo) di un'attività attribuita alla competenza di enti locali subregionali (esistenti o da costituire), poichè nè dall'art. 128, nè dall'art. 118, 1° comma, emerge alcun limite, se non di carattere estremamente generale, alla legge statale nel dettare norme sull'organizzazione di tali enti; il problema si pone invece nell'ipotesi in cui l'attività venga attribuita alla competenza delle Regioni: queste, infatti, godono di autonomia organizzativa costituzionalmente garantita.

Peraltro, così posto, il quesito non può, a nostro avviso, che ricevere risposta positiva. Sia infatti che si considerino queste norme della futura legge cornice come dirette a disciplinare l'organizzazione di uffici regionali, sia che le si considerino come dirette a disciplinare la materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, regolando i modi organizzativi di esercizio delle relative attività amministrative di competenza delle Regioni, in entrambi i casi alla legge statale non può disconoscersi la possibilità di dettare « principi fon-

damentali » a tal proposito, ai sensi dell'art. 117, primo comma, prima parte, Cost. (26).

La cosa è evidente se ci si pone dal primo dei punti di vista accennati: l'« organizzazione degli uffici » regionali è una delle materie rimesse alla competenza legislativa delle Regioni dall'art. 117, ma, per l'appunto, nel rispetto dei « principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato »; e la legge cornice conterrebbe proprio questi principi, sia pure limitatamente a quelli, fra gli uffici regionali, che svolgono attività in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Nè può negarsi, crediamo, che i principi fondamentali in questione possano riferirsi ad una sola parte degli uffici regionali, anzichè a tutti, e ad una parte individuata in relazione alla materia attribuita alla competenza di tali uffici. L'unico limite in proposito (oltre a quello, ovvio, inerente al carattere di norme di principio cui deve limitarsi il contenuto della legge cornice) discende dall'art. 123 Cost. (a norma del quale spetta allo statuto disciplinare l'« organizzazione interna » — si intende a livello di organi supremi — della Regione), e si risolve nel divieto per la legge statale di incidere sul funzionamento e sui rapporti fra gli organi politici della Regione: Consiglio, Giunta e Presidente. Nè si potrebbe sostenere che l'art. 123 Cost. riservi alla fonte statutaria la disciplina dell'intera materia dell'organizzazione interna regionale, latamente intesa; tale interpretazione è infatti testualmente smentita dall'articolo 117 Cost., che elenca — ed al primo posto — l'« organizzazione degli uffici » della Regione tra le materie attribuite alla competenza del legislatore regionale ordinario, « nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ».

Ma anche considerando le norme di principio sull'organizzazione sanitaria della Regione come norme inerenti alla materia dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera (ciò che dovrebbe comunque ritenersi nel caso in cui tali norme disciplinino rapporti, ad es. di delega, tra la Regione e gli enti locali minori, esulando quindi dalla materia dell'organizzazione degli uffici regionali, di cui all'art. 117 Cost.), non crediamo possa dubitarsi — come pur si è fatto da parte

(26) Implicitamente in questo senso v. S. CASSESE, *Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero*, cit., 37-39, e G. ROEHRSEN, *L'assetto degli enti ospedalieri*, cit., 100.

di taluno (27) — della legittimità costituzionale di siffatte disposizioni della futura legge cornice statale.

I « principi fondamentali » di cui parla l'art. 117 Cost. possono evidentemente riferirsi a qualsiasi parte o aspetto della disciplina della materia considerata: non si vede pertanto perchè non possano investire quell'aspetto della materia che riguarda la struttura e l'organizzazione mediante le quali la Regione provvede ad esercitare le proprie competenze amministrative nella materia medesima.

Da un punto di vista logico anche l'organizzazione del servizio fa parte integrante della disciplina del servizio stesso; da un punto di vista pratico non è chi non veda come tale aspetto possa essere della massima importanza ai fini della configurazione concreta, delle caratteristiche e dei risultati di un'attività amministrativa, e come esso possa pertanto richiedere un minimo di disciplina uniforme — quale può essere assicurato solo dai principi della legge cornice — quanto e forse più di altri aspetti. Il tipo di organizzazione di un servizio non può non incidere sul modo in cui si provvede alla cura degli interessi implicati dall'azione amministrativa, e sulla stessa individuazione, scelta, composizione e graduazione di tali interessi; così pure il livello reale delle prestazioni non è disgiunto dalle modalità strutturali del servizio. In concreto, non è chi non veda come non sia assolutamente indifferente, al fine di determinare il tipo e il livello delle prestazioni di assistenza sanitaria ed ospedaliera — quindi di determinare i fini stessi della riforma sanitaria e la possibilità di conseguirli effettivamente — che il servizio relativo sia prestato, ad es., in maniera più accentrata o più decentrata; mediante unità sanitarie locali a competenza locale e territorialmente definita, aventi una data dimensione minima e massima, piuttosto che mediante strutture di altro tipo; da organismi dotati di maggiore o minore autonomia di gestione, e collegati più o meno strettamente ai cittadini o agli enti locali; da ospedali governati da enti autonomi o inseriti in strutture più ampie; mediante personale fruente o meno di un determinato stato giuridico ed economico; e così via esemplificando.

(27) V. per es. ORSI BATTAGLINI e SORACE, *Contributo alla individuazione degli « altri Enti locali » nell'art. 57, c. 2°, dello statuto toscano e nell'art. 118, c. 3°, della Costituzione*, comunicaz. al VI Conv. di studi reg., Trieste 1971, 13-14.

Naturalmente, dire che la legge cornice può dettare principi in tema di organizzazione del servizio non significa che essa possa disciplinare quest'ultima fin nel dettaglio: ciò spetterà alla legge regionale, in armonia con i principi stabiliti dalla legge statale.

Che poi, oltre che legittimo, appaia opportuno disciplinare in modo relativamente uniforme l'organizzazione del servizio sanitario nell'ambito delle Regioni risulta a parer nostro da varie considerazioni. Anzitutto si riscontra in questo campo, al massimo grado, l'esigenza di assicurare un livello di prestazioni effettivamente uguale in tutto il territorio nazionale, trattandosi di garantire il soddisfacimento di un fondamentale diritto dei singoli, e anche tenendo conto della mobilità dei cittadini nel territorio.

In secondo luogo, anche dal punto di vista tecnico, in un tipo di servizio come quello sanitario, non pare possibile assicurare un efficace coordinamento se non disciplinando in maniera relativamente uniforme anche la struttura del servizio: si pensi ad esempio ai problemi (che non possono non porsi e non essere risolti in termini unitari nell'intero Paese) della condizione giuridica del personale o dei rapporti tra strutture del servizio e medici non inquadrati in esse come dipendenti pubblici.

9. *L'organizzazione del servizio sanitario e le unità sanitarie locali: inadeguatezza delle strutture comunali e provinciali.*

In realtà, come si è accennato, nel dibattito sulla riforma sanitaria, e quindi sul contenuto della futura legge cornice, l'aspetto dell'organizzazione è sempre stato largamente presente.

In particolare, acquisito, come si è detto, il concetto fondamentale di un'articolazione del servizio in unità sanitarie locali di dimensioni relativamente uniformi, per quanto attiene all'organizzazione e alla stessa configurazione giuridica di queste ultime si sono discusse diverse alternative, alle quali conviene far cenno, sia pure sommariamente.

Occorre premettere che vi sarebbe, in astratto, una prima soluzione alla quale peraltro non si è neppure pensato, perchè del tutto contrastante con le scelte politiche di fondo sottostanti all'idea della riforma: e cioè la soluzione di affidare la gestione del servizio sanitario agli enti locali territoriali subregionali esistenti — Comuni e Provincie — o in via di attribuzione di competenza istituzionale,

a norma dell'art. 118, 1° comma (funzioni di carattere esclusivamente locale), e dell'art. 128 Cost., ovvero in via di delega da parte delle Regioni, a norma dell'art. 118, 3° comma, Cost. stessa.

Osta a questa soluzione (per la quale tra l'altro potrebbero formularsi talune delle obiezioni che saranno più avanti esposte a proposito di altre soluzioni) essenzialmente l'inadeguatezza degli enti locali esistenti, per le loro dimensioni, talora troppo vaste (come per le Provincie) talora troppo ristrette (come per la maggior parte dei Comuni), e comunque profondamente diseguali anche allo stesso livello istituzionale (specie per quanto riguarda i Comuni), a far fronte ad un servizio come quello considerato. Affidare quest'ultimo ai Comuni (rifersi alle Provincie non sarebbe evidentemente neppure pensabile) significherebbe contraddire la stessa idea base che si è visto essere a fondamento della riforma, cioè quella di assicurare il servizio mediante unità locali di dimensioni relativamente uniformi, e variabili solo in relazione alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche delle varie zone del territorio nazionale.

10. (segue): *la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dai principi costituzionali sui rapporti tra Regioni ed enti locali.*

Fermo, restando, dunque, tale fondamentale presupposto, la prima delle alternative discusse consiste nel configurare le unità sanitarie locali come « enti locali » subregionali di nuovo tipo e di nuova istituzione, ma rientranti nelle generali previsioni degli articoli 118, 1° comma, e 130 Cost.: forniti di propria personalità giuridica, di un proprio patrimonio, di propri organi (formati ad es. per elezione popolare diretta, o per elezione di secondo grado ad opera delle assemblee locali), di una propria sfera di attribuzioni. A tali enti dovrebbero essere demandati i poteri amministrativi nella materia dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, o in via di attribuzione istituzionale (ai sensi dell'art. 118, 1° comma, Cost., considerando tali funzioni come funzioni « di interesse esclusivamente locale »), o in via di delega da parte delle Regioni, a norma del 3° comma dello stesso art. 118.

Questa soluzione, si noti, è stata sostanzialmente seguita, per un settore della materia considerata, dalla legge ospedaliera (n. 132 del 1968), che sembra precisamente aver configurato gli enti ospe-

dalieri come « enti locali » ai sensi degli artt. 118 e 130 Cost., in particolare assoggettandoli ai controlli regionali previsti dall'art. 130 (cfr. art. 16 della legge n. 132) (28); ed a questa soluzione sembrano doversi ricondurre le proposte presentate per le unità sanitarie locali, in sede di prima elaborazione del progetto di riforma, dal Ministero della Sanità.

Essa tuttavia va incontro, a nostro avviso, ad obiezioni, sul piano giuridico e politico, di gran peso. Sul terreno della legittimità costituzionale, può anzitutto fondatamente dubitarsi, a nostro avviso, della stessa possibilità di dar vita con legge dello Stato a nuovi enti locali necessari (costituiti quindi su tutto il territorio nazionale), aventi funzioni che esauriscano la competenza amministrativa in una materia attribuita alle Regioni dall'art. 117 Cost. (come sarebbe l'assistenza sanitaria ed ospedaliera) ovvero ne assorbano la parte preminente. In tal modo, in sostanza, la legge dello Stato verrebbe a privare la Regione della potestà amministrativa in una materia di sua competenza, attuando una sorta di esproprio mascherato dalla competenza regionale, sia pure nell'apparente rispetto del sistema dell'art. 118 Cost., che prevede l'attribuzione ad enti locali subregionali di talune funzioni amministrative nelle materie elencate nell'art. 117. Questa possibilità — che appare eccezionale nel sistema dell'art. 117 — verrebbe infatti in tal modo estesa al di là dei suoi confini naturali: la creazione di nuovi enti locali non avrebbe infatti altra finalità che quella di attribuire ad essi una sfera di competenze che, in linea di principio, dovrebbero spettare alla Regione (29).

(28) Sulla definizione della natura giuridica degli enti ospedalieri (definizione che esula dagli scopi del presente scritto) cfr. p. es. POTOTSCHNIG, *La natura degli enti ospedalieri*, in *Annali su La azienda pubblica ospedaliera*, cit., I, 122-39; ROEHRSEN, *L'assetto*, cit., 11 ss.; ARU, *Appunti sulla natura degli enti osped.*, estr. dagli *Studi in onore di G. Scaduto*, 5 ss.; BERTI, *Le deliberazioni ospedaliere e i loro controlli*, in *Gli ospedali: aspetti giuridico-amministrativi*, Milano 1970, 282-83; CAPACCIOLI, *Organizzazione degli enti ospedalieri*, ivi, 203 ss.; ORSI BATTAGLINI e SORACE, *Contributo*, cit., 22.

(29) Cfr. ora, per l'affermazione che l'art. 118 Cost. stabilisce « una riserva a favore della Regione di tutta l'azione amministrativa nelle materie elencate nell'art. 117 », per cui « né la legge dello Stato né la legge regionale possono attribuire tali funzioni ad altri che non sia la Regione », POTOTSCHNIG, *Delegazione delle funzioni ammin. agli Enti locali e utilizzaz. dei loro uffici da parte delle Regioni*, relaz. al VI Convegno di studi reg., Trieste 1971, 18 ss.

L'obiezione vale soprattutto, come è evidente, nel caso che si contempra l'attribuzione in proprio ai nuovi enti locali dei poteri amministrativi nel settore, ai sensi del 1° comma dell'art. 118 Cost. In tal modo, infatti, la legge dello Stato verrebbe a privare *in toto* la Regione, per il settore considerato, della competenza amministrativa, non solo di gestione, ma anche di direzione, indirizzo e coordinamento, residuando in capo ad essa una mera funzione di controllo nei ristretti termini dell'art. 130 Cost. (30), e spostando ai nuovi enti per intero anche il livello della responsabilità politico-amministrativa.

Ma anche se lo strumento impiegato fosse quello della delega ai sensi del 3° comma dell'art. 118, resa obbligatoria per le Regioni a favore dei nuovi enti locali, i dubbi di costituzionalità non verrebbero meno del tutto. Si avrebbe in tal caso bensì la conservazione in capo alla Regione di poteri di indirizzo e non solo di controllo; ma, anzitutto, si darebbe vita ad enti locali — le unità sanitarie — privi del tutto di attribuzioni proprie ed unicamente investiti di funzioni delegate dalla Regione (il che già può apparire un'anomalia); in secondo luogo, si toglierebbe in sostanza alla Regione ogni possibilità di scelta in ordine al tipo di rapporto col nuovo ente locale.

È vero che l'art. 118, 3° comma, Cost. indica come normale l'esercizio delle funzioni amministrative delle Regioni tramite enti locali minori, ma è anche vero che lo stesso art. 118 sembra presupporre almeno un certo ambito di libera decisione delle Regioni in ordine all'uso dello strumento della delega, ovvero all'utilizzazione degli uffici degli enti minori. Il decentramento è considerato infatti solo come « normale », e i due strumenti di decentramento vengono, in linea di principio, e almeno a stare alla lettera del 3° comma dell'art. 118, considerati sullo stesso piano. Ciò non signi-

(30) A maggior ragione, varrebbe quanto detto nel testo qualora si seguissero le tesi del Berti, secondo cui l'organo regionale di controllo non sarebbe « da intendersi come organo della persona giuridica della Regione, ma come organo esistente nell'ordinamento regionale, e perciò indipendente dagli interessi particolari della Regione e operante secondo criteri di obiettività » (BERTI, *Le deliberazioni ospedaliere*, cit., 284-285), onde esso, « considerato nella sua unità organica », non si presenterebbe « incardinato in modo certo nell'amministrazione regionale » (BERTI-TUMIATI, voce *Controlli amministrativi*, in *Encicl. d. dir.*, X, 308): in tal caso, infatti, l'attribuzione costituzionale alla Regione della funzione amministrativa risulterebbe assolutamente priva di qualsiasi significato, non residuando in capo all'amministrazione regionale in senso proprio neppure la funzione di controllo.

fica che la legge dello Stato, dettando i principi fondamentali, non possa anche disciplinare questi aspetti del modo di esercizio delle funzioni da parte delle Regioni; ma non, ci pare, sino al punto di precondizionare totalmente l'esercizio dei poteri regionali in un intero settore nel senso di imporre *tout court* la delega ad enti minori, con conseguente sottrazione alla Regione di ogni potere di gestione in materia, ed anche dei poteri di coordinamento che possono esercitarsi attraverso una limitazione della delega, nel senso di escluderne talune funzioni di più rilevante portata politica.

A parte questi dubbi di carattere generale, v'è da dire che, nel settore che stiamo considerando, sembra possa senz'altro escludersi la possibilità di attribuire istituzionalmente le relative funzioni amministrative ad unità sanitarie locali configurate come enti locali, ai sensi dell'art. 118, 1° comma, Cost. È infatti condizione per la legittimità di una siffatta previsione legislativa che le funzioni devolute ad enti locali minori, in materie elencate nell'art. 117, siano di « carattere esclusivamente locale » (art. 118¹) (30-bis). Ora, non pare possibile sostenere che le funzioni che si intendono attribuire alle unità sanitarie siano o possano essere considerate di interesse esclusivamente locale (31).

Vi contraddice anzitutto la stessa idea base della riforma, volta ad assicurare in tutto il territorio nazionale un servizio essenziale, mirante a garantire il soddisfacimento di un diritto fondamentale del singolo e il soddisfacimento di un interesse dell'intera collettività, secondo l'espressione dell'art. 32 Cost. Vi contraddice il proposito di dar vita, a tal fine, ad un servizio in grado di erogare delle prestazioni di tipo e livello uniforme in tutto il territorio nazionale, mediante strutture e organizzazioni relativamente uniformi. Vi contraddice il fatto che il servizio sanitario e ciascuna delle strutture in cui esso si articolerà non mireranno solo a servire una determinata zona del territorio e a soddisfare gli interessi di collettività locali, ma anche ed essenzialmente ad assicurare a *tutti* i cittadini, ovunque risiedano od occasionalmente si trovino, un'assistenza uniforme (32). Questo scopo, connesso alla mobilità dei cit-

(30-bis) V. CASETTA, *Le funzioni della provincia e del comune in relazione all'ordinamento della Reg.*, in *Studi Zanobini*, Milano 1965, II, 680-1.

(31) Cfr. AMATO, *Nuove tendenze nella formazione degli atti governativi di indirizzo*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1970, 122.

(32) Cfr. in questo senso, p. es., con riferimento agli enti ospedalieri, POGGI, *La legge ospedaliera*, Firenze 1969, 37.

tadini nel territorio, anch'essa costituzionalmente garantita (cfr. gli artt. 16 e 120 Cost.), rende manifesto che il servizio travalica nettamente i confini dell'interesse « esclusivamente locale » e non può perciò rientrare nella previsione dell'inciso in questione dell'art. 118, 1° comma, Cost.

Il problema assumerebbe un diverso aspetto se si ricorresse non già allo strumento dell'attribuzione diretta di funzioni (ai sensi appunto dell'art. 118, 1° comma), ma allo strumento della delega a norma dell'art. 118, 3° comma. Testualmente, infatti, quest'ultima disposizione non richiede il requisito del carattere « esclusivamente locale » delle funzioni delegate.

Peraltro, riconosciuto che l'interesse delle funzioni travalica la dimensione puramente locale, non può non apparire in qualche modo egualmente contraddittoria la creazione di un nuovo ente locale tributario, sia pure in via di delega, della funzione medesima. La creazione di enti locali necessari, infatti, non può non essere in qualche modo legata all'individuazione di un complesso di interessi, facenti capo alle corrispondenti collettività locali, e coincidenti con le dimensioni di queste. Se, come nel caso accade, gli interessi investiti sono più ampi, ancorchè sussista la necessità di un organizzazione decentrata del servizio, la creazione di enti locali appare un fuor d'opera.

11. (segue): *la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dal regime costituzionale dei controlli sugli enti locali.*

Se poi consideriamo il problema dei controlli, è facile avvedersi come la soluzione qui discussa presenti nuovi inconvenienti.

Se, infatti, si procedesse, secondo la prima delle ipotesi considerate, all'attribuzione diretta delle funzioni ai nuovi enti locali, ai sensi del primo comma dell'art. 118 Cost., il controllo su questi non potrebbe sfuggire al regime dell'art. 130 Cost.: controllo di legittimità sugli atti ad opera di un organo regionale costituito nei modi stabiliti da legge della Repubblica; controllo di merito solo nei casi stabiliti dalla legge e nella sola forma della richiesta di riesame all'ente deliberante; esclusione di controlli sostitutivi; controllo sugli organi non necessariamente spettante alla Regione.

Ne risulterebbe pertanto una pratica impossibilità di assicurare efficaci controlli di merito, e controlli, non tanto sugli atti, quanto sull'attività, sull'efficienza e i risultati di questa: laddove è di questo secondo tipo di « controlli » che soprattutto vi è bisogno, per garantire il reale soddisfacimento degli interessi fondamentali alla cui soddisfazione mira la riforma. Ciò è emerso, ad esempio, nella recente vicenda dell'art. 34 del c.d. « decretone » (D.L. 26 ottobre 1970 n. 745), ove si è tentato di assicurare dei « controlli » di merito penetranti sulle delibere degli enti ospedalieri concernenti la determinazione delle rette, ma si è finito in tal modo per uscire dai limiti rigorosi dell'art. 130 Cost. circa i controlli sugli atti degli enti locali.

Se, per contro, si ricorresse al sistema della delega ai sensi del 3° comma dell'art. 118, i controlli sui nuovi ipotizzati enti locali potrebbero forse essere più penetranti, e andare al di là del mero riscontro di legittimità degli atti; ma non mancherebbero vincoli in tale ipotesi, specie se la delega dovesse essere totale (cioè riferirsi a tutte le funzioni di gestione nel settore); e così, per esempio, non potrebbero, almeno a nostro avviso, essere previsti controlli sostitutivi, la cui natura contrasta col sistema della delega, basato sul presupposto del trasferimento *pro parte* — fino a quando sia in vigore la delega medesima — delle funzioni di gestione in capo agli enti delegati (33).

Inoltre si porrebbe il problema delle funzioni delegate dallo Stato alla Regione, ai sensi dell'art. 118, 2° comma, della Costituzione. A nostro avviso non sussiste alcun ostacolo a che anche per tali funzioni si applichi il sistema della delega agli enti locali minori, almeno ove ciò sia previsto dalla legge statale di delega (34). Ma, come è noto, sussistono perplessità sull'ammissibilità di tale « sub-delega »; e, se questa dovesse escludersi, si verificherebbe l'impossibilità di far gestire al medesimo livello le funzioni istituzionalmente proprie della Regione e quelle delegate dallo Stato, dovendo quest'ultime, in ipotesi, essere esercitate direttamente dalla Regione: col

(33) V. ROVERSI-MONACO, *La delegazione amministrativa nel quadro dell'ordinamento regionale*, Milano 1970, *passim*.

(34) V. in questo senso: BASSANINI-ONIDA, *Gli statuti regionali di fronte al Parlamento*, in *Rel. soc.*, 1971, n. 2, riprodotto in *Problemi di diritto regionale*, Milano 1971, I, 60 ss. Nello stesso senso già BASSANINI, *L'attuazione*, cit., 258-9 e, ora, POTOTSCHNIG, *Delegazione delle funzioni amministrative*, cit., 27-28.

che si contraddirebbe l'esigenza di unificazione del livello di gestione delle due serie di funzioni — nascente dal rilievo della loro stretta connessione —, esigenza che, come si è visto, è a base della stessa scelta che conduce a delegare alle Regioni molte funzioni sanitarie non assistenziali.

Sempre in ordine a tali funzioni, ammessane la sub-delega agli enti locali, potrebbero nascere ulteriori problemi quanto al controllo sugli atti relativi. A nostro giudizio la corretta interpretazione del dettato costituzionale (artt. 118 e 130) conduce a ritenere che anche tali atti siano assoggettati allo stesso regime di controllo degli atti posti in essere nell'esercizio delle funzioni proprie degli enti locali minori (35). Ma anche questo punto non è pacifico: l'art. 62 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, accoglie addirittura una soluzione diametralmente opposta a quella accennata, attribuendo senza distinzioni alla competenza della Commissione statale di controllo sugli atti amministrativi delle Regioni il controllo sulle « deliberazioni adottate... dagli enti locali nelle materie ad essi delegate dalla Regione », e dunque — sembra — tanto il controllo sugli atti degli enti locali adottati nell'esercizio di funzioni istituzionali della Regione ad essi delegate, quanto il controllo sugli atti degli enti locali adottati nell'esercizio di funzioni statali delegate alla Regione e ad essi « subdelegate ». Una tesi intermedia sembra accolta da alcuni statuti regionali, sia pure non senza ambiguità: mentre infatti nei testi originari di gran parte degli statuti si prevedeva in forma ampia e indiscriminata l'estensione del controllo regionale anche agli atti adottati dagli enti locali nell'esercizio delle funzioni delegate (36), nei testi definitivi — dopo che le formule originarie avevano incontrato l'opposizione della prima Commissione del Senato (37) —, laddove non si è preferito il generico riferimento al controllo sugli atti degli enti locali, si sono adottate formulazioni che, benché sostanzialmente equivocate e aperte a diverse interpretazioni, sembrano ispirate all'idea che l'obiezione senatoriale concernesse la sola estensione del controllo regionale agli atti adottati nell'esercizio di funzioni delegate agli enti locali nelle materie di competenza isti-

(35) Cfr. il nostro *Gli statuti*, cit., 65 ss., e, nello stesso senso, ora, POTTSCHNIG, *Delegazione di funzioni amministrative*, cit., 28-31.

(36) Cfr. il nostro *Gli statuti*, loc. ult. cit.

(37) V. il nostro *Gli statuti regionali di fronte al Parlamento: atto secondo*, in *Problemi di diritto reg.*, cit., I, 115 ss.

tuzionale della Regione (38). Ora, se dovesse prevalere la soluzione accolta dall'art. 62 della legge Scelba, ne deriverebbe, configurando le unità sanitarie locali come enti attributari istituzionalmente delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria, l'evidente incongruenza di un duplice livello di controllo sugli atti dei nuovi ipotizzati enti locali: controllo da parte della Regione, decentrato (come dispongono tutti gli statuti), per gli atti relativi alle funzioni proprie degli enti stessi, ai sensi dell'art. 118, 1° comma, Cost.; controllo da parte dello Stato, accentrato nel capoluogo di Regione, per gli atti relativi alle funzioni delegate alla Regione ai sensi dell'art. 118, 2° comma, e da questa subdelegate alle unità sanitarie locali. L'incongruenza e le difficoltà nascenti dal duplice livello di controllo non si avrebbero — è vero — configurando le unità sanitarie come enti locali cui siano delegate dalla Regione le funzioni di assistenza sanitaria e le altre funzioni, in materie connesse, delegate dallo Stato alla Regione, ma si avrebbero, in ogni caso, qualora prevalesse, invece, in tema di estensione del controllo regionale, l'interpretazione che — come si è detto — sembra accolta da alcuni statuti regionali. E dunque né l'una né l'altra soluzione (unità sanitarie come enti locali attributari delle funzioni di assistenza sanitaria *ex* art. 118, 1° comma, o come enti locali delegatari delle stesse funzioni *ex* art. 118, 3° comma) vanno esenti, sotto questo profilo, dal rischio di complicazioni (benché solo eventuali), non potendosi fin d'ora prevedere con certezza quale interpretazione pre-

(38) *Op. ult. cit.*, 99, 116 s., note 44, 71, 72. Si noti peraltro che le disposizioni in questione possono essere interpretate anche nel senso dell'estensione del controllo regionale agli atti adottati nell'esercizio di funzioni « subdelegate » dalla Regione (trattandosi anche in tal caso di funzioni « delegate dalla Regione », come recitano testualmente le disposizioni stesse); non si può escludere poi che — da parte di taluno, nel corso dei lavori preparatori o dell'iter di approvazione degli statuti — tali disposizioni siano state interpretate nel senso dell'esclusione dal controllo regionale degli atti adottati da Province e Comuni nell'esercizio di funzioni statali decentrate (cfr. per tutti SANDULLI, *Manuale di dir. amm.*, X ed., Napoli 1969, 278, 293, 305), sui quali resterebbero fermi i controlli statali previsti dalla legislazione in vigore. Va detto, tuttavia, che tale interpretazione non appare costituzionalmente ammissibile, alla luce degli artt. 118¹, 128 e 130 Cost., che non sembrano permettere lo scorporo, dalla categoria degli atti degli enti locali sottoposti al controllo ai sensi dell'ultima disposizione citata, di una categoria di atti adottati nell'esercizio di funzioni decentrate dallo Stato e sottoposti a controlli di altro tipo (cfr. il cenno in questo senso di CASETTA, *Le funzioni*, cit., 684).

varrà in ordine all'estensione del controllo regionale sugli atti degli enti locali subregionali.

La soluzione che stiamo considerando darebbe inoltre luogo, necessariamente, ad una frammentazione, probabilmente dannosa, della responsabilità politica in ordine alle attività del servizio sanitario. Una parte, infatti, di tale responsabilità non potrebbe che rimanere esclusivamente in capo alla Regione: e precisamente quella parte che si connette all'esercizio della funzione legislativa (nel limite dei principi delle leggi dello Stato), la quale, a norma dell'articolo 117 della Costituzione, spetta solo alla Regione e non può da questa essere delegata; laddove per la funzione amministrativa si avrebbe (in maggiore o minore misura, a seconda che si segua la via dell'attribuzione di funzioni istituzionali o della delega) un decentramento delle decisioni e delle responsabilità al livello dei nuovi enti minori.

Non vanno nemmeno trascurati gli inconvenienti che nascerebbero relativamente alla situazione del personale e dei beni destinati al servizio sanitario. Se il personale dovesse dipendere dalle unità sanitarie, e i beni essere attribuiti al patrimonio di queste (come discenderebbe dalla logica delle unità sanitarie come enti locali con propria personalità giuridica), si avrebbero, rispettivamente, complicazioni in ordine allo stato giuridico e alla mobilità del personale, e una dannosa frantumazione del patrimonio sanitario con maggiori difficoltà per una sua efficiente distribuzione e utilizzazione. Se, per converso, si mantenesse il personale alle dipendenze della Regione, e i beni fossero attribuiti al patrimonio di questa, salvo l'affidamento in uso alle unità locali, si contraddirebbe fatalmente la logica dell'ente locale: l'unità sanitaria sarebbe tale di nome, ma, priva di personale e di patrimonio proprio, priva anche di funzioni proprie nel caso si seguisse la via della delega a norma dell'art. 118, 3° comma, finirebbe col perdere ogni reale consistenza, e la stessa attribuzione ad essa della personalità giuridica si ridurrebbe a poco più che una finzione.

In realtà la ipotetica creazione delle unità sanitarie locali come enti locali darebbe vita a una sorta di duplicazione del tessuto degli enti locali minori: accanto ai tradizionali enti territoriali a fini generali, ulteriormente svuotati di talune loro funzioni, si porrebbero i nuovi enti, con carattere per così dire funzionale, cioè caratterizzati non da una indeterminatezza di fini ma dall'attribuzione di

funzioni specifiche in un settore determinato (39), dimensionato secondo una logica del tutto estranea a quella comunale, e dotati del potere di gestire una massa ingente di mezzi finanziari, quale quella che dovrebbe affluire al servizio sanitario.

Non si può a priori escludere che la strada del futuro sia proprio quella della graduale sostituzione degli enti locali tradizionali con nuovi enti gestori di una somma di servizi più direttamente riferibili alle collettività locali. Ma per intanto sembra che la creazione, oggi, delle unità sanitarie secondo l'impostazione fin qui criticata darebbe luogo ad una serie di inconvenienti e difficoltà non agevolmente risolvibili.

Il raccordo con gli enti locali tradizionali sarebbe problematico, e altrettanto lo sarebbe quello con le Regioni; il rischio maggiore sarebbe quello di assistere alla nascita di un servizio sanitario sostanzialmente governato dal centro, a livello nazionale, con una polverizzazione delle responsabilità alla periferia e la conservazione di rilevanti poteri in capo allo Stato, e con lo scavalcamento del livello regionale, cioè del livello al quale, bene o male, già esistono degli enti politicamente qualificati e in grado di dire la loro, quali sono appunto le Regioni (40).

12. (segue): la configurazione delle unità sanitarie come consorzi di comuni: critica.

Forse in vista di queste, o di alcune di queste obiezioni, è stata proposta successivamente, sempre dal Ministero della Sanità, una soluzione parzialmente diversa. Le unità sanitarie avrebbero dovuto essere semplici servizi del Comune, nell'ipotesi (poco frequente) di coincidenza tra dimensione comunale e dimensione dell'unità locale medesima; negli altri casi esse avrebbero dovuto essere costituite come consorzi di Comuni (nell'ipotesi di Comuni di dimensioni inferiori a quelli dell'unità locale) o come articolazioni di decentramento sub-comunale, a livello di zona o di quartiere (nel caso di Comuni di dimensioni superiori a quella dell'unità locale). In tal

(39) Tali potrebbero essere ritenuti, sotto alcuni profili, gli enti ospedalieri ai sensi della legge n. 132 del 1968. Cfr. in tal senso, da ultimo, POTOTSCHNIG, *Delegazione delle funzioni amministrative*, cit., 21.

(40) Gli stessi inconvenienti non si verificherebbero, naturalmente, configurando le unità sanitarie come enti dipendenti dalla Regione; su questa ipotesi v. *infra*, par. 13.

modo si evitava di ipotizzare la creazione di un nuovo tipo di ente locale, e si riteneva di assicurare meglio il raccordo con le autonomie comunali, che avrebbero dovuto, secondo questa idea, uscire rafforzate dall'attribuzione, nelle forme ora viste, del servizio sanitario proprio ai Comuni.

Non ci sembra peraltro che questa soluzione vada incontro a minori obiezioni e difficoltà rispetto a quella finora esaminata.

Non si darebbe vita, formalmente, ad un nuovo tipo di ente locale; ma la sostanza sarebbe assai simile se non identica, onde il dubbio nascente dal sostanziale esproprio delle competenze amministrative regionali (a favore degli enti minori) resterebbe integro; specie nel caso in cui alle unità locali configurate si attribuissero le funzioni relative in via istituzionale.

Eguale resterebbe integra l'obiezione derivante dal dimostrato carattere di interesse non « esclusivamente locale » che rivestono le funzioni delle unità locali. Anche da questo punto di vista, creare un nuovo ente locale necessario o creare consorzi di comuni (o articolazioni decentrate nei Comuni maggiori) anch'essi a carattere necessario, non differisce molto dal punto di vista sostanziale.

Si ripresenterebbero in maniera identica, rispetto all'ipotesi prima prospettata, anche i problemi del controllo, della frantumazione delle responsabilità politiche, della polverizzazione del patrimonio e delle difficoltà di governo del personale.

V'è da aggiungere che quello che si guadagnerebbe sul terreno del collegamento col sistema delle autonomie locali esistenti non lo si guadagnerebbe però, probabilmente, sul terreno di una reale garanzia di controllo democratico del servizio.

Il sistema del consorzio dà luogo ad una struttura « di secondo grado » in cui i legami con la popolazione locale, e con gli stessi enti locali consorziati, divengono assai labili. Le esperienze passate e presenti dei consorzi intercomunali non paiono, da questo punto di vista, incoraggianti.

13. (segue): *la configurazione delle unità sanitarie locali come organi periferici della Regione.*

Resta la terza soluzione, quella che — a quanto sembra — in questo momento prevale in sede di elaborazione del progetto di riforma: le unità sanitarie locali verrebbero a configurarsi, secondo questa impostazione, come articolazioni periferiche della struttura

amministrativa della Regione, o, in altri termini, come organi della Regione, sia pure dotati di una struttura del tutto peculiare.

Questa soluzione evita tutti gli inconvenienti che si sono segnalati a proposito delle altre; consente di disciplinare senza vincoli costituzionali di sorta, nel modo che pare più opportuno, i rapporti delle unità sanitarie locali con le altre strutture (di scala più vasta) del servizio sanitario, nonché con gli organi politici della Regione; di approntare gli strumenti più opportuni di coordinamento, indirizzo e controllo dell'attività sanitaria a livello regionale, sia pure rispettando l'autonomia gestionale delle unità locali.

Non sono mancate tuttavia, anche in ordine a questa soluzione, obiezioni, talune delle quali non prive di peso. Si è detto che essa rischia di improntare l'organizzazione del servizio ad un eccessivo centralismo regionale e di burocratizzarla; di accentrare corrispondentemente, sempre su scala regionale, ogni decisione di spesa, con effetti di lentezza e di inefficienza; di frustrare le istanze di democrazia, cioè di controllo dal basso, ad opera delle collettività locali interessate, sul servizio medesimo.

Queste obiezioni, a nostro avviso, mettono in luce dei pericoli reali, ma evitabili.

Una volta acquisito il principio dell'unificazione della responsabilità politico-amministrativa del servizio sanitario in capo, almeno in via primaria, agli organi fondamentali della Regione, assicurando così anche le migliori possibilità di coordinamento, la legge cornice potrà, nel disciplinare la organizzazione del servizio, porre dei principi capaci di ovviare ai pericoli segnalati. Ciò che non si potrà comunque fare, in questa prospettiva, sarà sottrarre agli organi politici della Regione (Consiglio e Giunta) l'esclusiva competenza all'alta direzione del servizio, alle decisioni programmatiche e alle decisioni di spesa globali, incidenti sul bilancio regionale; o disciplinare in dettaglio la composizione e il funzionamento degli organi addetti al servizio sanitario.

Ma, rispettati questi limiti, la legge cornice potrà dettare principi intesi ad assicurare alle unità sanitarie locali una autonomia gestionale, amministrativa e contabile, nei limiti delle norme e degli stanziamenti fissati dalla Regione; ad attribuire agli uffici direttivi delle unità locali una serie di poteri decisionali in ordine alla gestione del servizio, a limitare interferenze e controlli di altri organi regionali tali da ostacolare l'efficienza delle unità sanitarie e la loro capacità di rispondenza tempestiva alle esigenze locali. Potrà pure

sancire un tipo di composizione degli uffici direttivi delle unità locali che ne assicuri un più stretto collegamento con le popolazioni e con gli enti territorialmente minori (i Comuni) interessati, per esempio prevedendo organi formati in tutto o in parte mediante elezione diretta da parte dei cittadini, ovvero mediante elezione da parte delle assemblee rappresentative degli enti locali minori; o ancora prevedere organismi consultivi, di impulso e di controllo, anch'essi rappresentativi delle collettività locali o di forze sociali interessate alla gestione del servizio; dando così il dovuto rilievo, anche sul piano organizzativo, alla presenza, nella gestione dell'assistenza sanitaria, di interessi locali, strettamente e organicamente combinati con interessi non esclusivamente locali (41).

Tutto ciò potrà essere fatto non solo per le unità sanitarie locali, ma anche per le altre strutture del servizio sanitario, primi fra tutti gli ospedali, per i quali il mantenimento dell'attuale configurazione degli enti ospedalieri come enti locali autonomi dotati di personalità giuridica e di proprio patrimonio (configurazione che parrebbe destinata a restare, almeno limitatamente agli ospedali « regionali » e « provinciali ») non sembra la più idonea ad assicurare un efficace coordinamento delle risorse, in termini di strutture sanitarie e di patrimonio, a livello della Regione.

Risultati sostanzialmente non diversi — almeno sotto molti dei profili sopra considerati — si avrebbero del resto anche configurando le unità sanitarie come enti amministrativi dipendenti dalla Regione, cioè appartenenti, per così dire, all'amministrazione indiretta della Regione, che ne disciplinerebbe con propria legge l'ordinamento, ai sensi del 1° comma dell'art. 117 Cost., nel rispetto dei principî fondamentali stabiliti dalla legge di riforma sanitaria. Va sottolineato peraltro che tali enti, nonostante abbiano eventualmente competenze limitate ad una parte del territorio regionale, non potrebbero in alcun modo assimilarsi — neppure ai fini del controllo (42) — agli enti locali di cui al 1° e 3° comma dell'art. 118 e all'art. 130 Cost.: sembra infatti derivare da queste disposizioni, e in particolare dal 1° comma dell'art. 118, una netta contrapposizione

(41) V. POTOTSCHNIG, *La natura degli enti ospedalieri*, in *Gli ospedali: aspetti giuridico-amministrativi*, cit., 82-83.

(42) Non varrebbero quindi nei confronti degli atti degli enti dipendenti dalla Regione i limiti imposti al controllo regionale sugli atti degli enti locali dall'art. 130 Cost.

tra amministrazione regionale da un lato (comprensiva dell'amministrazione diretta e indiretta, espressamente e unitariamente menzionate nell'art. 117 Cost.) e « enti locali », dall'altro lato, attributari di funzioni proprie in forza di leggi generali della Repubblica (43) (funzioni eventualmente sottratte alla generale competenza amministrativa della Regione nelle materie enumerate nell'art. 117) (artt. 118¹ e 128 Cost.), e di funzioni delegate dalla Regione ai sensi del 3° comma dell'art. 118 Cost.

14. *Il finanziamento del servizio sanitario e il « fondo sanitario nazionale ».*

Ad un ultimo aspetto, particolarmente rilevante, della riforma sanitaria conviene accennare brevemente: l'aspetto finanziario. È noto come il servizio sanitario sia destinato ad essere finanziato, in prospettiva, esclusivamente mediante mezzi fiscali, ma vi sarà necessariamente un periodo transitorio non breve durante il quale sopravviverà, in maggiore o minor misura, l'attuale sistema contributivo. Sia per questa ragione (dovendo il sistema contributivo necessariamente essere gestito centralmente, si prevede ad opera di un unico ente, l'I.N.P.S.), sia per ragioni di carattere più generale, legate essenzialmente alla volontà di porre in essere una manovra finanziaria con scopi di perequazione tra le diverse parti del territorio nazionale, la soluzione che si prospetta per il finanziamento del servizio sanitario è quella di un fondo nazionale, iscritto nel bilancio dello Stato, e ripartito fra le Regioni.

Si tratterebbe di un « fondo », in realtà, in senso atecnico, poiché, a quanto sembra, non ci si orienta, già nel periodo transitorio, su una impostazione della spesa legata, nella sua entità, a determinate entrate (contributive, o provenienti da diretto finanziamento statale), il che darebbe luogo propriamente ad un « fondo » avente una propria individualità nell'ambito del bilancio statale; bensì ci si orienta su una impostazione della spesa che solo in via di fatto tenga conto degli elementi di entrata (contributiva e fiscale) disponibili, ma che giuridicamente sia condizionata, nella sua entità e nella

(43) Cfr. CASETTA, *Le funzioni della provincia e del comune in relazione all'ordinamento della Regione*, cit., 67, 5.

sua erogazione, solo alle decisioni politiche adottate in sede di legge di bilancio e di leggi di spesa.

In ogni modo, ciò che caratterizzerebbe il sistema sarebbe il passaggio di *tutti* i fondi destinati al finanziamento del servizio attraverso il bilancio statale, e la successiva loro ripartizione tra le Regioni, in base a parametri più o meno rigidi. In tal modo la spesa per il servizio sanitario costituirebbe, vista nel complesso degli enti erogatori (Stato, Regioni, enti ospedalieri ecc.) una parte bene individuabile, e gestita con criteri individuabili, della spesa pubblica: e non a caso si pensa ad una sorta di contabilità speciale, tenuta con criteri uniformi a livello di ciascuna delle strutture erogatrici della spesa.

Questo sistema ha indubbiamente il pregio di consentire una precisa conoscenza ed un più pronto e coordinato governo della spesa pubblica nel settore. Non si possono tacere peraltro i dubbi che esso suscita sul piano del rispetto dell'autonomia finanziaria delle Regioni, specie se esso dovesse non solo applicarsi a tutta la spesa del settore sanitario, ma estendersi, secondo una tendenza oggi rilevabile, ad altri settori della spesa regionale (44).

L'exasperazione di questa tendenza porterebbe, come già si è accennato, a irrigidire i bilanci delle Regioni in altrettante « fette » distinte e non comunicanti, ciascuna governata e controllata dal centro, svuotando le Regioni stesse di ogni potere di effettiva manovra di spesa e di bilancio. Ci si potrebbe, al limite, domandare a che cosa dovrebbe servire il finanziamento previsto per le Regioni dalla legge 16 maggio 1970 n. 281, se per ogni funzione trasferita venisse costituito un apposito sistema autonomo di finanziamento con ripartizione delle risorse fra le Regioni all'interno di ciascun singolo settore.

In realtà, come si è detto all'inizio, il sistema del fondo manovrato dal centro, e distribuito tra le Regioni con legge (eventualmente anche con la legge annuale di bilancio), sembra legittimo e probabilmente è in vari settori opportuno per quanto attiene alle spese di investimento, allo scopo di perseguire efficacemente gli obiettivi di superamento degli squilibri territoriali.

Al contrario per le spese correnti, identificabili con le spese « necessarie » per l'adempimento delle « funzioni normali » delle

(44) Cfr. le nostre *Note sul trasferimento delle funzioni ecc.*, cit., in questo volume, pagg. 138 e segg.

Regioni, ai sensi dell'art. 119 della Costituzione, il rispetto dell'autonomia finanziaria regionale esigerebbe che si prevedesse una forma di finanziamento non « di settore », ma confluyente nel bilancio generale della Regione; qual'è, appunto, il finanziamento previsto dalla legge n. 281 del 1970, adeguato nella sua entità complessiva come previsto dall'art. 19 della stessa legge sulla finanza regionale.

(marzo 1971)

di quanto dispone l'art. 7, 2° comma, della legge statale n. 444, e disponendo invece (art. 6) che « tutto il personale delle scuole materne è alle dirette dipendenze dell'amministrazione regionale » (onde, in mancanza di un'espressa disposizione derogatoria, dovrebbe ritenersi gravante sulla Regione anche il relativo onere finanziario), sembra determinare una diminuzione degli oneri dei Comuni in rapporto a quanto disposto dalla legge statale, e un corrispondente ulteriore onere a carico della Regione.

Pertanto, da un lato, non si pone alcun problema di provvedere nella legge regionale ai mezzi con i quali i Comuni dovranno far fronte agli oneri posti a loro carico; dall'altro lato, per la spesa relativa al personale di custodia, posto a carico della Regione anziché dei Comuni, la legge regionale dovrebbe prevedere una adeguata copertura, aggiuntiva rispetto a quella relativa agli oneri che la Regione sopporta in sostituzione dello Stato. Per questa parte della spesa la Regione non potrebbe, sul piano giuridico, pretendere che lo Stato la sollevi dal relativo onere, tenendone conto nella determinazione annuale delle quote di tributi erariali ad essa devolute, nè, a maggior ragione, in sede di distribuzione delle somme stanziato dallo Stato in base alla legge n. 444 del 1968. La copertura di queste spese deve quindi in ogni caso essere autonomamente reperita dalla Regione.

(22 Febbraio 1971).

INDICE-SOMMARIO

	<i>pag.</i>
Premessa	1
I. - Note sull'impugnazione da parte delle regioni di leggi statali già in vigore al momento della costituzione degli organi regionali .	3
1. Ammissibilità dell'impugnazione e termini per la medesima . . .	3
2. Oggetto dell'impugnazione (leggi statali lesive della competenza regionale): A) legge sulla costituzione ed il funzionamento degli organi regionali e legge sulla finanza regionale	7
3. Oggetto dell'impugnazione: B) leggi cornice già emanate (la legge ospedaliera)	12
4. Oggetto dell'impugnazione: C) leggi statali disciplinanti materie di competenza regionale ai sensi dell'art. 117 della Costituzione . .	13
5. Elementi per una valutazione dell'opportunità della impugnazione; altri rimedi esperibili dalle Regioni	24
6. Modalità procedurali per l'impugnazione	32
7. Intervento della Regione nel giudizio promosso in via principale da altra Regione	34
II. - Note sulla presentazione alle Camere di un progetto di legge di iniziativa regionale, per la modifica della legislazione in vigore attinente all'organizzazione e all'attività delle Regioni nonché ai controlli su di esse	37
Schema di proposta di legge concernente l'attività delle regioni a statuto ordinario e i controlli statali sulle medesime	55
III. - Osservazioni su di una bozza di schema di disegno di legge sui Commissari del Governo	65
IV. - Note sul trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative svolte dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale in materia di addestramento professionale	85
1. Premesse generali sulle competenze amministrative delle Regioni a statuto ordinario	85

	<i>pag.</i>
2. L'art. 17 della legge sulla finanza regionale e il trasferimento delle funzioni amministrative alle Regioni	92
3. Delega di funzioni amministrative alle Regioni e poteri di indirizzo e coordinamento dello Stato	100
4. Rilievi generali sull'identificazione delle materie di competenza regionale	105
5. Osservazioni sulla competenza regionale in materia di « istruzione artigiana e professionale »	109
6. Identificazione delle funzioni da trasferire alle Regioni in materia di addestramento professionale	117
7. (segue): il trasferimento delle funzioni svolte dagli enti pubblici di addestramento professionale	120
8. Funzioni di competenza statale e indirizzo e coordinamento delle attività regionali: legge cornice e decreto delegato di trasferimento delle funzioni amministrative	127
9. (segue): funzioni di competenza statale in materie connesse	130
10. (segue): i rapporti internazionali	135
11. Il finanziamento delle attività di addestramento e il Fondo per l'addestramento professionale dei lavoratori	138
 V. - Osservazioni sui rapporti tra Stato e Regioni e sugli aspetti giuridici della riforma sanitaria	 147
 VI. - Stato e Regioni nella riforma sanitaria	 157
1. Connessione tra riforma sanitaria e attuazione dell'ordinamento regionale	157
2. Necessità di una legge cornice in materia sanitaria	160
3. La legge ospedaliera del 1968 come legge cornice: i dubbi sulla legittimità costituzionale di talune sue disposizioni	162
4. Esclusività della competenza amministrativa regionale nelle materie elencate nell'art. 117 della Costituzione	166
5. L'art. 17 della legge sulla finanza regionale e gli strumenti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni	169
6. Identificazione della materia di competenza regionale nell'ambito della sanità pubblica	174
7. Le competenze regionali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera	178
8. Ammissibilità di norme statali di principio sull'organizzazione del servizio sanitario regionale	179

	<i>pag.</i>
9. L'organizzazione del servizio sanitario e le unità sanitarie locali: inadeguatezza delle strutture comunali e provinciali	183
10. (segue): la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dai principi costituzionali sui rapporti tra Regioni ed enti locali	184
11. (segue): la configurazione delle unità sanitarie come nuovi enti locali: obiezioni derivanti dal regime costituzionale dei controlli sugli enti locali	188
12. (segue): la configurazione delle unità sanitarie locali come consorzi di Comuni: critica	193
13. (segue): la configurazione delle unità sanitarie locali come organi periferici della Regione	194
14. Il finanziamento del servizio sanitario e il « fondo sanitario nazionale »	197
 VII. - Osservazioni su di uno schema di decreto delegato per il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative in materia di turismo e industria alberghiera	 201
 VIII. - Sull'immediata operatività delle norme in tema di controllo regionale sugli atti dei Comuni e delle Province	 213
 IX. - Note sulla potestà legislativa e amministrativa della Regione autonoma della Valle d'Aosta in materia di assistenza e sanità	 219
1. Interpretazione dell'art. 3 dello statuto speciale per la Valle d'Aosta	219
2. Competenza legislativa della Valle d'Aosta, autonomia speciale e norme costituzionali sull'ordinamento regionale	232
3. Competenza amministrativa della Valle d'Aosta a norma dell'art. 4 dello statuto speciale	235
4. Problemi del trasferimento di funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni	244
5. Effetti del trasferimento alla Regione di uffici periferici dell'amministrazione statale	253
6. Ambito delle materie di competenza regionale ai sensi dell'art. 3, lettere <i>i</i> ed <i>l</i> , dello statuto valdostano	256
7. Generalità sulle competenze trasferite alla Valle d'Aosta in materia di assistenza e beneficenza pubblica e di igiene e sanità	259
8. Applicabilità alla Regione Valle d'Aosta della legge 12 febbraio 1968 n. 132 (legge ospedaliera)	260
 X. - Osservazioni sull'applicabilità, nella Regione Valle d'Aosta, delle norme statali in materia di controllo sugli enti ospedalieri	 265

	<i>pag.</i>
XI. - Osservazioni sull'art. 38, 3° comma, dello Statuto speciale della Valle d'Aosta — concernente l'assunzione di funzionari statali nella Regione — e sugli strumenti e modalità per l'attuazione del medesimo	275
1. Interpretazione dell'art. 38, 3° comma, dello statuto valdostano	275
2. Possibili modi di attuazione dell'art. 38, 3° comma, dello statuto	278
3. Strumenti normativi per l'attuazione dell'art. 38, 3° comma, dello statuto	284
XII. - Osservazioni su di uno schema di progetto di legge regionale contenente norme integrative della legge 18 marzo 1968 n. 444 per l'istituzione delle scuole materne nella Regione autonoma Valle d'Aosta	291
<i>Indice-sommario</i>	<i>309</i>