

versa direzione, riconoscendo la necessità del ricorso al principio della leale collaborazione nelle fasi della ripartizione e della gestione del fondo, « per ricondurre a legittimità costituzionale la norma », in presenza di una disposizione che nulla diceva al riguardo, in quanto collegava il fondo stesso ad un ambito di sicura spettanza statale, come la ricerca ambientale.

A ciò si aggiunga come nella sentenza in commento la Corte, in presenza di proprie precedenti pronunce, in cui la scelta delle forme e dell'intensità con cui il principio di leale collaborazione può essere organizzato era stata rimessa alla discrezionalità del legislatore (« ove nella materia... non si riscontri l'esigenza di specifici strumenti costituzionalmente vincolati di concretizzazione del principio stesso a) (19), procede essa stessa ad indicare il modulo di concretizzazione del principio nell'intesa, per di più, in senso « forte » (20).

CRISTIANA LOMBARDI

(19) Cfr. sentt. nn. 65, 219 e 231 del 2005: a quest'ultima, in particolare, appartiene la frase riportata nel testo.

(20) In tal senso, infatti, deve essere interpretato il rinvio all'intesa « come prevista dalla legge statale... n. 239 del 2004 » (punto 6 del *Considerato in diritto*), in considerazione del precedente intervento sulla medesima operato dalla Corte con la sent. n. 383 del 2005 ed avente ad oggetto, appunto, la dichiarazione di illegittimità in relazione alla mancata previsione dell'intesa « forte ».

SENTENZA — (23 marzo) 31 marzo 2006 n. 134 — *Pres. Marini* — *Red. De Siervo* — Friuli-Venezia Giulia — Provincia autonoma di Trento — *Pres. Cons. Ministri*.

[2064/96] Corte costituzionale - Costituzionalità (questione di) - In genere - Giudizio di legittimità costituzionale in via principale - Pluralità di questioni - Separazione e trattazione di una questione - Riserva di decisione sulle restanti questioni.
(L. 30 dicembre 2004 n. 311, art. 1 comma 169).

[2064/96] Corte costituzionale - Costituzionalità (questione di) - In genere - Giudizio di legittimità costituzionale in via principale - Determinazione degli *standard qualitativi*, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (c.d. LEA) - Clausola di salvezza delle disposizioni degli statuti delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome - Idoneità ad escludere il conflitto con le competenze regionali e provinciali - Esclusione.
(L. 30 dicembre 2004 n. 311, art. 1 comma 169).

[7200/228] Regione - Sanità e igiene - Determinazione degli *standard qualitativi*, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (c.d. LEA) - Individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale - Adozione con regolamento del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento delle Regioni, con lesione del principio di leale collaborazione - Necessità di previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le *Re-*

gioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Illegittimità costituzionale in parte qua.

(Cost., art. 117 commi 4 e 6; l. cost. 18 ottobre 2001 n. 3, art. 10; statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, art. 8, nn. 1, 9, 10 e 16; d.P.R. 28 marzo 1975 n. 474, art. 2; d.lgs. 16 marzo 1992 n. 266, art. 2; statuto speciale della Regione Friuli-Venezia Giulia, artt. 5 n. 16, e 8; l. 30 dicembre 2004 n. 311, art. 1 comma 169).

[7200/228] Regione - Sanità e igiene - Determinazione degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza sanitaria - Adozione con regolamento del Ministro della salute - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Denunciata violazione del principio di legalità sostanziale - Non fondatezza della questione.

(Cost., art. 117 commi 4 e 6; l. cost. 18 ottobre 2001 n. 3, art. 10; statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, art. 8, nn. 1, 9, 10 e 16; d.P.R. 28 marzo 1975 n. 474, art. 2; d.lgs. 16 marzo 1992 n. 266, art. 2; statuto speciale della Regione Friuli-Venezia Giulia, artt. 5 n. 16, e 8; l. 30 dicembre 2004 n. 311, art. 1 comma 169).

Per ragioni di disomogeneità delle materie coinvolte, le questioni di costituzionalità prospettate in relazione ad altre disposizioni contenute nell'art. 1 l. 30 dicembre 2004 n. 311, diverse da quelle concernenti l'art. 1, comma 169, vanno trattate separatamente per essere definite con distinte decisioni (1).

Nel giudizio di legittimità costituzionale in via principale dell'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311, il quale affida ad un regolamento del Ministro della salute la determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi relativi ai livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA), va escluso che il denunciato conflitto con le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome possa essere impedito dal comma 569 del medesimo art. 1, secondo il quale « le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti ». Si tratta, infatti, di disposizione generica rispetto a norme del medesimo testo di legge che risultano formulate in termini inequivoci come riferite a tutte le Regioni e, comunque, la natura stessa dei c.d. LEA impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale (sent. n. 88 del 2006) (2).

È costituzionalmente illegittimo l'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato « sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano », anziché « previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ». Premesso che, nel nuovo titolo V, la materia « tutela della salute » è assai più ampia rispetto alla precedente « assistenza ospedaliera » e che quindi anche in riferimento alle attribuzioni proprie delle regioni a statuto speciale e delle province autonome deve ritenersi che in questa materia l'applicazione dell'art. 10 l. cost. n. 3 del 2001 trovi fondamento nella maggiore

estensione della « tutela della salute » rispetto alle corrispondenti competenze statutarie in materia sanitaria, con il contemporaneo assoggettamento delle stesse ai limiti, espressi o impliciti, di cui al nuovo Titolo V, e in particolare all'esercizio della competenza esclusiva in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali, e premesso altresì che la determinazione dei suddetti livelli, almeno nelle linee generali, deve essere operata dallo Stato con legge, che individui adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie, la disposizione censurata, la quale conferma esplicitamente la disciplina dell'art. 54 l. n. 289 del 2002 — che per le modifiche ai livelli essenziali di assistenza, stabilisce che le relative determinazioni siano adottate con d.P.C.M. d'intesa con la Conferenza permanente — ma, « anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale », prevede che possano essere ((fissatigli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza » con regolamento del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, « sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano », riduce illegittimamente le modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle Regioni (la mera richiesta di un parere alla Conferenza permanente), in quanto, se anche la determinazione degli standard e delle tipologie di assistenza e dei servizi trova giustificazione costituzionale nella lettera m) del comma 2 dell'art. 11? Cost., non può ipotizzarsi che venga meno per essi proprio la più incisiva forma di leale collaborazione fra Stato e Regioni prevista dalla legislazione vigente per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza mediante procedure non legislative (sentt. nn. 245 del 1984, 294 del 1986, 452 del 1989, 282 del 2002, 88 del 2003, 270 e 383 del 2005) (3).

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311, censurato per violazione del principio di legalità sostanziale, in quanto non deterebbe « alcuna disciplina di base idonea a circoscrivere il potere normativo secondario ». Premesso che già la prima legislazione in tema di « livelli essenziali di assistenza » nel settore sanitario e precedente alla adozione del nuovo Titolo V, contenuta nel d.lgs. n. 502 del 1992, conteneva alcuni, ancorché generali, criteri per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, pur rinviandone la specificazione al Piano sanitario nazionale e che le modifiche successive hanno sì determinato la procedura da seguire per la determinazione in via amministrativa dei LEA, ma hanno mantenuto i principi precedenti ed il ruolo di quadro generale di riferimento del Piano sanitario nazionale, la determinazione degli standard e dei LEA risulta delimitata dai principi generali del d.lgs. n. 502 del 1992 e dalle determinazioni del Piano sanitario nazionale, le quali pur se limitate appaiono tuttavia sufficienti in considerazione della natura altamente tecnica della materia, ferma restando la

necessità dell'intesa in sede di Conferenza permanente (v. massima n. 3) (sent. n. 88 del 2003) (4).

Nei giudizi di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2005), promossi con ricorsi della regione Friuli-Venezia Giulia e della provincia autonoma di Trento rispettivamente notificati il 28 febbraio e il 1° marzo 2005, depositati in cancelleria il 3 e l'8 marzo 2005 ed iscritti ai nn. 28 e 35 del registro ricorsi 2005.

Visti gli atti di costituzione del presidente del consiglio dei Ministri;

Udito nell'udienza pubblica del 21 febbraio 2006 il giudice relatore Ugo De Siervo;

Uditi l'avvocato Giandomenico Falcon per la regione Friuli-Venezia Giulia e per la provincia autonoma di Trento e l'avvocato dello Stato Filippo Arena per il presidente del consiglio dei Ministri.

RITENUTO IN FATTO. — 1. Con ricorso notificato il 1° marzo 2005 e depositato l'8 marzo 2005 (reg. ric. n. 35 del 2005) la provincia autonoma di Trento, in persona del presidente *pro tempore* della giunta provinciale, ha promosso in via principale questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2005), per violazione degli articoli 8, nn. 1, 9, 10) e 16), d.P.R. 31 agosto 1972 n. 670 (approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), nonché dell'art. 117, commi 4 e 6, Cost., in relazione all'art. 10 l. cost. 18 ottobre 2001 n. 3 (modifiche al titolo v della parte seconda Cost.), del d.P.R. 28 marzo 1975 n. 474 (norme di attuazione dello statuto per la regione Trentino-Alto Adige in materia di igiene e sanità), « con particolare riferimento all'art. 2 », dell'art. 2 d.lgs. 16 marzo 1992 n. 266 (norme di attuazione dello statuto speciale per il Trentino-Alto Adige concernenti il rapporto tra atti legislativi statali e leggi regionali e provinciali, nonché la potestà statale di indirizzo e coordinamento), ed, infine, per violazione dei principi costituzionali di legalità sostanziale e di LEA le collaborazione.

La norma impugnata affida ad un regolamento del ministro della salute, da adottarsi di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, « sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome » e avvalendosi di una commissione mista Stato-Regioni, la determinazione degli « standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi » relativi ai livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA), la cui disciplina resta determinata dall'art. 54 l. 27 dicembre 2002 n. 289, recante (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2003), in relazione alle prestazioni individuate dal

d.P.C.M. 29 novembre 2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza).

Essa, inoltre, stabilisce che « con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente piano sanitario nazionale ».

La ricorrente reputa che tale ultimo periodo della norma attenga direttamente all'oggetto dei LEA, alla cui osservanza la provincia si dichiara tenuta in forza dell'art. 2 d.P.R. 28 marzo 1975 n. 474, che le impone di garantire « prestazioni di assistenza igienico-sanitaria ed ospedaliera non inferiori agli standard minimi previsti dalla normativa nazionale e comunitaria ».

Viceversa, il primo periodo della norma avrebbe per oggetto « le modalità di erogazione » delle prestazioni rese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Con riguardo alla individuazione dei livelli essenziali di assistenza (art. 1 d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, recante « riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 l. 23 ottobre 1992 n. 421 » e art. 6 d.l. 18 settembre 2001 n. 347 recante « Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, conv., con modif., in l. 16 novembre 2001 n. 405 ») la provincia di Trento afferma di essere titolare di competenza legislativa (e amministrativa) nella materia dell'assistenza sanitaria, in forza degli articoli 9, n. 10 e 16 dello statuto: in ragione dell'art. 10 l. cost. n. 3 del 2001, tale potestà normativa avrebbe assunto « carattere pieno », al pari della « competenza primaria » in materia di ordinamento degli uffici provinciali (art. 8 n. 1, dello statuto).

Ai sensi dell'art. 2 d.P.R. n. 474 del 1975, aggiunge la ricorrente, nell'esercizio della potestà concernente il funzionamento e la gestione delle istituzioni e degli enti sanitari, le province autonome « devono garantire l'erogazione di prestazioni di assistenza igienico-sanitaria ed ospedaliera non inferiori agli *standard* minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria ».

Pertanto, « la forte incidenza della determinazione dei livelli essenziali sull'autonomia regionale e provinciale in materia sanitaria » avrebbe richiesto che, in luogo del « solo parere » della conferenza Stato-Regioni e province autonome richiesto dalla norma impugnata, fosse ribadita (art. 54, comma 3, d.lgs. n. 502 del 1992) la necessità dell'intesa.

Tale intesa apparirebbe particolarmente dovuta nel caso della provincia di Trento, che, in ragione dell'art. 34, comma 3, l. 23 dicembre 1994 n. 724 (misure di razionalizzazione della finanza pubblica), finanzia il servizio sanitario « senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato », e che, in caso contrario, si troverebbe a subire scelte statali gravide di conseguenze finanziarie, « senza neppure la possibilità di partecipare alla necessaria intesa ».

In secondo luogo, la norma impugnata violerebbe, nella sua interezza, il principio di legalità sostanziale, giacché consentirebbe al regola-

mento ministeriale determinazioni prive di una base legale idonea a « circoscrivere il potere normativo secondario ».

Con riguardo al primo periodo della norma impugnata, concernente le « modalità di erogazione » delle prestazioni, la provincia ritiene che tali profili eccedano la competenza legislativa statale, venendo a incidere su scelte relative all'organizzazione del servizio sanitario, di spettanza regionale e provinciale.

Per tale ragione, sarebbe altresì illegittimo il ricorso alla fonte regolamentare statale.

Solo ove si ritenesse, conclude la ricorrente, che la norma impugnata non trovi applicazione nei confronti della provincia, in forza della clausola di salvaguardia prevista dall'art. 1, comma 569, della legge impugnata (che rende salve le attribuzioni garantite dagli statuti speciali), la questione verrebbe a cadere in via interpretativa.

2. A propria volta, con ricorso notificato il 28 febbraio 2005 e depositato il 3 marzo 2005 (reg. ric. n. 28 del 2005), la regione Friuli-Venezia Giulia ha impugnato, tra l'altro, l'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, proponendo, in termini analoghi, le medesime censure svolte dalla provincia di Trento (e basate, quanto all'autonomia legislativa e amministrativa regionale in materia di assistenza sanitaria e organizzazione del relativo servizio, sugli articoli 5, n. 16 e 8, dello statuto).

3. Si è costituito in entrambi i giudizi il presidente del consiglio dei Ministri, a mezzo dell'avvocatura generale dello Stato, chiedendo il rigetto delle questioni con argomenti di analogo tenore.

Secondo l'avvocatura, sia le tipologie di assistenza e i servizi (secondo periodo della norma impugnata), sia gli *standard* (primo periodo) attengono direttamente ai livelli essenziali di assistenza, la cui determinazione spetterebbe allo Stato, in forza dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

Ove poi dovesse farsi applicazione della potestà legislativa garantita dagli statuti speciali delle due ricorrenti, anziché del predetto titolo di competenza legislativa statale, la prima sarebbe priva di carattere esclusivo, dovendo soggiacere, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ai principi stabiliti dalla legge nazionale (mentre sarebbe incongruo il richiamo alla competenza primaria in tema di ordinamento degli uffici), anche con riguardo alle risorse finanziarie programmate per il servizio sanitario nazionale, alle quali i LEA e gli stessi *standard* debbono correlarsi, ai fini di un'uniforme applicazione sul territorio nazionale.

La « valenza prettamente tecnica » degli *standard* avrebbe suggerito di demandarne la determinazione « ad organi tecnici » « dopo avere fissato i parametri essenziali », ivi comprese le risorse disponibili.

Si sarebbe poi richiesto il solo parere della conferenza, anziché l'intesa, per scongiurare, in caso di contrasto tra le parti, ritardi che nel settore sanitario (...) debbono essere evitati.

In ogni caso, la clausola di salvaguardia garantirebbe il rispetto dell'autonomia speciale.

4. Nell'imminenza dell'udienza, la Regione Friuli-Venezia Giulia e la provincia autonoma di Trento hanno depositato memorie di analogo tenore, insistendo per l'accoglimento dei rispettivi ricorsi.

Le ricorrenti replicano alle deduzioni svolte dall'avvocatura dello Stato, ribadendo, anzitutto, che la norma impugnata reca una distinzione tra fissazione degli standard e determinazione dei livelli essenziali di assistenza insuperabile in sede esecutiva, e tale, con riguardo agli standard, da erodere ogni spazio ulteriore di esercizio dell'autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria.

Inoltre, quanto al principio di legalità in senso sostanziale, le ricorrenti insistono nell'osservare che la legge è priva della necessaria « disciplina di base idonea a circoscrivere il potere regolamentare del Ministro » la mera indicazione del tetto delle risorse finanziarie disponibili sarebbe insufficiente a tale scopo, giacché esso sarebbe un « elemento estrinseco, che limita ogni attività pubblica ».

Infine, la previsione di un parere della conferenza Stato-Regioni e province autonome, in luogo dell'intesa, non potrebbe essere giustificata alla luce dell'eventualità che l'intesa non sia raggiunta, poiché l'ordinamento giuridico conosce le procedure per superare tale « stallo » (art. 3 d.lgs. 28 agosto 1997 n. 281, recante « definizione ed ampliamento delle attribuzioni della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle province e dei comuni, con la conferenza Stato-Città ed autonomie locali »).

La sola provincia di Trento dà poi atto del sopraggiunto art. 1, commi 292 e 293, l. 23 dicembre 2005 n. 266 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2006), che reintroduce l'intesa, in sede di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, con la finalità di incrementare l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale.

Secondo la ricorrente, tali disposizioni, in quanto limitate a siffatta finalità, e in quanto non estensibili alla determinazione degli standard, non determinerebbero la cessazione della materia del contendere.

In conclusione, entrambe le ricorrenti dichiarano di insistere perché la norma impugnata sia dichiarata costituzionalmente illegittima.

5. A propria volta, nell'imminenza dell'udienza pubblica, la difesa dello Stato ha depositato memorie di analogo tenore, insistendo per il rigetto dei ricorsi.

Le argomentazioni ricalcano le deduzioni già svolte in sede di costituzione in giudizio.

Lo Stato richiama altresì, quale titolo della propria competenza legislativa, la materia del « coordinamento della finanza pubblica », nel-

l'esercizio della quale il mero parere della conferenza Stato-Regioni e province autonome sarebbe sufficiente strumento di leale collaborazione, anche alla luce del rilievo per cui l'atto regolamentare statale è adottato dal ministro della salute, avvalendosi di una commissione cui partecipano rappresentati designati dalle Regioni.

Si ribadisce, infine, che il carattere tecnico della materia impone il ricorso ad organi dotati delle necessarie competenze, e non già « di estrazione politica ».

* * *

CONSIDERATO IN DIRITTO. — **1.** Con distinti ricorsi di analogo tenore, la provincia autonoma di Trento e la regione Friuli-Venezia Giulia (quest'ultima unitamente ad altre disposizioni) hanno impugnato l'art. **1**, comma **169**, l. **30** dicembre **2004** n. **311**, recante « disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria **2005** »

La provincia di Trento evoca a parametro costituzionale del giudizio gli articoli **8**, nn. **1**, **8**, **10** e **16**, d.P.R. **31** agosto **1972** n. **670** (Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige); l'art. **117**, commi **4** e **6**, Cost., in relazione all'art. **10** l. cost. **18** ottobre **2001** n. **3** (modifiche al titolo v della parte seconda della Costituzione); il d.P.R. **28** marzo **1975** n. **474** (Norme di attuazione dello statuto per la regione Trentino-Alto Adige in materia di igiene e sanità), « con particolare riferimento all'art. **2** »; l'art. **2** d.lgs. **16** marzo **1992** n. **266** (norme di attuazione dello statuto speciale per il Trentino-Alto Adige concernenti il rapporto tra atti legislativi statali e leggi regionali e provinciali, nonché la potestà statale di indirizzo e coordinamento); i principi costituzionali di legalità sostanziale e di leale collaborazione.

La regione Friuli-Venezia Giulia, richiama a propria volta, gli articoli **5**, n. **16**, e **8** l. cost. **31** gennaio **1963** n. **1** (statuto speciale della regione Friuli-Venezia Giulia) e l'art. **117**, commi **4** e **6**, Cost., in relazione all'art. **10** l. cost. **18** ottobre **2001** n. **3**, nonché i principi costituzionali di legalità sostanziale e di leale collaborazione.

2. La regione Friuli-Venezia Giulia ha impugnato anche altri commi dell'art. **1** della medesima legge n. **311** del **2004**.

Per ragioni di disomogeneità delle materie coinvolte, le questioni di costituzionalità prospettate in relazione alle suddette disposizioni verranno trattate separatamente da quelle concernenti l'art. **1**, comma **169**, per essere definite con distinte decisioni di questa corte.

3. Considerata l'identità di materia, nonché la sostanziale analogia delle questioni prospettate dalle due ricorrenti in relazione al menzionato art. **1**, comma **169**, l. n. **311** del **2004**, i giudizi possono essere riuniti per essere decisi con unica sentenza.

4. Le ricorrenti fondano le proprie censure su una distinzione tra primo e secondo periodo della norma impugnata.

Essa, nella parte in cui affida ad un regolamento del ministro della salute la determinazione degli « standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza » sanitaria esorbiterebbe dalla competenza statale in punto di individuazione dei LEA, per invadere invece la sfera di competenza provinciale in tema di « ordinamento degli uffici » e « igiene e sanità » ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera (art. 8, nn. 1, 9 e 10 dello statuto della regione Trentino-Alto Adige) e quella di competenza regionale in tema di « igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera » (art. 5, n. 16, dello statuto della regione Friuli-Venezia Giulia).

La provincia di Trento aggiunge che, mentre è pacifico il carattere primario della competenza legislativa in materia di ordinamento degli uffici, a propria volta la competenza concorrente in materia di igiene e sanità sarebbe divenuta « piena », a seguito della riforma del titolo v della parte II Cost., e per effetto dell'art. 10 l. cost. n. 3 del 2001.

5. Quanto, poi, alla norma impugnata nel suo complesso, essa, anche nella parte concernente la fissazione dei livelli di assistenza in senso proprio (« tipologie di assistenza e servizi »), sarebbe costituzionalmente illegittima, poiché, in violazione del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni e province autonome, vi si è previsto il solo parere della conferenza permanente Stato-Regioni e province autonome, anziché l'intesa, che è richiesta dall'art. 54 l. n. 289 del 2002 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2003).

In secondo luogo, la norma violerebbe altresì il principio di legalità sostanziale, giacché la fissazione dei livelli di assistenza e degli standard viene demandata ad un atto regolamentare, che sarebbe privo di idonea base legale: posto che tale determinazione « vincola l'autonomia legislativa ed amministrativa regionale in materia sanitaria », essa dovrebbe viceversa basarsi « su una disciplina di rango legislativo ».

6. In via preliminare, va escluso che il denunciato conflitto con le competenze delle ricorrenti possa essere impedito dal comma 569 dell'articolo unico che compone la legge 30 dicembre 2004 n. 311, secondo il quale « le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti ».

Infatti, non solo questa disposizione appare generica rispetto a norme del medesimo testo di legge che risultano formulate in termini inequivoci come riferite a tutte le Regioni (come questa corte ha già rilevato nella sentenza n. 88 del 2006), ma, in via generale, la natura stessa dei c.d. LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti

ad autonomia speciale, che infatti hanno sempre partecipato agli atti di intesa in questa materia stipulati in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni.

7. Occorre, inoltre, sempre in via preliminare, escludere che sia cessata la materia del contendere in conseguenza di alcune disposizioni inserite nella legge 23 dicembre 2005 n. 266 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2006); infatti, i commi 280, 292 e 293 dell'articolo unico che la compone si riferiscono, sotto diversi profili, all'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, senza peraltro modificarlo sostanzialmente né per quanto si riferisce ai livelli essenziali di assistenza, né per quanto si riferisce agli standard ivi configurati.

Infatti, da una parte, il comma 280 subordina il concorso finanziario statale al « ripiano dei disavanzi del servizio sanitario nazionale » (di cui al comma 279) al fatto che le Regioni conseguano, entro il 31 marzo 2006 in sede di conferenza unificata, un'intesa sullo schema di piano sanitario nazionale 2006-2008, ed un'intesa sulla « realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa ». inoltre, si prevede che, ove le Regioni non fissino i tempi di attesa, in questi territori « si applicano direttamente i parametri temporali determinati [...] in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311 » [comma 280, lett. b)].

A sua volta, il comma 292 prevede che « il ministero della salute promuove, attraverso le procedure di cui all'art. 54 l. 27 dicembre 2002 n. 289, e all'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004 n. 311, una rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero » [ciò mentre lo stesso comma 292, alla lettera b), direttamente introduce un nuovo livello essenziale di assistenza integrativa].

Infine, il comma 293 stabilisce che — al fine di incrementare l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero — con decreto del presidente del consiglio dei Ministri, di intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, « sono individuati le tipologie di assistenza ed i servizi relativi alle aree di offerta del piano sanitario nazionale. quest'ultima disposizione, prevedendo la necessaria intesa solo agli specifici fini indicati, si sovrappone in parte a quanto previsto in generale nel penultimo periodo del comma 169 l. n. 311 del 2004, ai sensi del quale « con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente piano sanitario nazionale ».

Anche attraverso queste assai complesse innovazioni legislative resta pertanto immutato il duplice e differenziato canale di determinazione, mediante atti non legislativi, dei livelli essenziali e dei cosiddetti standard, di cui al comma 169 dell'art. 1 l. n. 311 del 2004. resta quindi, per questa parte, immutata la asserita lesione dell'autonomia regionale che ne deriverebbe e che viene lamentata nel presente giudizio, benché le censure restino circoscritte a quelle sole procedure, individuate dalla norma impugnata, che non siano state modificate in termini satisfattivi per le ricorrenti dal comma 293 l. n. 266 del 2005.

8. Nel merito, occorre anzitutto determinare quale sia il titolo di competenza legislativa di cui la disposizione impugnata è espressiva, dal momento che le ricorrenti fanno riferimento sia alle proprie competenze in materia sanitaria che trovano fondamento nei rispettivi statuti speciali e nelle norme di attuazione, sia all'art. 117 Cost., sulla base di quanto previsto dall'art. 10 l. cost. 18 ottobre 2001 n. 3 (modifiche al titolo v della parte seconda della costituzione).

In primo luogo, è da considerare che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie interseca in modo significativo la sfera di competenza legislativa concorrente assegnata dagli statuti speciali alle due ricorrenti nella materia « igiene e sanità » (art. 5, n. 16, dello statuto della regione Friuli-Venezia Giulia; art. 9, n. 10, dello statuto della regione Trentina-Alto Adige), piuttosto che quella primaria relativa all'« ordinamento degli uffici » (art. 8, n. 1, dello statuto della regione Trentina-Alto Adige), posto che questa ultima competenza appare recessiva, a fronte delle evidenti finalità di tutela della salute connesse alla disciplina legislativa in esame.

Per quanto riguarda la materia incisa dalle disposizioni impugnate, questa corte ha affermato che la competenza legislativa concorrente concernente la « tutela della salute » (art. 117, comma 3, Cost.) è « assai più ampia » rispetto alla precedente relativa all'« assistenza ospedaliera » (sent. n. 270 del 2005) ed esprime « l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina » (sent. n. 282 del 2002).

Quindi anche in riferimento alle attribuzioni proprie delle parti ricorrenti deve ritenersi che in questa materia l'applicazione dell'art. 10 l. cost. n. 3 del 2001 trovi fondamento nella maggiore estensione della « tutela della salute » rispetto alle corrispondenti competenze statutarie in materia sanitaria, di cui questa corte ha in più occasioni sottolineato il carattere contenuto, atteso che esse non si risolvono « in una materia pienamente assimilabile agli altri settori di competenza regionale, sia per la particolare intensità dei limiti cui sono in tal campo sottoposte la legislazione e l'amministrazione delle Regioni, sia per le peculiari forme e modalità di finanziamento della relativa spesa pubblica » (sentt. nn. 452 del 1989, 294 e 245 del 1984).

La riconduzione delle attribuzioni dei soggetti ad autonomia speciale in materia sanitaria all'art. 117, comma 3, Cost., implica però — come postulato dalle stesse parti ricorrenti tramite il richiamo all'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost. — il contemporaneo assoggettamento delle stesse ai « limiti, espressi od impliciti, contenuti nel nuovo titolo V » della Costituzione (sent. n. 383 del 2005), ed, in particolare, all'esercizio della competenza esclusiva dello Stato in punto di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali.

Va da sé che, muovendosi entro tali coordinate costituzionali, l'esito del presente giudizio non potrà che avere effetto per l'intero territorio nazionale.

9. Va ora considerato il regime giuridico dei limiti che possono essere apposti, sulla base dell'art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost., all'autonomia delle Regioni in tema di tutela della salute. questa corte ha già avuto occasione di affermare che la rilevante compressione dell'autonomia regionale che consegue alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, se « attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto », esige « che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie » (sent. n. 88 del 2003).

Nella medesima sentenza si rileva che l'art. 6 d.l. 18 settembre 2001 n. 347 (interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), quale modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001 n. 405, ha disciplinato un apposito procedimento per la determinazione dei livelli essenziali, prevedendo un decreto del presidente del consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della salute di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e che su questa base è stato adottato il d.P.C.M. 29 novembre 2001. successivamente l'art. 54 l. 27 dicembre 2002 n. 289, ha confermato questa procedura, specificando anche che le modifiche ai LEA individuati negli allegati del d.P.C.M. 29 novembre 2001 « sono definite con decreto del presidente del consiglio dei Ministri, di intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ».

La disposizione impugnata conferma esplicitamente la disciplina dell'art. 54 l. n. 289 del 2002 per la determinazione dei LEA, ma, « anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale », prevede che possano essere « fissati gli

standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza » tramite una nuova procedura, che prevede un regolamento del ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, « sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano »).

Questa disposizione legislativa individua gli *standard* in termini tali da rendere evidente che si tratta di integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario e che intenderebbero assicurare una migliore erogazione. non può essere negata la possibilità del legislatore statale di giungere ad una più analitica ed effettiva tutela dei LEA, non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che faccia venire meno il requisito della loro essenzialità, essendo questo tipo di valutazioni costituzionalmente affidato proprio al legislatore statale (che, in effetti, tramite alcune specifiche disposizioni legislative, ha anche proceduto a definire direttamente alcune prestazioni come livelli essenziali).

Non può pertanto dubitarsi che anche la fissazione degli *standard* costituisca esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

Se la individuazione degli *standard* — la quale determina indubbiamente una compressione dell'autonomia legislativa ed amministrativa delle Regioni garantita dal titolo v della Costituzione — non può trovare legittimazione costituzionale che nella già richiamata lettera m) del comma 2 dell'art. 117 Cost., la relativa disciplina deve essere omogenea a quella prevista espressamente per i LEA, ove si ipotizzi, come nel caso del comma 169 l. n. 311 del 2004, che la loro adozione avvenga tramite una procedura non legislativa.

Nella valutazione di questa procedura non assume rilevanza l'attribuzione del relativo potere normativo ad un regolamento ministeriale (d'altronde lo stesso decreto del presidente del consiglio ha anch'esso analoga natura), dal momento che, operandosi nell'ambito di una materia di competenza esclusiva statale, la potestà normativa secondaria spetta allo Stato, ai sensi dell'art. 117, comma 6, Cost.

Ciò che, invece, rileva è la ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle Regioni (la mera richiesta di un parere alla conferenza unificata), rispetto a quanto ribadito — tramite il rinvio all'intero testo dell'art. 54 l. n. 289 del 2002 (ivi inclusa la procedura su « intesa » in sede di conferenza unificata, disciplinata dal comma 3 di tale disposizione) — nello stesso comma 169 per la modificazione dei LEA in riferimento a *standard* che apporterebbero limitazioni di norma ancora più incisive all'autonomia regionale, in quanto connesse alla fase di concretizzazione dei LEA; se anche la determinazione degli *standard* trova giustificazione costituzionale nella lettera m) del comma 2 dell'art. 117 Cost., non può evidentemente ipotizzarsi che

venga meno per essi proprio la più incisiva forma di **LEA** le collaborazione fra Stato e Regioni prevista dalla legislazione vigente per la determinazione dei **LEA** mediante procedure non legislative.

Né può sottacersi il paradosso che sarebbe costituito dall'esistenza di due diverse modalità di coinvolgimento delle Regioni rispetto a fenomeni tra loro profondamente contermini, come la determinazione dei **LEA** e la determinazione di quei particolari **LEA** che sarebbero costituiti dagli *standard* specificativi od attuativi dei primi.

Va pertanto dichiarata la illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della salute che determina gli *sstandard* sia adottato « sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano », anziché « previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ».

10. Analogamente va dichiarata la illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della salute che individua le tipologie di assistenza e i servizi del piano sanitario nazionale per fini diversi da quelli di cui al comma 293 l. n. 266 del 2005, sia adottato « sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano », anziché « previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ».

Infatti, la determinazione delle tipologie di assistenza e dei servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal piano sanitario nazionale, costituisce una fase della individuazione in via non legislativa dei **LEA** e quindi non appare giustificabile una diversità di partecipazione delle Regioni nel relativo procedimento di specificazione.

11. Infondata è, invece, anche a volerla considerare ammissibile (sent. n. 31 del 2001), la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, sollevata da entrambe le ricorrenti per violazione del principio di legalità sostanziale, dal momento che la legge non detterebbe « alcuna disciplina di base idonea a circoscrivere il potere normativo secondario ».

Proprio la richiamata sentenza n. 88 del 2003 ha messo, infatti, in luce che già la prima legislazione in tema di « livelli essenziali di assistenza » nel settore sanitario e precedente alla adozione del nuovo titolo v, contenuta nel d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, conteneva alcuni, ancorché generali, criteri per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, pur rinviandone la specificazione al piano sanitario nazionale. le modifiche successive hanno, da una parte, determinato la procedura da seguire per la determinazione in via amministrativa dei

LEA, ma, dall'altra, hanno mantenuto i principi precedenti ed il ruolo di quadro generale di riferimento del piano sanitario nazionale.

Alla luce di ciò, la determinazione degli *standard* e dei LEA è delimitata dai principi generali del d.lgs. n. 502 del 1992 e dalle determinazioni del piano sanitario nazionale, mentre sul piano procedurale resta prevista in ogni caso, anche per effetto dell'odierna pronuncia, l'intesa in sede di conferenza permanente. tenendo presente che si opera nell'ambito di una materia altamente tecnica come quella della individuazione delle prestazioni relative all'assistenza sanitaria, le pur limitate predeterminazioni legislative di criteri e di limiti al potere normativo secondario appaiono sufficienti per escludere il vizio denunciato.

P. Q. M. LA CORTE COSTITUZIONALE

Riservata a separate pronunce la decisione delle altre questioni di legittimità costituzionale sollevate, nei confronti dell'articolo 1 l. 30 dicembre 2004 n. 311 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2005) dalla Regione Friuli-Venezia Giulia;

riuniti i giudizi,

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della predetta legge 30 dicembre 2004 n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato « sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano », anziché « previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano »;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, l. n. 311 del 2004, sollevata dalla Regione friuli-veneziana Giulia e dalla provincia autonoma di Trento per violazione del principio di legalità sostanziale.

I ricorsi che hanno sollevato la questione sono pubblicati in G.U. n. 11 del 16 marzo e 13 del 30 marzo 2005, 1^a serie spec.

(1-4) Sullo straleio delle censure (non omogenee) concernenti più disposizioni del medesimo testo, cfr. la nota redaz. alla sent. n. 31 del 2005; poi decc. nn. 34, 35, 36, 37, 50, 64, 70, 107, 134, 160, 162, 175, 222, 242, 270, 277 e 323 del 2005; cfr. anche sentt. nn. 88, 118 e 133 del 2006.

Sulla cessazione della materia del contendere, si fa rinvio alla nota redaz. alla sent. n. 20 del 2006; poi. cfr. decc. nn. 80, 88, 103, 111 e 118 del 2006.

Sui « livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale », di cui alla lett. m) dell'art. 117, comma 2 Cost., v. la nota redaz. nn. 145, 285 e 335, 383 del 2005.

Sulla competenza legislativa in tema di tutela della salute si rinvia alla nota redaz. alla sent. 338 del 2003; poi sentt. nn. 353 del 2003; 12 e 200 del 2004; 270, 336, 432 e 467 del 2005; 116 del 2006. In particolare, sulla « maggiore ampiezza » della

competenza legislativa concorrente concernente la « tutela della salute » rispetto alla precedente relativa all'« assistenza ospedaliera cfr. sent. n. 270 del 2005.

In tema di leale collaborazione nei rapporti tra lo Stato e le Regioni si rimanda alla nota alla sent. n. 135 del 2005; poi decc. nn. 162, 167, 175, 219, 234, 270, 272, 279, 285, 336, 383, 384 e 431 del 2005; 21, 30, 42, 105, 118 e 133 del 2006. Riguardo al ruolo della Conferenza Stato — Regioni cfr. la nota alla sent. n. 285 del 2005; poi sentt. nn. 133 del 2006.

Sul rispetto del principio di legalità nei rapporti tra fonti secondarie statali e competenze regionali, da intendere nel senso che le Regioni non sono soggette alla disciplina recata da regolamenti statali rinvio a 267 del 2003; v. anche sentt. nn. 303 del 2003; 17 e 162 del 2004; 108 del 2005.

A commento della decisione pubblichiamo un'osservazione del dott. Lorenzo Cuocolo e della dott. Elena Pesaresi.

Livelli essenziali: allegro, ma non troppo.

1. La sentenza che si commenta ha ad oggetto due ricorsi presentati in via principale dalla Provincia autonoma di Trento e dalla Regione Friuli Venezia Giulia, contro l'art. 1, comma 169, della l. n. 311 del 2004, Finanziaria per il 2005.

Sorvolando sulla tecnica redazionale della legge impugnata, che pure meriterebbe un'attenta analisi ed una serrata critica, componendosi di ben 572 commi racchiusi in un solo articolo (1), il comma 169 prevede che lo Stato possa determinare diversi standard relativi ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (2).

In particolare, il primo periodo del comma 169 — che attirerà senz'altro l'attenzione dei legisti anche per la sua lunghezza record di 197 parole — attribuisce ad un regolamento del Ministro della salute, da adottarsi di concerto con il Ministro dell'economia, la definizione di « standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza », previo parere della Conferenza Stato-Regioni.

Il secondo periodo, inoltre, estende la medesima procedura anche all'individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale.

Il comma 169 viene impugnato per tre distinti ordini di motivi: in via generale, le ricorrenti ritengono che la previsione dei regolamenti statali non sia sufficientemente dettagliata, contrastando così con il principio di legalità, inteso in senso sostanziale.

Una ulteriore censura investe il primo periodo del comma: la previsione di standard di assoluto dettaglio, infatti, riguarderebbe le modalità di erogazione dei LEA,

(1) Si veda N. LUPO, *Quando la legge si propone di semplificare ma, purtroppo, non ci riesce. A proposito della legge n. 246 del 2005 (legge di semplificazione 2005)*, in *Rass. parl.* 2006, 275 ss.; si veda anche, volendo, L. CUOCOLO, *I maxi-emendamenti tra opportunità e legittimità costituzionale*, in questa *Rivista*, n. 6/2004, 4753 ss.

(2) Si noti, tra l'altro, che gli effetti prodotti dalla scadente tecnica di redazione delle leggi, ed in particolare di quelle finanziarie, produce effetti « a catena ». Parte delle censure rivolte dalle ricorrenti alla Finanziaria del 2005 sono infatti cadute a seguito della successiva approvazione della Finanziaria del 2006: si vedano, in particolare, il punto 7 in diritto. La continua modifica delle norme settoriali, il più delle volte ad opera di *omnibus* finanziari, rende assai ardua una affidabile e compiuta conoscenza, anche per gli operatori, dello stato del libro delle leggi, con il rischio — sfiorato anche nel caso di specie — di ricorsi incompleti, necessitanti di imbarazzanti integrazioni da parte del giudice costituzionale.

costituendo dunque una lesione delle competenze regionali, e segnatamente di quelle in tema di organizzazione sanitaria.

L'ultima censura, invece, ha ad oggetto il secondo periodo del comma 169: a parere delle ricorrenti, infatti, in riferimento all'individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi, la previsione di un semplice parere da parte della Conferenza Stato-Regioni, anziché di una intesa, violerebbe il principio di leale collaborazione.

La sentenza della Corte si segnala per quattro differenti profili, che verranno di seguito esaminati: si tratta della messa a fuoco della competenza legislativa concorrente nel nuovo Titolo V, nonché degli strumenti, delle procedure di definizione e della graduazione contenutistica dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

2. Il primo aspetto di interesse della sent. n. 134 del 2006 riguarda, come accennato, una più precisa delimitazione della competenza legislativa concorrente dopo la riforma del Titolo V. Il punto, per vero, non è al centro del *reasoning* della Corte, ma serve a segnare le differenze tra la competenza delle autonomie speciali in tema di « igiene e sanità » e quella delle Regioni ordinarie in tema di « tutela della salute », con conseguente valutazione circa la possibilità di applicare l'art. 10 della l. cost. n. 3 del 2001, che estende anche alle autonomie speciali le previsioni della riforma del Titolo V che assicurino un livello di autonomia ulteriore rispetto a quello contenuto negli Statuti speciali (3).

Ebbene, in modo quanto mai chiaro, la Corte afferma — anche richiamando i propri precedenti del 2002 e del 2005 — che la competenza legislativa concorrente sulla tutela della salute è « assai più ampia » rispetto alla precedente riguardante l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, e che la nuova formulazione dell'art. 117, comma 3, Cost. mira a marcare in modo più netto il confine tra principi fondamentali e norme di dettaglio. Pur persistendo il concorso vincolato di fonti, che vede la compresenza necessaria degli uni e delle altre (eventualmente desumendo i principi dal corpo della legislazione statale: cfr. Corte cost., sent. n. 282 del 2002), la competenza statale, nel nuovo sistema, dev'essere soggetta ad un più rigoroso scrutinio circa la effettiva natura di principio, rendendosi inammissibili, ad esempio, normative dettagliate « cedevoli » che avevano caratterizzato la prima fase del regionalismo italiano (4). Questa impostazione, anche ad omettere una attenta riflessione circa la maturità di molti legislatori regionali, sconta il « peccato originale » di non definire con esattezza cosa debba intendersi per principio fondamentale: a ciò consegue la sostanziale indeterminatezza del limite posto al legislatore statale. La nuova giurisprudenza della Corte, dunque, sembra porre un indirizzo al legislatore statale, di stampo restrittivo, e quasi un incoraggiamento ai legislatori regionali affinché interpretino in modo più pieno le proprie competenze. Ma ciò conferma l'imprescindibile politicità dei principi fondamentali: come che li si vogliano considerare, limiti o indirizzi (5), non sono passibili di una definizione che non sia vaga o tautologica, e a poco vale — come l'esperienza ha dimostrato — la verifica della non diretta applicabilità degli stessi (6).

(3) Sul punto si veda la lineare giurisprudenza della Corte costituzionale: cfr., ad es., le sentt. nn. 103, 274 e 314 del 2003. In dottrina cfr. A. RUGGERI, *Forma e sostanza dell'« adeguamento » degli statuti speciali alla riforma costituzionale del Titolo V (notazioni preliminari di ordine metodico-ricostitutivo)*, in *Le Regioni*, 357 ss.

(4) Sul rapporto tra la nuova formula e quella precedente di « assistenza sanitaria e ospedaliera », anche in riferimento alla previsione dell'art. 32 Cost., cfr. soprattutto D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana - profili sistematici*, Milano 2002, 102.

(5) Cfr. F. CUCCOLO, *Le leggi cornice nei rapporti tra Stato e Regioni*, Milano 1967, 70 ss.; E. GAZZI, *Manuale di diritto regionale*, Milano 1986, 33 ss.

(6) In base al « test » elaborato dalla Corte: cfr., ad es., le sentt. nn. 177 del 1988 e 355 del 1993. In dottrina cfr. A. ANZON, *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale*,

Ma questa indeterminabilità a priori dei principi fondamentali, è invero l'ammortizzatore che può consentire, nel diritto vivente, di riequilibrare continuamente — pur all'interno di un concorso vincolato — i rapporti tra Stato e Regioni. Questo aspetto, invero già ampiamente studiato negli anni Settanta, torna alla mente ora, nell'imminenza del *referendum* costituzionale di approvazione della «*devolution*», e impone riflessioni del tutto critiche sulla ipotesi di eliminare la legislazione concorrente in materia di tutela della salute, a favore di una doppia esclusività, dello Stato e delle Regioni, o pericolosa, o inutile (7).

3. Si è detto che uno dei profili di interesse della sentenza in commento riguarda la definizione dei contenuti che possono avere i livelli essenziali delle prestazioni. La riforma costituzionale del 2001, infatti, anche sulla scia del progetto del 1997 e della c.d. bozza Amato, nella redazione dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), ha volutamente ed opportunamente scelto una formula ampia ed indeterminata (8): una clausola trasversale — com'è noto — ma anche una clausola elastica, i cui contenuti sono da determinare e rideterminare in una tensione costante all'equilibrio tra differenziazione ed adeguatezza (9).

Ma affinché l'elasticità non diventi vaghezza e non assuma una connotazione negativa, è necessario riflettere sui possibili contenuti concreti che i livelli possono incarnare. In particolare, in una materia come quella sanitaria, toccata sia dalla legislazione concorrente che da quella esclusiva dello Stato, è opportuno chiedersi quali siano i punti di differenza tra livelli essenziali delle prestazioni e principi fondamentali della materia. In altre parole: essenzialità è sinonimo di fundamentalità?

La risposta è tutt'altro che agevole, e — all'atto pratico — non è pensabile di riuscire a qualificare in univocamente ogni intervento legislativo statale, a maggior ragione ove una medesima legge contenga tanto principi quanto livelli essenziali (10).

Ma senz'altro può dirsi che essenzialità e fundamentalità non coincidono (11): la prima, infatti, riguarda le scelte regolatorie che incidono sull'essenza del diritto alla

Torino 2002, 113. Sulla ineluttabile vaghezza dei principi fondamentali cfr. F. CUOCOLO, *Istituzioni di diritto pubblico*, Milano 2003, 583.

(7) Cfr. S. GAMBINO, *Stato, diritti sociali e devolution: verso un nuovo modello di welfare*, sul sito dell'A.I.C., www.associazionedeicostituzionalisti.it. Per una critica al progetto di riforma, nella parte relativa alla tutela della salute, sia consentito anche il rinvio a L. CUOCOLO, *Tutela della salute e devolution: fantasia e realtà in dieci (più una) considerazioni*, in R. BALDUZZI (cur.), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano 2005, 631 ss.

(8) Più precisamente, il testo approvato dalla Commissione bicamerale il 30 giugno 1997 faceva riferimento a «livelli minimi comuni delle prestazioni concernenti i diritti sociali e la tutela della salute»; il testo di novembre, per contro, richiamava «livelli delle prestazioni concernenti i diritti sociali che devono comunque essere garantiti in tutto il territorio nazionale»; in ultimo, il testo della c.d. bozza Amato, presentata alla Camera nel marzo 1999, concerneva «livelli di garanzia da assicurare sul territorio nazionale alle prestazioni concernenti i diritti sociali». Si noti, oltre all'indeterminatezza delle previsioni, che tutti i testi fanno esclusivamente riferimento ai diritti sociali, e non anche a quelli civili, come invece nella formula definitivamente adottata.

(9) Com'è stato puntualmente notato da A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (cur.), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino 2004, 80, che considera i LEP «riassuntivi e connotativi» al tempo stesso della riforma costituzionale.

(10) Una parziale sovrapposizione tra principi fondamentali e livelli essenziali si legge in A. LUCARELLI, *L'effettività del principio di eguaglianza e i diritti sociali nei processi evolutivi della forma di Stato*, in *Il Filangieri* 2004, 100.

(11) Per un esame delle differenze tra principi fondamentali e livelli essenziali delle prestazioni, sia consentito il rinvio a L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo - Profili di diritto interno e comparato*, Milano 2005, 75.

salute, quelle scelte che non tollerano differenziazione sul territorio nazionale, a meno di non compromettere la cittadinanza sociale, che si declina anzitutto in chiave di tutela del diritto alla salute. La fundamentalità, invece, riguarda le scelte politiche di fondo — come si è detto in precedenza — e, almeno nel disegno teorico, corrisponde ad una cornice all'interno della quale si può dispiegare la competenza della Regione.

Riducendo ulteriormente la prospettiva, i livelli essenziali delle prestazioni, pur non identificandosi in queste ultime, possono assumere un contenuto di dettaglio, ed anzi è molto probabile che ciò avvenga. I principi fondamentali, invece, almeno a livello di inquadramento teorico, non devono interferire sulla disciplina di dettaglio, rimessa alla normazione regionale.

Questa ricostruzione è confermata dalla sentenza in commento: la Corte, infatti, afferma che « non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che faccia venire meno il requisito dell'essenzialità, essendo questo tipo di valutazioni costituzionalmente affidato proprio al legislatore statale ». Non si dice, ma va da sé, che il controllo sulle scelte del legislatore statale potrà prendere le forme del giudizio sulla ragionevolezza, svolto dalla Corte costituzionale (12).

La motivazione, invece, prosegue specificando che il legislatore statale, « in effetti, tramite alcune specifiche disposizioni legislative, ha anche proceduto a definire direttamente alcune prestazioni come livelli essenziali ». E questa chiosa non è del tutto condivisibile: i livelli essenziali, infatti, sono livelli essenziali « delle prestazioni ». Rischia di essere tautologico, dunque, affermare che le prestazioni costituiscono i livelli essenziali... delle prestazioni. Ma questa sbavatura, d'altra parte, è quasi obbligata dalla difficoltà di offrire una esegesi del tutto soddisfacente della previsione costituzionale: una totale separazione dei livelli dalle prestazioni, infatti, pur concettualmente preferibile, aprirebbe l'ulteriore irrisolvibile problema di individuare il soggetto competente a determinare le prestazioni: e tale soggetto non sarebbe lo Stato, se si applicano i criteri dell'art. 117 Cost. In prospettiva opposta, invece, una lettura eccessivamente « prestazionale » dei livelli essenziali porterebbe con sé il rischio di elencazioni dal sapore contrattualistico (13), vanificando l'essenza personalista e sostanzialista che vuole esprimere la lettera m).

E vero, dunque, che in alcuni casi l'essenzialità richiede una analiticità tale da sfumare e confondersi nelle prestazioni che sostanziano i livelli medesimi, ma la declinazione prestazionale dei livelli dev'essere valutata con attenzione e, soprattutto, caso per caso (14), nella prospettiva irrinunciabile di una costruzione a gradi dei livelli essenziali e del rapporto tra principio unitario e uguaglianza sostanziale (15).

Questo quadro concettuale consente alla Corte di affermare che gli standard

(12) Si vedano le considerazioni di M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni*, in *Sanità pubblica* 2002, 1033: « cosa si intenda per livello essenziale » non è semplice definire. In via di principio, la determinazione concreta di tali livelli è oggetto di una decisione politica, riservata al legislatore statale. Una decisione, ovviamente, pur sempre sottoposta all'eventuale scrutinio del giudice costituzionale, che tuttavia, vista la notevole discrezionalità implicata dalla latitudine della formula, può estendersi soltanto sino a verificare il rispetto del limite della manifesta irragionevolezza o della manifesta contraddittorietà ».

(13) Come notato da N. DIRINDIN, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali*, relazione al Convegno *I Livelli essenziali di assistenza nella Costituzione*, Roma, 12 marzo 2002, *paper*, 32.

(14) Si vedano con particolare attenzione le antesignane considerazioni di V. FROSINI, « *Protocolli terapeutici* » e *diritti di libertà. Dopo l'approvazione alla Camera del disegno di legge*, in *Parlamento* 1982, 23 ss., che — per primo — si pose il problema della legittimità costituzionale di protocolli terapeutici tali da imporre cure ai pazienti « standardizzate » in base a convenienze economiche ed amministrative e non, invece, modellate sulle esigenze di salute del *singolo* malato.

(15) Non è qui possibile dilungarsi sul punto, ma a chi scrive pare che l'unica let-

previsti dal comma 169 siano « integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario e che intenderebbero assicurare una migliore erogazione ». La Corte, in sostanza, salva gli standard, mostrandosi sin troppo comprensiva nei confronti della previsione statale.

Il comma 169 prevede la definizione con regolamento di « standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di rui ai livelli essenziali di assistenza ». Alcune aggettivazioni lasciano perplessi: mal si comprende, ad esempio, cosa siano gli standard di esito, quasi la scienza medica fosse una scienza esatta.

Ma gli standard che più interessano in questa sede sono quelli qualitativi e strutturali. Pare indiscutibile che la definizione dettagliata delle modalità qualitative e soprattutto strutturali, relative ai livelli essenziali di assistenza sanitaria, incida anche sull'organizzazione del servizio stesso. Non si capisce, infatti, quale « struttura » possa ipotizzarsi, se non quella organizzativa relativa al livello essenziale da assicurare ed alla correlata prestazione da erogare.

Ciò, del resto, sembra sposare le tesi di quella parte della dottrina particolarmente attenta alle istanze unitarie ed alla garanzia di servizi uniformi sul territorio nazionale. È stato sostenuto, infatti, che « il riferimento ai "livelli" essenziali non deve far pensare soltanto alla necessità di determinazione di livelli quantitativi, ma anche alla definizione della "struttura organizzativa" che assicura la garanzia dei diritti. Ciò comporta che lo Stato non si deve limitare a definire "quanto", ma anche a stabilire i principi fondamentali del "come" » (16). Tale ricostruzione è condivisibile, soprattutto se si legge la lettera m) come esigenza di garanzia « uniforme » dei livelli, anziché di garanzia « uguale » >>.

Uniformità ed uguaglianza, infatti, hanno sfumature semantiche non sovrapponibili. Il testo della Costituzione non qualifica la garanzia dei livelli essenziali né come uniforme, né come uguale. La Corte costituzionale, tuttavia, ha precisato che i livelli devono essere garantiti in modo « uniforme » su tutto il territorio nazionale (17). Se si accetta tale scelta interpretativa — confermata anche dalla legislazione ordinaria (18) — non si può quindi che condividere la necessità di riflessi uniformi anche sull'organizzazione, o almeno su parte di essa. È dunque da sottolineare con favore, sotto questo profilo, la scelta della Corte di « salvare » gli standard previsti dalla Finanziaria per il 2005.

Si noti, tuttavia, che queste conclusioni contrastano con quanto stabilito in altre sentenze sul nuovo Titolo V. Vengono alla mente in particolare le sentt. nn. 370 del

tura possibile della lettera m) imponga una costruzione a gradi dei livelli essenziali, quasi un arco tra il profilo oggettivo, che mira a garantire un fascio di diritti uniformi su tutto il territorio nazionale, e quello soggettivo, che impone di scegliere il modo più adeguato per soddisfare l'esigenza di salute del singolo soggetto bisognoso. Questa prospettiva mette in particolare evidenza la congiunzione tra principio autonomistico (art. 5 Cost.) ed uguaglianza sostanziale (art. 3, comma 2, Cost.). Cfr. gli approfondimenti in L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., sopr. 161 ss.

(16) M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni*, cit., 1034. Non dissimili le considerazioni di R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano 2002, 21, il quale ha affermato che la determinazione statale dei livelli essenziali « sembra infatti implicare conseguenze importanti anche sull'organizzazione dei servizi sanitari: è arduo immaginare un sistema capace di assicurare tali livelli senza un'organizzazione ultraregionale ». Cfr. anche E. ALBONI, *Il concetto di « livelli essenziali ed uniformi » come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Istituz. federal.* 2001, 1103.

(17) Già nella sent. n. 88 del 2003.

(18) Si veda proprio il comma 169 della Finanziaria per il 2005, che prevede gli standard di cui si è detto proprio « al fine di garantire che le modalità di erogazione [delle prestazioni] siano uniformi sul territorio nazionale ».

2003 e 120 del 2005. Quest'ultima, in particolare, affrontando la questione sulla legittimità costituzionale del testo unico della Regione Toscana in materia di educazione e istruzione, con particolare riferimento alla disciplina regionale degli « standard strutturali e qualitativi » degli asili nido, ha affermato che « la norma censurata non determina alcun livello di prestazione, limitandosi ad incidere sull'assetto organizzativo e gestorio degli asili nido che, come si è detto, risulta demandato alla potestà legislativa delle Regioni » (19).

Pare dunque confermato il *revirement* della Corte che, tornando su quanto già accennato in una recente pronuncia (20), riporta l'organizzazione (almeno nei suoi profili di fondo) alla competenza statale, attraverso una più ampia qualificazione dei livelli essenziali delle prestazioni, atti a contenere, se declinati analiticamente, anche standard strutturali e qualitativi (21).

4. L'ultimo profilo che merita attenzione è quello concernente strumenti e procedure di determinazione dei livelli essenziali.

Il discorso è complesso: un primo punto sul quale occorre soffermarsi riguarda il ventaglio di strumenti che lo Stato può utilizzare per determinare i LEP. I commentatori della lettera *m*), infatti, hanno fornito ricostruzioni diverse (22): alcuni hanno ritenuto sussistere addirittura una riserva assoluta di legge; altri, per contro, hanno ritenuto possibile una definizione dei livelli essenziali mediante tutti gli strumenti normativi disponibili.

Le divergenze interpretative nascono prevalentemente dalla formula di apertura dell'art. 117, comma 2, Cost., per cui « Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie ». La necessità di attribuire materie enumerate e non più residuali alla competenza dello Stato ha portato il legislatore costituzionale del 2001 a dover scegliere una formula di attribuzione, senza che forse ne fossero del tutto chiare le possibili implicazioni. Più in concreto, ci si è domandati se affermare che lo Stato ha legislazione esclusiva significhi che lo Stato ha esclusivamente la legislazione, cioè se sussista una riserva assoluta. Diversamente, ci si è anche domandati se la previsione dell'art. 117 Cost. implichi almeno un fondamento legislativo nelle materie di competenza statale, sostanziando così una riserva relativa (23).

Senza addentrarsi in questi problemi, può ritenersi che la funzione dell'art. 117 Cost. sia esclusivamente quella di ripartire le competenze tra i diversi livelli di go-

(19) Cfr. L. CUOCOLO, *Sanità: a chi l'organizzazione?*, in *Amministrazione in cammino*, www.amministrazioneincammino.luiss.it.

(20) Il riferimento è alla sent. n. 279 del 2005, dove la Corte ha sostenuto, in materia di istruzione, che « i regolamenti previsti dall'art. 7, comma 1, della l. n. 53 del 2003 riguardano la determinazione di livelli essenziali della prestazione statale in materia di assetto pedagogico, didattico e organizzativo e sono perciò riconducibili alla competenza statale esclusiva di cui all'art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost. ».

Le norme impugnate, che a tali regolamenti fanno riferimento, non ledono pertanto alcuna competenza regionale né contrastano con il principio di leale collaborazione.

Sul rapporto tra competenza statale e profili organizzativi si veda anche Cons. Stato, sez. V, sent. n. 7085 del 2005, in *Giorn. dir. amm.* 2006, 505 ss., con nota di C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza sanitaria e l'effettività del diritto alla salute*.

(21) E infatti la Corte afferma perentoriamente, al pt. 9 in diritto, che « Non può pertanto dubitarsi che anche la fissazione degli standard costituisca esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost. ».

(22) Si vedano, ad esempio, le diverse posizioni di S. PANUNZIO e di M. LUCIANI nelle rispettive relazioni al Convegno *I livelli essenziali di assistenza nella Costituzione. Doveri dello Stato, diritti dei cittadini*, Roma, 12 marzo 2002, *paper*.

(23) Cfr. M. OLIVETTI, *L'effettività del principio di eguaglianza negli ordinamenti multilevel*, in G. BERTI, G.C. DE MARTIN (cur.), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Milano 2004, 156.

verno, senza implicare vincoli all'utilizzo di uno o più strumenti di regolazione. Questo trova una prima immediata conferma nel comma sesto del medesimo articolo, che attribuisce allo Stato la competenza regolamentare nelle materie in cui esso ha competenza esclusiva.

E proprio il sesto comma assume rilievo nella sentenza in commento: bisogna domandarsi, infatti, se lo Stato abbia competenza regolamentare solo nelle vere e proprie « materie » di competenza esclusiva, oppure anche nelle « meta-materie », cioè nelle c.d. competenze trasversali. È noto, infatti, ed è stato sottolineato dalla Corte sin dalle primissime decisioni sul nuovo Titolo V, che l'elencazione dell'art. 117, comma 2, contiene previsioni non qualificabili come materie, bensì come titoli legittimanti l'intervento dello Stato su materie « normalmente » rimesse alla competenza (piena o concorrente) delle Regioni: è il caso ad esempio della tutela della concorrenza (lett. e), ma è soprattutto il caso dei livelli essenziali delle prestazioni (lett. m), che — nel caso di specie — possono ritagliare competenze regionali in materia di tutela della salute.

La soluzione passa attraverso la « materialità » o la « immaterialità » dei livelli essenziali: in altre parole bisogna chiarire se l'art. 117, comma 6, Cost., che attribuisce allo Stato potere regolamentare « nelle materie di legislazione esclusiva » si riferisca alle sole materie vere e proprie, oppure genericamente all'elencazione contenuta nel secondo comma, che appunto individua le competenze esclusive (anche trasversali) dello Stato (24).

Alcuni Autori hanno ritenuto inammissibili i regolamenti statali nelle materie tagliate da competenze trasversali (25): considerando il sesto comma in senso restrittivo, infatti, la potestà regolamentare deve ricondursi alla competenza regionale (26).

L'interpretazione elastica della formula di apertura dell'art. 117, comma 2, Cost., nonché la natura dei livelli essenziali, che ne richiede una determinazione necessariamente progressiva, conducono tuttavia a ritenere preferibile una lettura estesa del ventaglio di strumenti in mano allo Stato per determinare i livelli medesimi. Inoltre, la possibilità di determinare i livelli essenziali con legge e, « per saltum », con atti amministrativi apicali (come i d.P.C.M.), non riesce a spiegare l'impossibilità di utilizzare lo strumento regolamentare.

Quest'ultima ricostruzione, che trova conferma nella sentenza in commento, pone tuttavia alcuni delicati problemi. In primo luogo bisogna chiedersi, dal punto di vista della teoria delle fonti, se i regolamenti statali in materia di livelli essenziali

(24) Cfr. M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonomie territoriali alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in R. BALDUZZI (cur.), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano 2004, 120 ss.; eventualmente cfr. ancora L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., 94 ss.

(25) R. TOSI, *Cittadini, Stato e Regioni di fronte ai « livelli essenziali delle prestazioni... »*, nel *Forum di Quad. cost.*, www.forumcostituzionale.it, ha ad esempio sostenuto che « nulla può consentire... l'ingresso dei regolamenti statali nelle materie regionali, ed inevitabilmente un regolamento che riguardasse i livelli delle prestazioni relative ai diritti toccherebbe una materia regionale ». Afferma inoltre l'A. che « in qualunque modo questa ingerenza si atteggiasse, essa condurrebbe ad esiti inaccettabili: se la disciplina regolamentare operasse un ritaglio della materia regionale, verrebbe contraddetto il carattere verticale proprio del vincolo riconducibile alla determinazione dei livelli essenziali; se il regolamento statale pretendesse di regolare il legislatore regionale si ammetterebbe uno stravolgimento del sistema delle fonti, che non ha mai trovato avallo nella giurisprudenza costituzionale, neppure nelle decisioni meno severe nei confronti della normazione secondaria dello Stato ».

(26) Sia che la materia orizzontale sia rimessa alla competenza legislativa concorrente (come, appunto, nel caso della tutela della salute), sia che sia rimessa alla competenza piena delle Regioni (come, ad esempio, nel caso dell'assistenza sociale).

vincolino il legislatore regionale, competente di quello che resta della materia dopo l'avvenuto ritaglio. Se ciò fosse vero, entrerebbe in crisi la ricostruzione effettuata dalla Corte nel precedente sistema (27), per cui nelle materie concorrenti lo Stato non avrebbe comunque potuto adottare regolamenti, proprio per evitare di vincolare con una fonte secondaria il legislatore regionale.

In effetti, qualche difficoltà ricostruttiva è innegabile. Nel caso dei regolamenti in materia di livelli essenziali, tuttavia, deve ritenersi che non vi sia alcuna competenza delle Regioni. Il fatto di considerare i livelli essenziali come clausola trasversale, infatti, non deve indurre a sovrapporre tale competenza statale con quella sui principi fondamentali della legislazione concorrente: se e quando si attiva la competenza statale per determinare i livelli essenziali, infatti, la competenza regionale è esautorata. Non vi è, cioè, un'omogeneità nella natura della regolazione dello Stato in materia di livelli essenziali e in quello che resta della competenza legislativa regionale.

Questa considerazione consente di introdurre anche il secondo profilo problematico: l'art. 117, comma 6, Cost., prevede infatti la possibilità per lo Stato di delegare la propria potestà regolamentare alle Regioni. Tale delega può aversi anche in caso di regolamenti aventi ad oggetto livelli essenziali?

Ad una analisi formale bisognerebbe rispondere di sì, posto che la previsione costituzionale non contiene alcuna esclusione espressa (28). Sembra però che il significato ultimo dei livelli essenziali sia quello di sottrarre determinati ambiti alla differenziazione regionale: i livelli essenziali, cioè, sono ciò che deve necessariamente essere fissato al livello centrale, per garantire su tutto il territorio nazionale una certa « quota » di godimento dei diritti che compongono la cittadinanza sociale.

Ammettere la possibilità di delega alle Regioni consisterebbe dunque nell'ammettere una differenziazione regolatoria: ogni Regione, infatti, interpreterebbe in modo autonomo la propria competenza. A ben vedere, però, la differenziazione regionale è ontologicamente incompatibile con la determinazione dei livelli essenziali: si vuol dire, cioè, che laddove è ammissibile differenziazione non c'è competenza statale in materia di livelli essenziali. Prevedere una delega regolamentare alle Regioni in materia di livelli essenziali manifesterebbe in realtà l'incompetenza dello Stato, a vantaggio della normale competenza concorrente o residuale (e dunque anche regolamentare) delle Regioni.

5. Sempre con riferimento agli strumenti e alle tecniche di regolazione dei livelli essenziali, bisogna infine concentrare l'attenzione sul cuore della sentenza in commento, che porta la Corte a dichiarare l'illegittimità costituzionale della disposizione impugnata in quanto prevede forme troppo labili di collaborazione tra livelli di governo.

Andando con ordine, la procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria è stata definita negli ultimi anni per approssimazioni progressive, con cambi di rotta anche traumatici. Senza poter qui ripercorrere i dettagli di tutte le tappe, si può sinteticamente ricordare che la l. n. 405 del 2001, di conversione del decreto-legge n. 347 del 2001 ha disposto l'adozione dei LEA con d.P.C.M., come infatti è avvenuto il 29 novembre 2001. La procedura ed i relativi livelli sono stati poi « confermati » con la Finanziaria per il 2003 (29) che, all'art. 54, ha inoltre previsto un

(27) Come appunto paventato da R. Tosi, *Cittadini, Stato e Regioni di fronte ai a livelli essenziali delle prestazioni...*, cit.

(28) Cfr. anche le considerazioni di A. RUGGERI, *Il parallelismo « redivivo » e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare...)* in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronuncia. Note a Corte cost. n. 303 del 2003, sul *Forum di Quad. cost.*, cit.

(29) La legge in questione ha discutibilmente « legificato » il contenuto del d.P.C.M.

particolare procedimento anche per la modifica dei LEA: d.P.C.M. da adottarsi previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Ebbene, a tale procedimento fa riferimento la Corte nella sentenza in commento, tramite il richiamo alla sua giurisprudenza precedente. Afferma infatti la Corte che nella sent. n. **88** del **2003** è stato chiarito che la determinazione dei livelli essenziali deve trovare almeno il proprio fondamento nella legge, « che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori ». E, a tal riguardo, la medesima sent. n. **88** fa espresso riferimento proprio alla procedura delineata dalla Finanziaria per il **2003**.

A ben vedere, peraltro, nella sent. n. **88** del **2003** la Corte precisa che la constatazione dell'esistenza di una « precisa procedura, individuata con fonte legislativa, per la determinazione di quanto previsto nell'art. **117**, comma **2**, lett. m), Cost. » è effettuata « al di là di ogni valutazione di merito sul procedimento configurato e sulla stessa adeguatezza dei livelli essenziali in tal modo individuati ». Non vi è, dunque, una « legittimazione » della procedura individuata dalla legge: nella sent. n. **88** la Corte si limita a valutare alla stregua della procedura in vigore un decreto ministeriale sui Servizi per le tossicodipendenze (Sert.T) (**30**).

Il richiamo effettuato dalla sentenza qui in commento, tuttavia, pur non sciogliendo i dubbi sulla anomalia della « legificazione » effettuata dalla Finanziaria per il **2003**, sembra avallare il procedimento di determinazione dei livelli essenziali mediante d.P.C.M. da adottarsi previa intesa in Conferenza Stato-Regioni.

E la procedura deve essere adottata non solo per i livelli veri e propri, ma anche per tutte le specificazioni analitiche degli stessi, e quindi anche per gli standard previsti dal comma **169** della Finanziaria per il **2005**.

Su tale base, la Corte dichiara l'illegittimità costituzionale della norma impugnata nella parte in cui prevede un semplice parere anziché l'intesa. Anche la scelta di uno strumento decisorio forte, come la sentenza sostitutiva, lascia comprendere che l'intesa sia l'unico modo tramite il quale lo Stato possa regolare aspetti dalle ricadute immediate e così penetranti sul livello di governo regionale. Il messaggio della Corte, dunque, sembra andare al di là della mera declaratoria di incostituzionalità del comma **169** (**31**), declinando il principio di leale collaborazione in senso forte (**32**) e cioè richiedendo una codeterminazione Stato-Regioni che, ancora una volta, passa attraverso istituti e soggetti — il sistema delle Conferenze (**33**) — la cui importanza si è sviluppata in via di prassi e in base a previsioni di legge, senza però alcuna espressa disciplina costituzionale, che si rende viepiù auspicabile.

LORENZO CUOCOLO

sui LEA del novembre **2001**, per di più con efficacia retroattiva. Per una critica si rinvia a L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., **204**.

(30) Si noti, tra l'altro, che si trattava di un giudizio sollevato a seguito di conflitto di attribuzioni.

(31) Che inopinatamente limita al parere il coinvolgimento regionale nella definizione degli standard, ma non anche la modifica degli stessi che, per analogia con quanto previsto per i LEA, richiede l'intesa.

(32) Sulla *Bundestreue* si veda R. SMEND, *Staatrechtliche Abhandlungen*, Berlino 1968, **42**.

(33) Cfr. F. PIZZETTI, *Il sistema delle Conferenze e la forma di governo italiana*, in *Le Regioni 2000*, **473**; *ibidem*, P. CARETTI, *Il sistema delle Conferenze e i suoi riflessi sulla forma di governo nazionale e regionale*, **2000**, **547**; nonché I. RUGGIU, *La Conferenza Stato-Regioni nella XIII e XIV legislatura*, **2003**, **195**.