

Commento alla decisione di

Stefania Parisi

**Se la legge statale è il *fondamento positivo* dei provvedimenti regionali
law ne preorienta i contenuti**

(per gentile concessione del Forum di Quaderni costituzionali)

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:

- Alfonso	QUARANTA	Presidente
- Alfio	FINOCCHIARO	Giudice
- Franco	GALLO	”
- Luigi	MAZZELLA	”
- Gaetano	SILVESTRI	”
- Sabino	CASSESE	”
- Giuseppe	TESAURO	”
- Paolo Maria	NAPOLITANO	”
- Giuseppe	FRIGO	”
- Alessandro	CRISCUOLO	”
- Paolo	GROSSI	”
- Giorgio	LATTANZI	”

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi di legittimità costituzionale dell'articolo 8-*quiquies*, comma 2, lettera b), del decreto-legge 11 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 17 della legge 1992, n. 421), introdotto dall'articolo 79, comma 1-*quiquies*, del decreto-legge 11 dicembre 1992, n. 502 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 16 febbraio 1993, n. 46 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 11 dicembre 1992, n. 502), promossi dal Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia con tre ordinanze

Ufficiale della Repubblica n. 47, prima serie speciale, dell'anno 2010 e n. 1, prima 2011.

Visto l'atto di costituzione del Centro ambulatoriale e di emodialisi "Aurora" s.r.l. di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri.

Udito nell'udienza pubblica del 5 luglio 2011 e nella camera di consiglio del relatore Alfonso Quaranta;

uditi l'avvocato Salvatore Pensabene Lioni per il Centro ambulatoriale e di emodialisi e l'avvocato dello Stato Sergio Fiorentino per il Presidente del Consiglio dei ministri

Ritenuto in fatto

1.— Il Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia, con tre ordinanze, ha sollevato altrettante questioni di legittimità costituzionale – in riferimento agli artt. 113 e 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione – dell'articolo 8-*quinto* *b*), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina della professione di medico specialista nefrologo, in attuazione della norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), introdotto dall'art. 79, c. 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

1.1.— Il giudice remittente premette di dover decidere, in ciascuno dei tre casi, sull'impugnazione del decreto dell'Assessore per la sanità della Regione Siciliana del 1992, secondo cui l'ammissione alla fruizione del trattamento sostitutivo della funzione renale da parte di centri privati accreditati, «deve essere previamente autorizzata dall'azienda sanitaria provinciale sulla base di una certificazione rilasciata da un medico specialista nefrologo da essa dipendente, che deve accertare l'insufficienza renale cronica terminale e la necessità del trattamento sostitutivo».

Tale decreto – assume il giudice *a quo* – risulta emanato in forza di quanto previsto dall'art. 8-*quinto* *b*), del d.lgs. n. 502 del 1992, secondo cui le Regioni, le Province e i Comuni, o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati.

Tanto premesso, il TAR remittente esclude che possa prospettarsi un'interpretazione del decreto impugnato in coerenza con il restante testo del suddetto art. 8-*quinto* *b*) – «consenta di ricondurre l'attività di prestazioni da sottoporre ad autorizzazione ad un'attività consensuale» (cioè che, secondo il decreto impugnato nei tre giudizi *a quibus* «senz'altro illegittimo, per il solo fatto di essere unilaterale»), giacché la stessa formulazione letterale della disposizione rivelerebbe l'assenza di «rispetto all'analoga previsione contenuta nella prima parte» del medesimo comma 2, che prevede la definizione di accordi e la stipulazione di contratti.

1.2.— Data, dunque, tale premessa, il remittente reputa non manifestamente illegittima costituzionale della norma in esame, innanzitutto «per violazione di natura sostanziale», il cui fondamento reputa di individuare negli artt. 24, 97 e 113 Cost.

In particolare, il TAR siciliano non contesta «la previsione dell'attribuzione al

unilaterale)». Per contro, «ciò che appare non conforme al principio di legalità e alla previsione dei criteri alla stregua dei quali detto potere dovrebbe essere disciplinato e conseguentemente esercitato dalle aziende sanitarie locali», specialmente ove si consideri il potere autorizzatorio che condiziona la fruizione di prestazioni salvavita».

A riguardo, il giudice *a quo* rileva – in primo luogo – che non sarebbe «dato il contenuto funzionale dell'esercizio del potere autorizzatorio in esame: se di accertamento della sussistenza di necessità della terapia, quali presupposti per l'accesso alla fruizione della prestazione di contenimento del ricorso a strutture private, per ragioni legate alla finanza regionale, il contenuto ampio e indeterminato della norma renderebbe impossibile stabilire la legittimità dell'esercizio impugnato, risultando impossibile valutare se l'esercizio del potere autorizzatorio sia o meno conforme ai criteri dettati dalla norma. Il risultato sarebbe, dunque, costituito – nel caso di indeterminazione del potere demandato alla pubblica amministrazione, in violazione sostanziale (sono citate le sentenze della Corte costituzionale [n. 200](#) e [n. 32 del 2009](#) e [n. 10 del 2010](#))».

Né, d'altra parte, elementi per ricostruire il significato della norma potrebbero essere ricavati dalla remittente – dall'interpretazione sistematica della stessa, «giacché essa è stata calata nella disciplina della definizione concordata (e, dunque, non unilaterale, *ex latere auctoris*) e non fruibile presso strutture private», ciò che conferma ulteriormente, sempre nella prospettiva, l'irragionevolezza della disciplina in esame e, dunque, la violazione anche dell'art. 3, se

Difatti, sarebbe «solo nel contesto di tali accordi con gli erogatori privati delle organizzazioni rappresentative» (interventi collocati a monte dell'accreditamento), «il provvedimento autoritativo unilaterale», che la Regione – sempre ad avviso del giudice – potrebbe individuare prestazioni o gruppi di prestazioni suscettibili di essere preventivamente autorizzati dalle aziende sanitarie locali». Per contro, «l'inserimento di un ulteriore condizionamento autorizzatorio all'esercizio funzionale non è affatto chiara», risultando esso «privo di una adeguata disciplina dell'esercizio», sarebbe non conforme «al parametro costituzionale della ragionevolezza».

Infine, il TAR rimettente deduce l'esistenza di un ulteriore profilo di illegittimità in contrasto con gli artt. 3 e 117, secondo comma, lettera *m*), Cost.

Si assume, infatti, che la norma censurata consentirebbe alle singole Regioni di «autorizzare i gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati», pure quando non afferenti i livelli essenziali di assistenza stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio del 10 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), allegato 1, e dunque non favore di «nefropatici cronici in trattamento dialitico» e di «pazienti in fase terminale di malattia», pertanto, avrebbe reso «maggiormente difficoltoso, su base regionale, l'accesso ad una prestazione di livelli essenziali delle prestazioni sanitarie che invece non devono patire una differenza

Nondimeno, qualora si dovesse ritenere – osserva conclusivamente il giudice *a quo* – che il potere di fornire ai nefropatici cronici in trattamento dialitico non rientra tra i livelli essenziali di assistenza, la previsione del potere regionale in parola violerebbe gli artt. 3 e 32 Cost., ponendo in contrasto una differenziata territorialmente, all'esercizio di un diritto fondamentale», qual'è quello all'

1.3.— In forza di tali rilievi – e non senza osservare che la «rilevanza della questione che il vizio si appunta non sulle modalità con cui il potere è stato esercitato», bensì di attributiva del potere medesimo» (sulla cui base dovrebbe essere esaminata la legittimità nei giudizi *a quibus*) – il TAR remittente ha sollevato questione di legittimità come suddetta.

2.— È intervenuto – in ciascuno dei giudizi – il Presidente del Consiglio dei Ministri difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, chiedendo che le questioni siano dichiarate infondate.

2.1.— La difesa statale illustra, innanzitutto, il contenuto della norma censurata – nel contesto degli «Accordi contrattuali», previsti dall'art. 8-bis del medesimo articolo – finalizzati all'esercizio di attività sanitaria a carico del Servizio sanitario nazionale – definiscano l'ambito degli stipulandi accordi contrattuali in campi specificamente indicati dalla base ad essa la Regione e le unità sanitarie locali, «anche attraverso valutazioni comparative dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati» volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della Regione, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza». La difesa statale sostiene che le Regioni possano «individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali, previa autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione dei professionisti accreditati».

Detta norma – osserva sempre la difesa statale – «si inserisce nel più ampio quadro della competenza delle Regioni in materia di tutela della salute e programmazione sanitaria», competenza, tuttavia, nel rispetto dei principi della legislazione statale e in particolare dell'obbligo di garantire l'equilibrio finanziario». Come avrebbe, infatti, chiarito la giurisprudenza costituzionale, il controllo del Consiglio dei Ministri sulla spesa pubblica «passa ormai pacificamente per la previsione di limiti alle spese regionali anche in materia di sanità».

Sotto questo profilo – rileva l'Avvocatura generale dello Stato – non sarebbe il caso di ritenere che la Regione Siciliana rientra tra quelle che hanno concluso accordi per il rientro dal disavanzo sanitario.

Tanto premesso, la finalità cui mira la norma censurata – e cioè la razionalizzazione della spesa pubblica in materia sanitaria, per soddisfare un'esigenza, la salvaguardia della «anch'essa primaria e costituzionalmente tutelata» – renderebbe evidente come siano in ogni caso quanto sostenuto dal remittente, «chiari parametri atti a circoscrivere la discrezionalità amministrativa nel determinare quali prestazioni siano soggette a preventiva autorizzazione». La difesa statale rivelerrebbe come l'organo amministrativo che ha adottato l'atto oggetto di impugnazione non abbia correttamente applicato i principi posti dal legislatore statale, sicché la questione non sarebbe quella della legittimità costituzionale della norma in esame, bensì «quella dell'atto amministrativo per cattivo esercizio del potere conferito».

2.2.— Posto, dunque, che la norma in esame – prosegue la difesa statale – avrebbe determinato la determinazione delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario regionale, «contemporaneamente alla spesa pubblica e quelle della tutela della salute attraverso la concreta valutazione dei costi».

esempio, la localizzazione e l'efficienza delle strutture esistenti, la disponibilità finanziaria, ritenersi indenne dai paventati profili di illegittimità costituzionale.

In particolare, sarebbe pienamente conforme al principio di legalità sostanziale la astratto e generale provvedimento autorizzatorio – i cui limiti, finalità e criteri sono la possibilità per gli assistiti di fruire di determinate prestazioni sanitarie, anche presso strutture private e da quelle pubbliche».

Del pari, sarebbe da escludere che dalla norma censurata «possa dedursi una “abdicazione dello Stato alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza», giacché essa «ha unicità della spesa pubblica *sub specie* della individuazione, nelle singole realtà regionali, di quanto a carico del servizio sanitario nazionale attraverso accordi di carattere generale (nel caso di strutture private)».

È negata, infine, la violazione dell'art. 32 Cost., giacché la disposizione in esame non ha limitato la possibilità di accedere ad un trattamento sanitario “salvavita”, ma ha peraltro regolamentato la fruizione dello stesso presso strutture private accreditate», non è «possa essere utilmente indirizzato verso strutture pubbliche eroganti il medesimo servizio che sia stata introdotta alcuna differenziazione territoriale, né che sia stato reso meno agevole l'esercizio del diritto alla salute.

3.— Sono intervenuti – nel giudizio che trae origine dall'ordinanza di rimessione – ricorrenti nel giudizio principale, chiedendo che le questioni siano dichiarate inammissibili per presupposto interpretativo, ovvero, in subordine, fondate.

3.1.— Le parti private rilevano che – secondo una costante giurisprudenza costituzionale, sperimentazione, da parte del giudice *a quo*, della praticabilità di una soluzione interpretativa posta a base dei dubbi di costituzionalità, tale da comportare il loro superamento, rendono manifestamente inammissibile (sono citate le ordinanze [n. 110 del 2010](#), numeri [341](#), [20 del 2007](#)).

Detta evenienza ricorrerebbe nel caso in esame, giacché il TAR remittente muoveva dubbi spettanti all'Assessore regionale alla sanità sull'individuazione delle prestazioni o gruppi di prestazioni e sulla stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, di accedere alle stesse presso le strutture private o i professionisti accreditati. In sostanza, la loro interpretazione – avrebbe l'intento di precludere in determinati casi la libertà del cittadino di scegliere la struttura privata, così incidendo, però, su quel principio di libertà di scelta che risulta dalla legge, ma che è stato riconosciuto come meritevole di tutela da parte della Corte costituzionale ([sentenza n. 416 del 1995](#)). In base ad esso, infatti, fermi restando tutti i poteri di controllo delle Regioni e delle aziende sanitarie locali (così come chiarito dalla giurisprudenza costituzionale [sentenze n. 126 del 1994](#) e [n. 283 del 1991](#)), il cittadino risulta libero di scegliere tra le strutture intervenienti – la struttura sanitaria e il professionista ai quali affidare la cura della sua salute.

3.2.— Tanto premesso, le parti private assumono che la norma di legge censurata non ha interpretata il giudice *a quo*, presuppone l'adozione, da parte delle Regioni, di un provvedimento legislativo «che fissi quanto meno i criteri di attuazione della norma delegante». Infatti

sanitaria locale competente, alla fruizione delle stesse presso le strutture o i professionisti secondo le parti private – «una deroga al principio della libertà di scelta» e quindi rici forza» rispetto a quella che lo enuncia.

In altri termini, spetterebbe al legislatore regionale e non all'autorità amministrativa in concreto, anche attraverso la previsione di specifici criteri di attuazione che all'esercizio del potere esecutivo in materia, le prestazioni o i gruppi di prestazioni per preventiva autorizzazione».

Accolta, pertanto, una simile interpretazione della norma censurata (coerere l'inquadramento della regolamentazione dell'accreditamento presso strutture private in materia della tutela della salute, che in quanto oggetto di potestà legislativa concorre con una legge regionale di dettaglio), le questioni di legittimità costituzionale aventi ad oggi ritenersi manifestamente inammissibili.

Difatti, «una volta escluso il potere dell'Assessore regionale della salute di indicare i gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione», i giudizi *a quibus* nel senso dell'annullamento del decreto impugnato.

3.3.— Le parti private, tuttavia, nell'ipotesi in cui la Corte costituzionale non accetti la interpretazione, prospettano l'illegittimità costituzionale della norma censurata per le parti individuate nelle ordinanze di rimessione.

In particolare, muovendo dall'assunto che spetti allo Stato «assicurare l'uguaglianza nel godimento dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascrivito il diritto alla salute, che appartenga «alla sfera della legislazione statale la determinazione dei criteri necessari per individuare le prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali prevedere la necessità della preventiva autorizzazione amministrativa».

Diversamente opinando, infatti, resterebbe affidato a ciascuna Regione «un potere discrezionale e non circoscritto in materia, tale da pregiudicare l'uniforme tutela nell'ambito del territorio alla salute, soprattutto quando, come nel caso in esame, vengano in rilievo pratiche di gestione della vita».

Di qui, pertanto, l'ipotizzata violazione del principio di legalità sostanziale, e di conseguenza l'infondatezza del ricorso, ai sensi dell'art. 113 Cost., nonché il contrasto con gli artt. 3, 32 e 117, secondo comma, lettera *m*), Cost.

Considerato in diritto

1.— Il Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia, con tre ordinanze, ha sollevato altrettante questioni di legittimità costituzionale – in riferimento agli artt. 3, 32 e 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione – dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia di gestione della sanità, art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), introdotto dall'articolo 79, comma 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti violerebbe gli artt. 3, 97 e 113 Cost., che danno fondamento al principio di «particolare, secondo il remittente, sebbene non sia censurabile *ex se* «la previsione delle Regioni del potere di introdurre una procedura autorizzatoria nel contesto della fruizione di prestazioni sanitarie presso strutture private accreditate (se non individuazione avvenga per atto unilaterale)», nella specie però, venendo oltretutto salvavita, il principio di legalità sostanziale risulterebbe disatteso a causa della «assenza di criteri alla stregua dei quali detto potere dovrebbe essere disciplinato e conseguentemente esercitato dalle aziende sanitarie locali».

In secondo luogo, viene ipotizzata la violazione degli artt. 3 e 117, secondo Cost., giacché la norma censurata – ove ritenuta applicabile anche alle prestazioni essenziali di assistenza stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), allegato 1, e dunque pure a quelle «nefropatici cronici in trattamento dialitico» e di «pazienti in fase terminale di malattia «maggiormente difficoltoso, su base regionale, l'accesso ad una prestazione essenziale delle prestazioni sanitarie che invece non devono patire una differenziazione

Infine, si ipotizza la violazione degli artt. 3 e 32 Cost., sul presupposto che la norma porrebbe «una limitazione ulteriore, differenziata territorialmente, all'esercizio di un diritto fondamentale, quello alla salute, incidendo in particolare sul principio della cosiddetta “libertà di scelta».

2.— In via preliminare, deve essere disposta la riunione dei giudizi, atteso che la legge rende possibile la definizione con un'unica pronuncia.

3.— Sempre *in limine*, risulta necessario ricostruire il contenuto della disposizione nel contesto normativo complessivo in cui essa si inserisce.

3.1.— In proposito, deve rilevarsi che quella parte (la seconda) della lettera *b)* dell'art. 1, *quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992, contro cui si appuntano le censure del giudice remissivo, è inserita dal già citato art. 79, comma 1-*quinquies*, del d.l. n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, in legge n. 133 del 2008. In base ad essa le Regioni «possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale o presso le strutture o i professionisti accreditati».

Tale disposizione, tuttavia, risulta fare corpo con il restante contenuto del predetto art. 79, comma 2 – prevede – sempre al comma 2 – la definizione di «accordi con le strutture pubbliche e con le aziende ospedaliero-universitarie», e la conclusione di «contratti con quelle private accreditate», gli uni come gli altri finalizzati ad indicare:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale sanitario locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di riferimento a tale disposizione che la stessa lettera *b)* prevede che le Regioni possono individuare gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale o presso le strutture o i professionisti accreditati».

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente riferito ai valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi che dovranno essere seguiti per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*;

e-*bis*) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume delle prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al raggiungimento dei volumi indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nell'ambito economico-finanziario programmato.

3.2.— Tanto premesso, deve rilevarsi come sia possibile, nella specie, pervenire alla sistemazione sistematica della disposizione censurata, collocando l'attività da essa prevista - «prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti e all'interno degli «accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese universitarie» e dei «contratti con quelle private e con i professionisti accreditati» possono, rispettivamente, essere raggiunti e conclusi anche mediante intese con le organi di quei soggetti), entrambi previsti dalla prima parte della lettera b) del comma 2 dell'articolo n. 502 del 1992.

Diversamente, infatti, da quanto ipotizza il giudice *a quo*, nulla osta a tale formulazione letterale della disposizione censurata (giacché proprio l'uso della locuzione allude ad una possibilità dipendente, per l'appunto, dall'avvenuta conclusione degli accordi né la sua collocazione sistematica (ponendosi la stessa all'interno di un articolo la cui intitolata «Accordi contrattuali»).

4.— Così ricostruito il contenuto della norma in esame, la censura di violazione dell'articolo Cost., per asserito contrasto con il principio di legalità sostanziale, non è fondata.

4.1.— Non è esatta, infatti, l'affermazione secondo cui difetterebbero, nel caso di predeterminare le modalità di esercizio, da parte della Regione, del potere autorizzato

Proprio il collegamento che unisce – nel testo della norma censurata – l'autorizzazione degli accordi con i soggetti interessati, nel rendere palese la finalizzazione di tali accordi a determinati scopi (e particolarmente, l'individuazione degli «obiettivi di salute» e integrazione dei servizi», nonché la determinazione del «volume massimo di prestazioni

per modalità di assistenza»), definisce anche l'ambito entro il quale deve esser autorizzatorio della Regione.

Particolare valore significativo, nel delineato contesto normativo, deve essere attribuito nella lettera c) del citato comma 2, nella parte in cui indica, come necessari all'autorità regionale in materia, i «requisiti del servizio da rendere, con particolare appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale».

4.2.— Deve, pertanto, escludersi – nel caso in esame – la violazione del principio giacché esso può ritenersi soddisfatto ogni qual volta si rinviene l'esistenza di criteri grado di orientare l'azione dell'autorità amministrativa.

In relazione a tale specifico profilo, deve ribadirsi – anche nel caso ora in esame – questa Corte in sede di scrutinio di una norma di legge regionale, sospettata di illegittimità perché «avrebbe reintrodotto l'obbligo di un'autorizzazione per l'accesso alle strutture subordinando il suo rilascio all'insufficienza della struttura pubblica».

Infatti, muovendo dalla constatazione che – nel sistema sanitario nazionale – «il principio non appare affatto assoluto, dovendo invece essere temperato con altri interessi, come puntualmente indicati da norme di principio della legislazione statale», si è riconosciuto della disciplina in materia di sanità, «subito dopo l'enunciazione del principio di concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà dell'assistito, si sia progressivamente imposto nella legislazione sanitaria il principio dello scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione ([sentenza n. 200 del 2005](#))».

In questo modo, secondo la citata pronuncia, «si è temperato il predetto regime dei poteri di programmazione propri delle Regioni e la stipula di appositi “accordi” tra le competenti e le strutture interessate per la definizione di obiettivi, volume massime prestazioni erogabili» (ovvero proprio gli accordi previsti dall'art. 8-*quinquies* del d.lgs.

Particolare rilievo, dunque, questa Corte ha attribuito – al fine di escludere la fondatezza allora sollevata – alla stipulazione di tali accordi, giacché proprio l'esistenza di simili «accordi intercorrenti «tra Giunta regionale e USL, da un lato, ed i vari soggetti accreditati, per le prestazioni, dall'altro», costituisce la circostanza idonea ad escludere «il preteso che le scelte poste in essere in questo settore dalle amministrazioni competenti».

4.3.— Anche nel caso ora in esame, pertanto, è proprio la circostanza che l'autorizzazione avvenga sulla base di tale attività di contrattazione ad escludere l'arbitrarietà con esso, la violazione del principio di legalità sostanziale da parte della norma che detta

5.— Non fondata è la censura di violazione degli artt. 3 e 117, secondo comma, della Costituzione.

5.1.— A parte, infatti, la constatazione che nel caso di specie si assume il contrasto con una disposizione costituzionale (la seconda delle due appena menzionate) che è esclusiva dello Stato, deve osservarsi come la giurisprudenza della Corte sia costata fissazione dei livelli essenziali di assistenza si identifica esclusivamente nella “determinazione dei livelli strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio».

essendo “pertanto inquadrabili in tale categoria le norme volte ad altri fini”» (*ex multis* [sentenza n. 2008](#)).

Su tale presupposto, pertanto, si deve ribadire che la «natura intrinseca delle prestazioni, previsti dalla norma costituzionale prima citata, esclude, per evidenti ragioni, la stessa norma possa essere indicata come fondamento di un principio di libertà di scelta di cui ricevere prestazioni di cura, giacché tale principio «introduce in capo all’utente un vincolo sui livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni», sicché gli interventi del legislatore di cui la libertà non rilevano «sul versante delle prestazioni, ma su quello delle modalità con le quali vengono erogate delle stesse» (così la [sentenza n. 387 del 2007](#), la quale, sebbene si riferisca specificamente alle strutture pubbliche e private operanti nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, reca un’affermazione dotata di valenza generale).

6.— Neppure è fondata, infine, la censura di violazione degli artt. 3 e 32 Cost. per compressione che subirebbe la libertà di scelta dell’interessato.

6.1.— In relazione a tale aspetto, la costante giurisprudenza costituzionale non ha mai negato «libertà di scegliere da parte dell’assistito chi chiamare a fornire le prestazioni sanitarie, ma una libertà sull’*an* e sull’esigenza delle prestazioni» (ciò che giustifica la previsione di un indirizzo e verifica delle regioni e delle unità sanitarie locali) e dunque il persistere di tale libertà ([sentenza n. 416 del 1995](#)), ma ha anche precisato che l’esigenza di salvaguardare «l’interesse medico e del luogo di cura» deve essere «contemperata con gli altri interessi costituzionalmente rilevanti» ([sentenza n. 267 del 1998](#)).

Questa Corte, in particolare, ha chiarito – come si è in precedenza ricordato – che l’enunciazione del principio della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e private, la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell’assistito, si sia progressivamente inattuata, non ha snegato il principio della programmazione, allo scopo di realizzare un contenimento dei costi e una razionalizzazione del sistema sanitario» (citata [sentenza n. 200 del 2005](#)), sicché il principio di libera scelta non è assoluto e va contemperato con gli altri interessi costituzionali, in considerazione dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore ordinario incontra in relazione alle risorse disponibili» ([sentenza n. 94 del 2009](#)).

Questa conclusione è conforme, del resto, alla configurazione del diritto alle prestazioni sanitarie «“finanziariamente condizionato”, giacché «l’esigenza di assicurare la universalità e la gratuità dell’assistenza nel nostro Paese si è scontrata, e si scontra ancora attualmente, con la limitatezza delle risorse finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione globale del sistema sanitario, al settore sanitario»» (*ex multis*, [sentenza n. 111 del 2004](#)).

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

riuniti i giudizi,

dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 8-*quinquies*, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 30 dicembre 2001 (Disposizione della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 29

urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 197 del 1992 – in riferimento agli articoli 3, 97 e 113 della Costituzione – dal Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia con le ordinanze indicate in epigrafe;

dichiara non fondate le ulteriori questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 2, lettera *b*), del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dall'articolo 1, comma 2, lettera *b*), del d.l. n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 138 del 2008 – in riferimento agli articoli 3, 32 e 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione – dal Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia con le ordinanze indicate in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 27 luglio 2011.

Alfonso QUARANTA, Presidente e Redattore

Gabriella MELATTI, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 27 luglio 2011.

-

