



Giustizia amministrativa
A cura del Segretariato Generale della Giustizia amministrativa

Consiglio di Stato
Tribunali Amministrativi Regionali

News n. 32 del 9 marzo 2023
a cura dell'Ufficio del massimario

Il Consiglio di Stato, sezione III, solleva una questione di legittimità costituzionale che riguarda l'annoso problema del rapporto tra l'autorizzazione amministrativa allo svolgimento di attività sanitarie (di cui all'art. 8-bis del d.lgs. n. 502 del 1992) e il provvedimento di accreditamento istituzionale della struttura sanitaria (di cui all'art. 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992), censurando una disposizione regionale della Puglia che riconnette un effetto vincolante all'autorizzazione, facendone automaticamente discendere il rilascio dell'accredimento pur a prescindere dalla verifica del fabbisogno regionale di assistenza sanitaria.

Consiglio di Stato, sezione III, ordinanza 24 dicembre 2021, n. 8610 – Pres. Nocelli, Est. Maiello.

Sanità pubblica – Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie – Norme della Regione Puglia – Effetto vincolante sull'accredimento, derivante dall'autorizzazione alla realizzazione della struttura o all'esercizio di attività sanitaria – Dedotto contrasto con i principi fondamentali della legislazione statale in materia di tutela della salute – Questione rilevante e non manifestamente infondata di costituzionalità.

E' rilevante e non manifestamente infondata, in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione, per violazione dei principi fondamentali della materia concorrente "tutela della salute", dettati dagli artt. 8-bis, 8-ter e 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 19, comma 3, della legge della Regione Puglia n. 9 del 2017 (nella versione antecedente alle modifiche introdotte dall'art. 49, comma 1, della legge regionale n. 52 del 2019 e dall'art. 9, comma 1, della legge regionale n. 18 del 2020) nella parte in cui, ai fini dell'accredimento istituzionale delle strutture sanitarie, delinea un meccanismo operativo del tutto analogo a quello già censurato dalla Corte costituzionale con le sentenze n. 36 e n. 195 del

2021, siccome segnato da un rigido automatismo cui si riconnette il travaso in un distinto contesto procedimentale (id est accreditamento) degli effetti abilitativi rinvenienti da altro, ancorché presupposto, procedimento (finalizzato questa volta al rilascio dell'autorizzazione). (1)

(1) I. – Con l'ordinanza in rassegna, la III Sezione del Consiglio di Stato sottopone nuovamente alla Corte costituzionale la disciplina pugliese sull'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, già oggetto di due recenti declaratorie di illegittimità costituzionale pronunciate in altrettanti giudizi in via principale (cfr. [Corte costituzionale, sentenza 12 marzo 2021, n. 36](#), in *Giur. cost.*, 2021, 425, e [sentenza 15 ottobre 2021, n. 195](#)).

Nel giudizio sottoposto alla III Sezione, una struttura sanitaria privata, già accreditata per l'attività specialistica ambulatoriale di diagnostica per immagini "senza uso di grandi macchine", aveva ottenuto dalla Regione – con un unico provvedimento – l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale per poter svolgere l'attività di diagnostica per immagini "con uso di grandi macchine" (TAC e RMN). Il duplice provvedimento ampliativo (autorizzazione e accreditamento) si giustificava alla luce di quanto, all'epoca, prevedeva l'art. 19, comma 3, della legge reg. Puglia n. 9 del 2017, secondo cui "L'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio non produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento istituzionale, che si fonda sul criterio di funzionalità rispetto alla programmazione regionale, salvo che non si tratti di modifiche, ampliamento e trasformazione di cui all'articolo 5, comma 2, inerenti strutture già accreditate". In sostanza, la struttura privata si avvaleva di quest'ultima eccezione di legge, trattandosi di struttura già accreditata che domandava il rilascio dell'autorizzazione per un "ampliamento" della propria attività (da diagnostica senza grandi macchine a diagnostica con grandi macchine).

Il provvedimento che le ha riconosciuto, ad un tempo, sia l'autorizzazione sia l'accreditamento (basato, per l'appunto, sulla previsione di legge regionale che, in tale ipotesi, prevede un effetto vincolante della prima sul secondo) è stato impugnato dinnanzi al giudice amministrativo da una struttura privata concorrente che ha censurato la legittimità del meccanismo di "automatismo abilitativo" vigente nella Regione Puglia.

II. – Con la sentenza di prime cure, il T.a.r. per la Puglia – Lecce ha accolto il gravame ([sentenza della Sezione II del 24 maggio 2021, n. 784](#)), accedendo ad un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 19, comma 3, della legge pugliese n. 9 del 2017, in linea cioè con la statuizione della Corte costituzionale di cui alla sentenza n. 36 del 2021 (pur concernente una diversa formulazione di quella stessa disposizione, come derivante dalla modifica introdotta dallo *ius superveniens* del 2019, non applicabile *ratione temporis* alla fattispecie da decidere). In sostanza, secondo il T.a.r., quella norma doveva leggersi nel senso di non ammettere alcuna deroga al principio, sancito dalla legislazione statale cornice (di cui al d.lgs. n. 502 del 1992), che esclude qualsiasi reciproca interferenza tra il procedimento di accreditamento e quello di autorizzazione, essendo ciascuno preordinato al soddisfacimento di diversi interessi pubblici. In particolare, l'accreditamento risponde al criterio di funzionalità rispetto al fabbisogno regionale di assistenza sanitaria, come appositamente e periodicamente programmato dalla Regione (cfr. art. 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992), aspetto che viceversa non si rinviene nel procedimento preordinato all'autorizzazione.

In sede di appello il Consiglio di Stato ritiene che la soluzione ermeneutica privilegiata dal giudice di prime cure non sia compatibile con il significato letterale della disposizione regionale, il cui contenuto precettivo si palesa *“in conflitto con i principi fondamentali che reggono il d. lgs. 502/1992, per come declinati dalla Corte Costituzionale, proprio in relazione alla legislazione della Regione Puglia, nelle sentenze del 9 febbraio - 12 marzo 2021, n. 36 e del 22 settembre - 15 ottobre 2021, n. 195”*, con conseguente necessità di sottoporla all’esame del Giudice delle leggi. Questo, in sintesi, il percorso argomentativo seguito dalla Sezione rimettente:

- a) la premessa – che segna la rilevanza della questione – è che, nel caso di specie, proprio per effetto della norma regionale pugliese, l’autorizzazione conseguita dalla struttura sanitaria, *“inserendosi nel contesto di un ampliamento di una struttura già accreditata per la radiologia tradizionale, assurgeva a vicenda giuridica idonea a generare effetti vincolanti anche ai fini del rilascio dell’accreditamento, a prescindere dal criterio della funzionalità rispetto alla programmazione regionale”*;
- b) con la sentenza n. 36 del 2021, cit., la Corte costituzionale ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 19, comma 3, della legge reg. Puglia n. 9 del 2017 (come modificato dalla legge regionale n. 52 del 2019) nella parte in cui ammetteva alcune deroghe al divieto di automatismo tra autorizzazione e accreditamento. In sostanza, in base alla formulazione approvata dal legislatore regionale nel 2019, erano enucleati tre specifici casi in cui il previo rilascio dell’autorizzazione comportava effetti vincolanti quanto al rilascio dell’accreditamento. Simile formulazione – a giudizio del Collegio rimettente – non può essere piegata da una lettura ermeneutica volta a salvaguardarne la compatibilità con la Costituzione, perché obiettivamente non *“compatibile con il suo effettivo significato, quale evincibile dall’applicazione degli ordinari canoni ermeneutici”*; di conseguenza:
 - b1) non può revocarsi in dubbio, *“alla stregua del tenore letterale delle disposizioni passate in rassegna”*, che operasse, nel caso di specie, la *“fattispecie derogatoria contemplata nell’originaria versione dell’art. 19 comma 3 della legge regionale in argomento nella parte in cui assegnava all’intervenuto rilascio dell’autorizzazione effetti vincolanti anche ai fini dell’accreditamento a prescindere dal criterio della funzionalità rispetto alla programmazione regionale”*;
 - b2) la lettera della norma impugnata svela un significato che *“non può essere valicato neppure per mezzo dell’interpretazione costituzionalmente conforme”* (è richiamata [Corte cost., sentenza 29 novembre 2018, n. 219](#), in *Foro it.*, 2019, I, 378), mentre l’operazione tentata dal giudice di primo grado *“non consente in via interpretativa di conseguire l’effetto che solo una pronuncia di illegittimità costituzionale può produrre”* (è richiamata [Corte cost., sentenza 3 maggio 2012, n. 110](#), in *Foro it.*, 2013, I, 1430, con nota di CALÒ, in *Giur. it.*, 2013, 521, con nota di TALINI, ed in *Giur. cost.*, 2012, 1619, con nota di SORRENTI, *ivi*, 2013, 483);
- c) peraltro, con successiva sentenza n. 195 del 2021, cit., la Corte costituzionale ha censurato anche l’ulteriore formulazione della medesima disposizione, quale

inserita dalla legge regionale n. 18 del 2020 (che ha così stabilito: “ferma restando la necessità di verificare la sussistenza dei requisiti di accreditamento, nelle soprariportate ipotesi l’autorizzazione all’esercizio produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento”), ribadendo la violazione del principio di autonomia dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento;

- d) le richiamate, recenti pronunce della Corte, tuttavia, non hanno interessato la formulazione della disposizione nella versione vigente al momento dei fatti rilevanti per il giudizio, di guisa che – osserva il Consiglio di Stato – “la regola iuris in essa compendiata tuttora costituisce il referente normativo che regge l’odierno rapporto controverso”; quella regola, tuttavia, “replic[a] il medesimo principio informatore che permeava le disposizioni summenzionate già dichiarate incostituzionali e che impinge nel non consentito automatismo, attesa la diversità dei relativi presupposti di legittimazione, tra l’autorizzazione di una struttura sanitaria e il provvedimento di accreditamento, ponendosi in tal modo in contrasto con il principio generale rinveniente dalla legislazione statale e mutuabile da una lettura sistemica degli artt. 8 bis, 8 ter e 8 quater del D.Lgs. 30/12/1992, n. 502”;
- e) la norma pugliese censurata introduce, dunque, “una deroga al principio generale in forza del quale l’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie non produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento istituzionale, che si fonda sul criterio di funzionalità rispetto alla programmazione regionale”; ciò, senza che, sull’an del rilascio dell’accreditamento, “possano in alcun modo interferire valutazioni discrezionali dell’Amministrazione nell’ambito (come avviene di norma) di un apposito procedimento amministrativo, da ritenersi viceversa indispensabile siccome forma indefettibile della funzione amministrativa”, rendendo così il provvedimento “atto dovuto ed a contenuto vincolato” (da ciò, appunto, derivando la rilevanza della questione di legittimità costituzionale);
- f) non appaiono ostative del giudizio sul merito, del resto, le seguenti circostanze:
- f1) né che non risulti possibile addivenire ad un’interpretazione costituzionalmente conforme della norma oggetto di dubbio; la Corte costituzionale ha infatti chiarito che, se è vero che “le leggi non si dichiarano costituzionalmente illegittime perché è possibile darne interpretazioni incostituzionali (e qualche giudice ritenga di darne)” ([sentenza 22 ottobre 1996, n. 356](#), in *Dir. ind.*, 1997, 157, con nota di PAONE, ed in *Giur. cost.*, 1996, 3096, con nota di LAMARQUE), ciò non significa che, ove sia improbabile o difficile prospettare un’interpretazione costituzionalmente orientata, la questione non debba essere scrutinata nel merito. “Anzi – precisa il rimettente – tale scrutinio, ricorrendo le predette condizioni, si rivela, come nella specie, necessario, pure solo al fine di stabilire se la soluzione conforme a Costituzione rifiutata dal giudice rimettente sia invece possibile” (con richiamo a [Corte cost., sentenza 24 febbraio 2017, n. 42](#), in *Foro it.*, 2017, I, 2560, con nota di AMOROSO, ed in *Giur. cost.*, 2017, 375, con note di CARETTI, CARDONE, RIMOLI, GALETTA);

- f2) né che la norma in argomento, vigente al momento dell'atto impugnato in prime cure, sia stata successivamente abrogata e/o modificata: la Corte costituzionale, infatti, ha costantemente affermato la persistenza della rilevanza della questione anche nel caso in cui la norma sottoposta a scrutinio sia sostituita da una successiva; ciò, in quanto la legittimità dell'atto deve essere esaminata, in virtù del principio *tempus regit actum*, con riguardo alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento della sua adozione (sono qui ricordate, della Corte: [sentenza 24 aprile 2013, n. 78](#), in *Foro it.*, 2013, I, 1749; [sentenza 11 luglio 2012, n. 177](#), in *Foro it.*, 2012, I, 2571; [sentenza 25 novembre 2011, n. 321](#), in *Giur. cost.*, 2011, 4452; [sentenza 11 giugno 2010, n. 209](#), in *Foro it.*, 2011, I, 375, ed in *Giur. cost.*, 2010, 2417, con nota di ESPOSITO; [sentenza 28 novembre 2008, n. 391](#), in *Foro it.*, 2009, I, 333, ed in *Le Regioni*, 2009, 426, con nota di TORRETTA; [sentenza 20 novembre 2000, n. 509](#), in *Foro it.*, 2001, I, 1475);
- f3) a quest'ultimo riguardo, il Collegio ricorda che *“i due istituti giuridici dell'abrogazione e della illegittimità costituzionale delle leggi non sono eguali fra loro, ma si muovono su piani diversi ed hanno, soprattutto, effetti diversi. Mentre la dichiarazione di incostituzionalità di una legge o di un atto avente forza di legge rende la norma inefficace ex tunc e quindi estende la sua invalidità a tutti i rapporti giuridici ancora pendenti al momento della decisione della Corte, restandone così esclusi soltanto i «rapporti esauriti», (cfr. l'art. 136 Cost., e l'art. 30, comma 3, legge 11 marzo 1953, n. 87) l'abrogazione, salvo il caso (in questo caso non ricorrente) dell'abrogazione con effetti retroattivi, opera solo per l'avvenire, atteso che anche la legge abrogante è sottoposta alla regola di cui all'art. 11 delle Disposizioni sulla legge in generale (c.d. Preleggi), secondo cui 'la legge non dispone che per l'avvenire: essa non ha effetto retroattivo'”;*
- g) quanto alla non manifesta infondatezza, il Consiglio di Stato richiama i passi salienti delle sentenze della Corte costituzionale n. 36 del 2021 e n. 195 del 2021, ricordando preliminarmente che *“la competenza regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento di istituzioni sanitarie private deve essere inquadrata nella più generale potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, che vincola le Regioni al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e nel reticolo delle disposizioni sopra menzionate il legislatore statale pone in rapporto di autonomia i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento di strutture sanitarie, dovendo soggiungersi che la necessità della mediazione costitutiva di un atto di accredi[ta]mento s'impone anche nel caso di ampliamento di una struttura preesistente ai sensi dell'art. 8 quater comma 7 del d. lgs 502/1992”* (cfr. [Corte costituzionale, sentenza 7 giugno 2013, n. 132](#), in *Foro it.*, 2013, I, 2073, ed in *Sanità pubbl. e privata*, 2014, 2, 55, con nota di GANGEMI); in particolare, secondo le due sentenze del 2021 della Corte:
- g1) il regime delle autorizzazioni e degli accreditamenti costituisce principio fondamentale in materia di tutela della salute;
- g2) nell'ambito della relativa cornice normativa occorre *“distinguere [...] gli aspetti che attengono all'‘autorizzazione’, prevista per l'esercizio di tutte le*

attività sanitarie, da quelli che riguardano l'“accreditamento” delle strutture autorizzate”;

- g3) quanto all'“autorizzazione”, articolata sul duplice versante della realizzazione della struttura e dell'esercizio dell'attività sanitaria, essa è subordinata alla verifica, da parte della Regione interessata, della realizzabilità della struttura in relazione alla localizzazione territoriale, tenuto conto del fabbisogno complessivo di assistenza che considera anche le prestazioni extra livelli essenziali di assistenza (cfr. [Corte cost., sentenza 22 gennaio 2021, n. 7](#), in *Giur. cost.*, 2021, 74), e al possesso dei requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e qualità per poter effettuare prestazioni sanitarie;
- g4) l'accreditamento, con il quale alla struttura pubblica o privata già autorizzata è concesso lo *status* di soggetto erogatore di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale, richiede, invece, “*requisiti ulteriori*” (rispetto a quelli necessari all'autorizzazione) e l'accettazione del sistema di pagamento a prestazione, ai sensi dell'art. 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992 ([Corte cost., sentenza 19 dicembre 2012, n. 292](#), punto 4 del *Considerato in diritto*, in *Foro it.*, 2013, I, 448);
- g5) la differenza che intercorre tra l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in base al sistema delineato dagli artt. 8-*bis*, 8-*ter* e 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, mostra che per la prima i profili rilevanti “*sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti*”, così da garantire la corretta distribuzione sul territorio “*in modo che siano adeguatamente servite tutte le zone, anche quelle a bassa redditività, che in mancanza di tale strumento non sarebbero coperte*” (cfr. [Cons. Stato, sezione III, sentenza 7 marzo 2019, n. 1589](#), in *Guida al dir.*, 2019, 14, 93). Ai fini dell'accreditamento rileva invece il fabbisogno di assistenza programmato per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e si prevede il coinvolgimento, in base all'art. 8-*bis*, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, solo “*dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*, senza quindi considerare le strutture private non accreditate*” (Corte cost., sentenza n. 7 del 2021, cit., punto 4.4 del *Considerato in diritto*);
- g6) nell'impianto fondamentale dei già ricordati articoli del d.lgs. n. 502 del 1992, “*le vicende del processo di accreditamento restano tendenzialmente estranee alla determinazione del fabbisogno che rileva per la verifica di compatibilità delineata dall'indicato art. 8-*ter*, comma 3*” (sentenza n. 7 del 2021, cit., punto 4.4.1. del *Considerato in diritto*). I due procedimenti – di autorizzazione e di accreditamento – sono, in base ai richiamati principi fondamentali della

legge statale, tra di loro autonomi, essendo ciascuno finalizzato alla valutazione di indici di fabbisogno diversi e non sovrapponibili;

- h) proprio nel solco delle coordinate così tracciate dalla Corte costituzionale, il Collegio rimettente *“ritiene indispensabile un nuovo scrutinio di costituzionalità esteso anche all’art. 19, comma 3, della L.R. n. 9/2017 della Regione Puglia, nella versione antecedente alle modifiche normative già dichiarate illegittime”*, la quale si basa su un *“meccanismo operativo del tutto analogo a quello già censurato dalla Corte siccome segnato da un rigido automatismo cui si riconnette il travaso in un distinto contesto procedimentale (id est accreditamento) degli effetti abilitativi rinvenienti da altro, ancorché presupposto, procedimento (finalizzato questa volta al rilascio dell’autorizzazione)”*.

III. – Per completezza, si consideri quanto segue:

- i) sull’autorizzazione, quale provvedimento amministrativo necessario per l’erogazione, da parte della struttura sanitaria privata, di prestazioni sanitarie a carico del S.S.N., e sulle differenze rispetto all’istituto dell’accreditamento, cfr., nella giurisprudenza della Corte costituzionale, la recente sentenza n. 7 del 2021, cit., che ha ribadito i seguenti punti fermi:

i1) quanto all’autorizzazione, *“gli unici profili rilevanti [...] sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti, ciò al fine di garantire la corretta distribuzione sul territorio ‘in modo che siano adeguatamente servite tutte le zone, anche quelle a bassa redditività, che in mancanza di tale strumento non sarebbero coperte’”* (con richiamo, qui, alla giurisprudenza del Consiglio di Stato, in particolare alla sentenza n. 1589 del 2019, ricordata anche dall’ordinanza qui in epigrafe);

i2) quanto, invece, al provvedimento di accreditamento, di cui all’art. 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992 – il cui effetto, per la struttura che lo ottiene, consiste nel poter erogare prestazioni sanitarie *“per conto”* del SSN –, esso valuta la sussistenza di *“requisiti ulteriori di qualificazione”* (comma 1), collegati – come ha precisato la Corte – al *“fabbisogno di assistenza programmato per garantire l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”*; e quindi, mentre l’autorizzazione *“implica una valutazione complessiva, che considera anche le prestazioni extra LEA e le strutture private non accreditate”*, l’accreditamento *“riguarda unicamente i LEA e prevede il coinvolgimento, in base all’art. 8-bis, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, solo ‘dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-*quinquies*’, senza quindi considerare le strutture private non accreditate”* (così, ancora, la sentenza n. 7 del 2021);

- j) ancora su autorizzazione e accreditamento, nella giurisprudenza costituzionale, cfr. le seguenti decisioni:

- j1) [sentenza 5 giugno 2020, n. 106](#) (in *Giur. cost.*, 2020, 1241), in cui la Corte ha ribadito che il regime delle autorizzazioni e degli accreditamenti delineato dalle menzionate disposizioni del d.lgs. n. 502 del 1992 “*costituisce principio fondamentale in materia di tutela della salute. Il legislatore statale (artt. 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del d.lgs. n. 502 del 1992) ha inteso vincolare le strutture socio-sanitarie private all’osservanza di requisiti essenziali da cui far dipendere l’erogazione di prestazioni riferite alla garanzia di un diritto fondamentale*” (punto 5.2 del *Considerato in diritto*);
- j2) [sentenza 1° luglio 2015, n. 124](#) (in *Foro it.*, 2015, I, 3787, con nota di D’AURIA), che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale di alcune disposizioni legislative della Regione Campania che prevedevano l’assunzione, a carico del servizio sanitario nazionale, delle prestazioni erogate da un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a prescindere dall’aver questo previamente richiesto e ottenuto l’accreditamento istituzionale presso la Regione, in violazione dei principi fondamentali della legislazione statale in materia di “*tutela della salute*”, desumibili dagli art. 8-bis e 8-sexies del d.lgs. n. 502 del 1992, per i quali le prestazioni sanitarie erogate da strutture pubbliche o private possono essere poste a carico del servizio sanitario nazionale solo dopo la stipulazione con la Regione di appositi accordi contrattuali, i quali, a loro volta, presuppongono che le stesse strutture siano state previamente accreditate;
- j3) [sentenza 16 aprile 2015, n. 59](#) (in *Foro it.*, 2015, I, 1898, ed in *Sanità pubbl. e privata*, 2016, 1, 81, con nota di CARASTRO), secondo cui “*Il regime di autorizzazione obbligatoria, prescritto dagli artt. 8 e 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale o procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità erogate da studi medici ed odontoiatrici, non è derogabile dal legislatore regionale, il quale, intervenendo in materia di tutela della salute, è vincolato al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato*”, con conseguente illegittimità costituzionale dell’art. 1, comma 1, della legge della Regione Abruzzo n. 21 del 2014 nella parte in cui, riducendo la lista delle operazioni chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale contenuto in una precedente legge regionale del 2006, esonera talune prestazioni sanitarie dall’obbligo dell’autorizzazione prescritto dagli artt. 8 e 8-ter citt.;
- k) nella giurisprudenza amministrativa, sul procedimento di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi dell’art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, cfr., *ex multis*:
- k1) [Cons. Stato, sez. III, sentenza 30 gennaio 2012, n. 445](#) (in *Foro amm.- Cons. Stato*, 2012, 71), secondo cui, in tema di autorizzazioni necessarie per la realizzazione e l’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie, l’interesse del privato ad intraprendere liberamente iniziative economiche di gestione di tali strutture è recessivo rispetto all’interesse pubblico relativo al controllo della loro diffusione, che si realizza mediante la verifica sul

territorio del fabbisogno sanitario; e ciò anche nella fase del rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio, in cui la verifica stessa, come risultante dal precedente segmento procedimentale dell'autorizzazione alla realizzazione della struttura, deve essere sottoposta ad un esame di controllo della permanenza dei relativi presupposti sulla base del fabbisogno eventualmente normativamente rideterminato rispetto alla situazione esistente al tempo del rilascio della prima autorizzazione; in sede di verifica di compatibilità per "strutture pubbliche o private eroganti prestazioni nell'ambito distrettuale interessato", previste, nel caso di specie, da deliberazione della Giunta della Regione Basilicata, debbono intendersi anche quelle, pur non ancora pervenute allo stato operativo, che siano già state assoggettate a previa verifica di compatibilità e l'abbiano superata;

- k2) Cons. Stato, sez. V, sentenza 15 ottobre 2009, n. 6324 (in *Foro amm.- Cons. Stato*, 2009, 2333, solo massima), secondo cui la verifica regionale di compatibilità del progetto di realizzazione o ampliamento di strutture sanitarie introduce un subprocedimento nell'ambito del complesso procedimento per il rilascio della concessione edilizia per la realizzazione o l'ampliamento di una struttura sanitaria, che si caratterizza per il fatto che la Regione è tenuta ad esprimersi non sulla conformità urbanistico-edilizia dell'intervento (spettando tale esame al Comune), bensì sulla compatibilità e coerenza con le esigenze poste dalla programmazione sanitaria e ospedaliera, in funzione di un duplice parametro valutativo costituito dal fabbisogno complessivo, anche in vista di una migliore accessibilità ai servizi sanitari e di valorizzazione di aree di insediamento prioritario di nuove strutture; di conseguenza, la verifica di compatibilità viene espressa dalla Regione per profili distinti dalla conformità urbanistico-edilizia valutata dal Comune, sostanziandosi in una valutazione che tiene conto del fabbisogno complessivo e della localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, per cui deve intervenire in via prioritaria rispetto al procedimento di autorizzazione comunale, anche per evitare che un operatore privato realizzi, anche con notevole esborso di capitali, una struttura che successivamente la Regione ritenga non compatibile. In senso analogo, cfr. anche T.a.r. per la Puglia – Lecce, sez. II, sentenza 27 marzo 2006, n. 1778 (in *Ragiusan*, 2007, 279, 165);
- k3) T.a.r. per la Puglia, sez. I, sentenza 6 marzo 2002, n. 1236 (in *T.A.R.*, 2002, I, 2058), secondo cui, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, la verifica del progetto di realizzazione di una nuova struttura sanitaria da parte della Regione consiste esclusivamente in un giudizio sulla compatibilità e coerenza dell'intervento con le esigenze poste dalla programmazione sanitaria ed ospedaliera, alla luce del fabbisogno complessivo, della localizzazione territoriale, della realizzazione di un

migliore accesso ai servizi sanitari, della valorizzazione di aree di insediamento prioritario di nuove strutture;

- l) nella giurisprudenza amministrativa, sul provvedimento di accreditamento ai sensi dell'art. 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, e sulla correlata determinazione dei tetti di spesa per le strutture accreditate, cfr., in particolare, la sentenza dell'Adunanza plenaria 12 aprile 2012, n. 3 (in *Foro it.*, 2012, III, 269, ed in *Urb. e appalti*, 2012, 1080, con nota di LENTINI), secondo la cui massima *"Sono legittime le determinazioni regionali che, in materia di sanità pubblica, fissano in corso d'anno, con effetto retroattivo dall'inizio dell'anno, tetti massimi di spesa con riguardo alle prestazioni sanitarie già rese dalle strutture private accreditate (in motivazione, si precisa che le strutture private, fino a quando non venga adottato un provvedimento definitivo di determinazione del tetto di spesa, ben possono fare affidamento sull'entità della spesa dell'anno precedente, diminuita dell'ammontare corrispondente alla quota di riduzione della spesa sanitaria stabilita dalle norme finanziarie per l'anno in corso)"*;
- m) sulle condizioni per il pagamento delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, cfr., in giurisprudenza, Cass. civ., sez. III, 27 giugno 2006, n. 14758 (in *Foro it.*, 2007, I, 1561), secondo cui *"Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'art. 6.6 della legge n. 724 del 1995, come interpretato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 416 del 1995 (a mente del quale «in via transitoria per il biennio 1995-1996 l'accreditamento nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni ad alta specialità in regime di assistenza indiretta regolate dalle leggi regionali alla data di entrata in vigore del d.lgs. n. 502 del 1992, che accettino il sistema delle remunerazioni sulla base delle citate tariffe avviene automaticamente per gli attuali soggetti (pubblici e privati) che forniscono le prestazioni all'unica condizione dell'accettazione del sistema (nuovo) della remunerazione a prestazione sulla base di tariffe») va inteso nel senso che l'accertamento della sussistenza o meno di tali requisiti (qualità di soggetto convenzionato o erogante prestazione di alta specialità in regime di assistenza indiretta) posti direttamente dal legislatore, escludendo qualsiasi profilo di discrezionalità da parte della P.A., comporta che la pretesa al pagamento della relativa prestazione configuri un diritto soggettivo, con la conseguenza che la relativa verifica, possa essere sindacata dal giudice ordinario, che può direttamente accertare, anche in motivato contrasto con l'amministrazione, la ricorrenza dei requisiti di legge, pur in assenza, quindi, del «necessario» provvedimento concessorio di accreditamento"*;
- n) sul procedimento di autorizzazione degli ospedali di comunità, cfr. [Corte cost., sentenza 15 maggio 2018, n. 98](#) (in *Foro it.*, 2018, I, 2278), che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 34, commi 3 e 4, della legge della Regione Veneto n. 30 del 2016, nella parte in cui escludeva la competenza del Comune nei procedimenti di autorizzazione alla realizzazione degli ospedali di comunità, delle unità riabilitative territoriali e degli *hospice*, e demandava tale competenza alla Giunta regionale; in motivazione la Corte, tra l'altro, poggiandosi sulla previsione di cui all'art. 8-*ter*, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992 (a norma del quale *"Per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla*

legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione [...]”), ha affermato che le competenze comunali così richiamate “sono in realtà tutte le competenze relative al permesso di costruire, comprese quelle riguardanti la segnalazione certificata di inizio di attività, oggi disciplinate dal d.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia)”, essendo quindi, in base alla legge, “sempre necessari due tipi di valutazioni: una valutazione relativa alla conformità urbanistico-edilizia dell’opera e una valutazione di politica sanitaria (la «verifica di compatibilità» del progetto rispetto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture)”, quest’ultima di competenza regionale.

