



News n. 67 del 17 maggio 2023
a cura dell'Ufficio del massimario

La Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 8, comma 2, della l. r. Campania n. 8 del 2003, per contrasto con gli artt. 3 e 41 Cost., limitatamente alle parole «e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base», in quanto la disposizione regionale, nel determinare in maniera rigida la localizzazione delle strutture sanitarie, attraverso un parametro di fabbisogno associato a un criterio impermeabile a ogni verifica in concreto, limita in maniera irragionevole e sproporzionata, oltre che discriminatoria, l'iniziativa economica privata

Corte Costituzionale, 17 aprile 2023, n. 74 – Pres. Sciarra, Est. Navaretta

Sanità pubblica e sanitari – Regione Campania - Autorizzazione all'esercizio di residenza sanitaria assistenziale - Contingente per distretto sanitario di base – Predeterminazione del fabbisogno - Incostituzionalità

E' incostituzionalmente l'art. 8, comma 2, della l. r. Campania n. 8 del 2003, (Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private – RR.SS.AA.), limitatamente alle parole «e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base». (1)

(1) I. – La Corte costituzionale ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 8, comma 2, della l. r. Campania n. 8 del 2003, che prevede il fabbisogno di centri diurni per anziani, per contrasto con gli artt. 3 e 41 Cost., limitatamente alle parole «e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base», in quanto la disposizione regionale, nel determinare in maniera rigida la localizzazione delle strutture sanitarie, attraverso un parametro di fabbisogno associato a un criterio impermeabile a ogni verifica in concreto, limita in maniera irragionevole e sproporzionata, oltre che

discriminatoria, l'iniziativa economica privata. La questione era stata sollevata dal T.a.r. per la Campania, sezione I, con ordinanza 2 maggio 2022, n. 2986, (oggetto di News US n. 61 del 5 luglio 2022).

II. La vicenda procedimentale e contenziosa nella quale si è innestata la q.l.c. muove da un'istanza per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura socio sanitaria per l'erogazione di prestazione di R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) semiresidenziale in regime ambulatoriale diurno. L'A.s.l., prima con un provvedimento avente ad oggetto la programmazione delle strutture residenziali e poi con parere sfavorevole all'autorizzazione della predetta struttura sanitaria, evidenziava la non autorizzabilità di ulteriori posti rispetto a quelli già autorizzati, ai sensi dell'art. 8, comma 2, della legge Regione Campania n. 8/2003, in quanto nel distretto-base di riferimento era già stata autorizzata altra struttura sanitaria e non era possibile autorizzare per distretto base più di una struttura sanitaria, come prevede la legge regionale sopra menzionata. Il centro sanitario istante ha, quindi, impugnato i predetti provvedimenti innanzi al T.a.r. che ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 8, comma secondo, della legge regionale n. 8 del 22 aprile 2003.

III. - La Corte costituzionale, dopo aver riassunta la vicenda, ha osservato quanto segue:

a) in via preliminare, ha respinto le eccezioni in rito con cui si è messo in dubbio il difetto di rilevanza della questione, in quanto le questioni di legittimità costituzionale sollevate contestano proprio la rigida predeterminazione dell'esaurimento del fabbisogno, disposta dalla previsione regionale, ostativa a una possibile valutazione in concreto delle condizioni per concedere l'autorizzazione rispetto alla programmazione regionale;

a1) l'eccezione di inammissibilità si fonda, dunque, da un lato, su uno scenario meramente ipotetico, quello secondo cui l'amministrazione potrebbe comunque ritenere il fabbisogno esaurito in concreto, e, da un altro lato, su una ricostruzione del requisito della rilevanza non in linea con la giurisprudenza della Corte;

a2) come è stato in più occasioni osservato (da ultimo, sentenze n. 139 e n. 88 del 2022, n. 172 del 2021), tale requisito attiene all'applicabilità della disposizione censurata nel giudizio *a quo*, ma non al sicuro conseguimento di un'utilità diretta per effetto dell'applicazione della norma nel processo principale.

b) superate le questioni preliminari, la Corte costituzionale ha ricostruito il quadro normativo nazionale:

b1) in particolare, ha evidenziato che la contestata previsione regionale si colloca nel contesto della disciplina che attiene alla autorizzazione alla

realizzazione di strutture sanitarie, i cui tratti fondamentali sono delineati dal d.lgs. n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419). Quest'ultimo ha «significativamente rimodulato», nel solco di una logica programmatica, il sistema sanitario, che configura i rapporti fra pubblico e privato «secondo un sistema progressivo» (sentenza n. 195 del 2021). Esso contempla l'autorizzazione, per poter realizzare strutture sanitarie e per poter esercitare, in regime privatistico, attività sanitarie e sociosanitarie; l'accreditamento, che presuppone l'autorizzazione e rende il soggetto potenziale erogatore di prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale; e l'accordo, che consente di effettuare tali prestazioni, nei limiti di spesa ivi previsti. Simile progressione si fonda su una netta autonomia tra il procedimento di autorizzazione e quello di accreditamento, in quanto quest'ultimo non segue necessariamente il primo, si limita ad avere fra i suoi presupposti l'autorizzazione e richiede differenti verifiche, incentrate, fra l'altro, su un diverso parametro di fabbisogno (in tal senso, sentenze n. 195 e n. 7 del 2021);

b2) sul versante dell'attività svolta in regime privatistico, l'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 prevede, in particolare, due distinte e autonome autorizzazioni, che sono necessarie affinché i soggetti, individuati nel medesimo articolo, possano, rispettivamente, realizzare nuove strutture ed esercitare attività sanitarie e sociosanitarie;

b3) l'autorizzazione all'esercizio delle attività è subordinata, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 4, del d.lgs. n. 502 del 1992, al rispetto di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, che vengono specificati dall'atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, e approvato dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private);

b4) in relazione all'autorizzazione alla realizzazione di strutture – disciplinata dall'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992 – essa viene rilasciata dal comune, competente in materia di urbanistica e di edilizia, sul presupposto che la regione abbia verificato la «compatibilità del progetto [...] in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale»;

b5) la duplice autorizzazione serve, dunque, a filtrare nello specifico settore delle prestazioni sanitarie, l'accesso all'esercizio dell'iniziativa economica privata. Nel caso dell'autorizzazione all'esercizio, il controllo relativo ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi opera in via di automatismo ed è direttamente correlato alla tutela della sicurezza dei pazienti e alla protezione del diritto alla salute. Relativamente, invece, all'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, il provvedimento comunale è subordinato a una valutazione discrezionale di compatibilità del progetto, che risulta finalizzata «anche [...a] meglio garantire l'accessibilità ai servizi e [a] valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture»;

c) in relazione alla disciplina regionale, la Corte costituzionale ha chiarito che l'art. 8 della l. r. Campania n. 8 del 2003 disciplina il fabbisogno e la dislocazione territoriale delle residenze sanitarie per anziani;

c1) al comma 1, indica il «fabbisogno di posti residenziali di RR.SS.AA. per anziani, nelle more del redigendo piano ospedaliero regionale»; al comma 2, specifica, ai fini della dislocazione territoriale, che il «fabbisogno di centri diurni per anziani» è di «almeno una struttura per ASL» e – come prevede il frammento di disposizione censurata – «non superiore a una [struttura] per ogni distretto sanitario di base». Proprio a questa disciplina, prevista dall'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, si collega, specificamente, l'art. 8, comma 2, della legge reg. Campania n. 8 del 2003;

c2) la disposizione censurata determina per legge, ai fini della verifica regionale di compatibilità del progetto che condiziona il rilascio da parte del comune dell'autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura, la localizzazione delle residenze diurne per anziani, individuando il fabbisogno delle stesse in una sola struttura per distretto sanitario di base;

d) la Corte ha accolto la questione di costituzionalità, ritenendo fondate le violazioni degli artt. 3 e 41 Cost. sulla base delle seguenti motivazioni:

d1) la norma regionale predeterminando per legge il fabbisogno del distretto sanitario in relazione alle residenze diurne per anziani palesa un automatismo che, immediatamente, denota una irragionevole e sproporzionata compressione dell'iniziativa economica privata, che si pone in aperto contrasto con gli artt. 3 e 41 Cost.;

d2) nel correlare il fabbisogno di residenze diurne per anziani alla mera presenza di un'altra struttura nel medesimo «distretto sanitario di base», la disposizione regionale prevede un criterio, che risulta irragionevolmente insensibile al fabbisogno effettivo del singolo distretto, il quale può

significativamente variare in funzione della differente dimensione di tale segmento territoriale;

d3) il legislatore statale all'art. 3-*quater*, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, come modificato dall'art. 3, comma 1, del d.lgs. n. 229 del 1999, assegna alle regioni il compito di determinare l'articolazione per distretti, limitandosi a stabilire che essi debbano garantire «una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente»;

d4) in particolare, quanto alla regione Campania, l'art. 10, comma 16, della legge della regione Campania 3 novembre 1994 n. 32 (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale), come sostituito dall'art. 3, comma 1, della legge della Regione Campania 28 novembre 2008, n. 16 (Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo), prevede che «[c]iascun distretto deve, di norma, coincidere con ogni ambito avente una popolazione non inferiore a 50.000 abitanti e non superiore a 120.000 abitanti», fermo restando che nella «definizione degli ambiti distrettuali va tenuto conto delle aree montuose, delle isole e dei territori a bassa densità abitativa»;

d5) ne deriva una notevole variabilità della popolazione potenzialmente afferente a un singolo distretto, sicché il fabbisogno effettivo di residenze per anziani, pur a fronte di una struttura già presente nel territorio, potrebbe risultare in concreto non esaurito, in ragione dell'elevato numero di abitanti o della consistente popolazione di anziani, ivi residenti, e questo tanto più ove la struttura preesistente avesse dimensioni contenute o offrisse limitate tipologie di prestazioni;

d6) aggiunge la Corte che alla irragionevole limitazione dell'iniziativa economica privata, che deriva da una disposizione insensibile al fabbisogno effettivo, si unisce il carattere sproporzionato del relativo sacrificio. L'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi e di valorizzare nuovi insediamenti è, infatti, perseguito con un criterio di dislocazione territoriale, imposto in via di automatismo, che si dimostra eccessivo, se il distretto per il quale è presentata l'istanza risulta ancora carente sotto il profilo del fabbisogno concreto. Al contempo, una simile limitazione, sproporzionata e irragionevole, operante nel contesto di un meccanismo, qual è quello dell'autorizzazione che premia la priorità delle richieste, determina un ingiustificato effetto discriminatorio, che non appare coerente neppure con un regime di concorrenza "amministrata";

d7) in definitiva, la disposizione regionale censurata, nel determinare in maniera rigida la localizzazione delle strutture sanitarie, attraverso un parametro di fabbisogno associato a un criterio impermeabile a ogni verifica in concreto, limita in maniera irragionevole e sproporzionata, oltre che discriminatoria, l'iniziativa economica privata;

d8) ha precisato la Corte che l'illegittimità costituzionale della disposizione censurata opera nel senso che resta possibile una valutazione in concreto, volta a verificare la compatibilità del progetto in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture già presenti, in relazione agli obiettivi di cui all'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992.

IV. Per completezza si segnala:

e) sul sistema sanitario, come riformato dal d.lgs. n. 502 del 1992 e poi significativamente rimodulato con il d.lgs. n. 229 del 1999, v. da ultimo, Corte cost., 22 gennaio 2021, n. 7, in *Repertorio Foro Italiano 2021 Friuli-Venezia Giulia*, n. 6 secondo cui: "la realizzazione di strutture sanitarie, al pari dell'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, è disciplinata dall'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 ed è subordinata ad autorizzazione. Tali autorizzazioni, prosegue il comma 1 della richiamata disposizione, «si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate». Ciò con riferimento a determinate tipologie di strutture, tra cui quelle «sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno»; categoria in cui rientrano le strutture per anziani non autosufficienti oggetto della disposizione impugnata. Il comma 3 del citato art. 8-ter prevede poi che per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia edilizia, «la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture». In questi termini gli unici profili rilevanti per l'autorizzazione sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti", in dottrina, Granillo M., *Il fabbisogno tra verifica di compatibilità e verifica di funzionalità*, in *Ius et Salus, Rivista di diritto farmaceutico*, 2020;

f) in relazione alla necessità che il fabbisogno vada accertato in concreto e sia quanto più vicino alle esigenze della popolazione locale, Cons. Stato, sez. III, 7 marzo 2019, n. 1589, in *www.giustizia-amministrativa.it*, secondo cui: "per ragioni attinenti non solo alla tutela della salute, quale irrinunciabile interesse della collettività (art. 32 Cost.), ma anche alla tutela della concorrenza, l'autorizzazione per la

realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992, deve necessariamente restare inserita nell'ambito della programmazione regionale, in quanto la verifica di compatibilità, effettuata dalla Regione, ha proprio il fine di accertare l'armonico inserimento della struttura in un contesto di offerta sanitaria rispondente al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di garantire meglio l'accessibilità ai servizi e di valorizzare le aree di insediamento prioritario delle nuove strutture”;

- g) sulla doverosità della determinazione del fabbisogno, Cons. Stato, sez. III, 31 maggio 2018, n. 3279, (in www.giustizia-amministrativa.it), secondo cui: “la pur doverosa previa valutazione del fabbisogno a livello regionale, in base a complesse articolate procedure (di cui al decreto commissariale n. 32 del 2012), non può per i ritardi e le inefficienze delle competenti amministrazioni risolversi in un blocco tendenzialmente illimitato e comunque non limitabile del rilascio delle semplici autorizzazioni, che non comportano a differenza degli accreditamenti alcun onere per la finanza pubblica, sicché la pubblica amministrazione, anche a prescindere da una attività programmatoria o pianificatoria che si è protratta per tempi lunghissimi e ben oltre ogni limite di ragionevolezza, dovrà comunque effettuare una valutazione puntuale del fabbisogno, attinente al caso specifico, non potendosi condizionare negativamente l'attività economica privata al mancato esercizio di poteri doverosi;
- h) in relazione all'autorizzazione sanitaria, si veda Cons. Stato, sez. III, 4 agosto 2021, n. 5756, (in www.giustizia-amministrativa.it), secondo cui: “Ai sensi dell'art. 8-ter, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria è misura diversa da quella di accreditamento, in quanto quest'ultimo richiede la presenza di ulteriori requisiti di qualificazione, strutturali, tecnologici e organizzativi, definiti dalle Regioni con l'individuazione di specifici standard di qualità, nonché, soprattutto, l'accertamento della funzionalità delle strutture accreditande rispetto agli indirizzi della programmazione sanitaria regionale; per tale ragione, la pura e semplice autorizzazione di cui all'art. 8-ter non implica l'assunzione di alcun onere a carico dell'ente pubblico; né, per converso, in virtù della conseguita autorizzazione, la parte interessata acquisisce alcun titolo o aspettativa a partecipare alla ripartizione del budget del servizio pubblico - restando del tutto impregiudicata la discrezionalità regionale nell'attività di programmazione della spesa pubblica sanitaria e nell'opera di determinazione del fabbisogno territoriale, attività entrambe tipicamente propedeutiche alla valutazione delle istanze di accreditamento”;
- i) in relazione alla compatibilità in astratto dell'autorizzazione sanitaria con il diritto dell'Unione europea, si veda Corte di giustizia UE, grande sezione, 10 marzo 2009, in C-169/07 (in www.curia.europa.eu): “una programmazione che richieda una

previa autorizzazione per l'installazione di nuovi prestatori di cure può rendersi indispensabile per colmare eventuali lacune nell'accesso alle cure ambulatoriali e per evitare una duplicazione nell'apertura delle strutture, in modo che sia garantita un'assistenza medica che si adatti alle necessità della popolazione, ricomprenda tutto il territorio e tenga conto delle regioni geograficamente isolate o altrimenti svantaggiate» e, pertanto, «è legittimo che uno Stato membro organizzi i servizi di assistenza medica in modo da dare priorità ad un sistema di prestazioni in natura affinché ogni paziente acceda facilmente, sull'intero territorio nazionale, ai servizi dei medici convenzionati”;

j) sulla necessità che la competenza regionale in materia di autorizzazione si inquadri nella più generale potestà legislativa concorrente v.:

j1) Corte cost., 5 giugno 2020, n. 106, in *Repertorio Foro Italiano 2020, Regione in genere e regioni a statuto ordinario*, n. 371, in www.cortecostituzionale.it, 2020, in www.giustamm.it, 2020, fasc. 6; in *Riv. giur. Edilizia*, 2020, I, 761, relativa al regime abilitativo degli impianti alimentati da fonti di energia rinnovabili, ha evidenziato che le Regioni non possono prescrivere “limiti generali inderogabili, valevoli sull'intero territorio regionale, specie nella forma di distanze minime, perché ciò contrasterebbe con il principio fondamentale di massima diffusione delle fonti di energia rinnovabili, stabilito dal legislatore statale in conformità alla normativa dell'Unione europea”;

j2) sulla necessità che la competenza regionale in materia di autorizzazione sanitaria si inquadri nella più generale potestà legislativa concorrente, si veda Corte cost. 15 maggio 1998, n. 98, in *Foro it.*, 2018, I, 2278, secondo cui “l'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992 contenga un principio diverso, che richiede di mantenere una duplicità di valutazioni da parte di due differenti organi pubblici – il Comune per le valutazioni urbanistiche e la Regione per quelle di politica sanitaria – e che solo a fini di semplificazione delle procedure e per evitare inutili aggravii a carico degli amministratori fa confluire le due valutazioni in un unico atto finale, facente capo al Comune. In particolare, la norma statale esige che la Regione effettui la verifica di compatibilità del progetto della struttura sanitaria in relazione alla programmazione sanitaria e la metta a disposizione del Comune, al quale poi spetta la valutazione del progetto rispetto agli strumenti urbanistici, nell'esercizio di una funzione amministrativa, quella relativa al rilascio dei titoli abilitativi, che appartiene al nucleo di funzioni intimamente connesso al riconoscimento dell'autonomia dell'ente comunale (per analoghe affermazioni si vedano le sentenze n. 67 del 2016 e n. 387 del 2007, in www.cortecostituzionale.it).

j3) Corte cost. che, con sentenza 25 gennaio 2023, n. 32, oggetto di News UM n. 42 del 23 marzo 2023, ha evidenziato come non sia consentito al legislatore regionale (nel caso di specie: alla legge della Regione Puglia 2

maggio 2017, n. 9) derogare (anche parzialmente) alle “norme di principio” tracciate dal legislatore statale (ossia dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502). La Corte ha ricordato come in materia di «tutela della salute» sussista la potestà legislativa concorrente tra lo Stato e le regioni, ai sensi dell’art. 117, terzo comma, Cost., i cui principi fondamentali elaborati dalla legge statale, nel quadro dell’organizzazione del Servizio sanitario nazionale (seppure a declinazione regionale), trovano espressione, con riguardo ai provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nella disciplina tracciata dagli artt. 8, 8-bis, 8-ter e 8-quater del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

k) in relazione all’incidenza dell’art. 41 Cost. in ambito sanitario:

k1) Corte cost. 9 maggio 2022, n. 113, oggetto di News UM n. 5 del 19 gennaio 2023, che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 9, comma 1, della legge della Regione Lazio 28 dicembre 2018, n. 13 (Legge di stabilità regionale 2019), nella parte in cui prevede che il personale sanitario dedicato ai servizi alla persona, necessario a soddisfare gli standard organizzativi, dovrà avere con la struttura un rapporto di lavoro di dipendenza regolato dal CCNL sottoscritto dalle associazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario; in motivazione la corte ha evidenziato che

- l’iniziativa economica privata, come enuncia il primo comma dell’art. 41 Cost., è oggetto di una libertà garantita, nella cui protezione si esprime, quale principio generale di ispirazione liberista, la tutela costituzionale dell’attività di impresa, pur nel rispetto dell’utilità sociale con cui non può essere in contrasto; - in simmetria con il parametro interno, la libertà di impresa è riconosciuta altresì dall’art. 16 della Carta dei diritti fondamentali UE;

- le possibili limitazioni di tale libertà devono, innanzi tutto, avere una base legale, stante la regola della riserva di legge nel campo delle private libertà nella materia economica, comprensive della libertà di iniziativa, il bilanciamento tra lo svolgimento dell’iniziativa economica privata e la salvaguardia dell’utilità sociale deve rispondere, in ogni caso, ai principi di ragionevolezza e proporzionalità. Si tratta di una complessa operazione di bilanciamento per la quale vengono in evidenza il contesto sociale ed economico di riferimento, le esigenze generali del mercato in cui si realizza la libertà di impresa, nonché le legittime aspettative degli operatori;

- nel rispetto di tali principi non è configurabile una lesione della libertà di iniziativa economica allorché l’apposizione di limiti di ordine generale al suo esercizio corrisponda all’utilità sociale;

- se è vero che la libertà di impresa può essere limitata in ragione di tale bilanciamento, tuttavia, l'individuazione dell'utilità sociale non deve essere arbitraria e gli interventi del legislatore non possono perseguirla con misure palesemente incongrue;

- tali principi devono essere rispettati anche nella disciplina legislativa di un'attività economica privata integrata in un pubblico servizio, che è comunque espressione della libertà di iniziativa economica garantita dall'art. 41 Cost.;

- anche in tale evenienza gli interventi del legislatore, pur potendo incidere sull'organizzazione dell'impresa privata non possono perseguire l'utilità sociale con prescrizioni eccessive, tali da condizionare le scelte imprenditoriali in grado così elevato da indurre sostanzialmente la funzionalizzazione dell'attività economica, sacrificandone le opzioni di fondo o restringendone in rigidi confini lo spazio e l'oggetto delle stesse scelte organizzative o in maniera arbitraria e con misure palesemente incongrue.

