

**Inadempienze regionali e controllo di legittimità costituzionale.
Brevi considerazioni a margine di una (opportuna) decisione del giudice delle leggi
in tema di (cattiva) organizzazione del servizio sanitario**

di Andrea Rovagnati
(in corso di pubblicazione in *"le Regioni"*, 2009)

1. Con la decisione in commento, la Corte costituzionale ha giudicato contrastante con i principi di ragionevolezza e di eguaglianza, di cui all'art. 3 Cost., una norma regionale che aveva stabilito, da un lato, il blocco degli accreditamenti delle strutture sanitarie sino a quando non si fosse provveduto alla determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, dall'altro, una serie di eccezioni variamente configurate a tale regola¹. Per apprezzare la portata dell'intervento della Consulta è opportuno ricordare brevemente il contesto positivo nel quale si era collocata la disposizione poi dichiarata incostituzionale, nonché i principali passaggi legislativi che avevano contribuito a crearlo. Come vedremo, infatti, la disposizione della Regione Calabria annullata costituisce soltanto uno degli ultimi episodi della complessa saga che, sin dal principio dell'undicesima legislatura, ha interessato il sistema della sanità italiana.

¹ Non è inutile riportare la formulazione letterale della disposizione impugnata e di quelle richiamate dalla medesima. L'art. 15, comma 3, della legge Regione Calabria 11 agosto 2004, n. 18, disponeva che "[f]ino alla determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, da definirsi sulla base degli standards indicati dall'Agenzia per Servizi Sanitari Regionali, non possono essere rilasciati accreditamenti, fatte salve le fattispecie regolate dalle disposizioni di sanatoria previste dalla legge regionale n. 8/2003 così come modificata e integrata dalla legge regionale n. 30/2003, le cui strutture interessate si intendono avere titolo, in base alle predette disposizioni, all'autorizzazione, ove sprovviste, ed all'accreditamento". L'art. 15 della legge Regione Calabria 26 giugno 2003, n. 8, aveva previsto: al comma 1, che "[n]elle more dell'adozione del provvedimento legislativo destinato a regolamentare la disciplina delle autorizzazioni e degli accreditamenti, nonché a fissare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, in conformità con i principi fissati dalla normativa statale], le autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie sono concesse dal Dirigente Generale del Dipartimento Sanità sulla base del solo possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle vigenti disposizioni, accertati e deliberati dall'Azienda Sanitaria di appartenenza"; al comma 2, che "[n]ello stesso periodo è sospeso il rilascio degli accreditamenti e sono fatti salvi comunque: a) le domande di accreditamento conformi alle previsioni di cui all'art. 5, comma 3, della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29 e dalla deliberazione della Giunta regionale; b) le autorizzazioni ed accreditamenti relativi alle strutture finanziate con i fondi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67; c) il trasferimento, l'ampliamento dei servizi finalizzato a miglioramenti strutturali tecnologici e la fusione di più soggetti già accreditati sempre che permanga il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni previa attestazione di carenza da parte dell'ASL competente; d) le strutture promosse su iniziativa della Regione Calabria, degli istituti di rilievo nazionale nonché l'ampliamento delle attività di alta specialità e dei centri di eccellenza, anche finalizzato al completamento del ciclo terapeutico"; al comma 3, che "[i] soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, e che abbiano erogato negli anni 2001 e/o 2002 prestazioni con oneri a carico delle ASL regionali, possono esercitare attività sanitarie per conto del Servizio sanitario. Gli stessi possono, altresì, stipulare anche per l'anno 2003, con le ASL territorialmente competenti, gli accordi di cui all'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il Dipartimento Sanità adotta, entro il 31 dicembre 2003, i formali provvedimenti di accreditamento, previa verifica dei requisiti richiesti dalla normativa vigente)". Infine, l'art. 1, comma 4, della legge Regione Calabria 29 dicembre 2003, n. 30, aveva stabilito che "[i] soggetti che abbiano erogato prestazioni sanitarie e socio-sanitarie negli anni 2001, 2002 e/o 2003 con oneri a carico del servizio sanitario sono autorizzati ad erogare prestazioni per l'anno 2004. Il termine per l'accreditamento di cui all'art. 15 comma 3, della legge n. 8/2003 è prorogato al 30 giugno 2004 e sono risolti di diritto gli accordi contrattuali di coloro i quali non dovessero ottenere l'accreditamento entro il predetto termine".

2. Gli anni Novanta del secolo scorso ed anche i primi anni di quello presente sono stati caratterizzati da un tormentato processo di riforma legislativa della disciplina che concerne la titolarità e le forme di gestione del servizio sanitario, nonché le modalità di costituzione dei nessi organizzativi dello stesso tra titolare e gestore².

La storia del passaggio dal sistema del c.d. convenzionamento, disciplinato dalla legge n. 833/1978, al sistema dell'accreditamento è nota³. In una prima fase, regolata dal d.lgs. n. 502/1992, dal d.lgs. n. 517/1993 e dalla l. n. 724/1994, il legislatore statale aveva configurato un sistema di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica e ospedaliera aperto sia alle strutture proprie delle uu.ss.ll. sia a qualsiasi altra struttura sanitaria pubblica e privata e a qualsiasi professionista che fosse stato accreditato al servizio sanitario. Principio caratterizzante tale sistema era la libera concorrenza tra i soggetti che erano legittimati ad operare in esso. A tale fine concorrevano essenzialmente due norme: quella che aveva configurato l'accreditamento come atto sostanzialmente dovuto dall'amministrazione (subordinandone il rilascio dapprima al mero possesso, da parte della struttura richiedente, dei requisiti tecnici minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie⁴, e successivamente anche alla sua accettazione del sistema di remunerazione a tariffa⁵); e quella che aveva riconosciuto all'utente facoltà di libera scelta, tra i diversi gestori accreditati, dell'erogatore delle singole prestazioni⁶. Coerentemente con tali scelte, nel sistema in esame l'allora titolare del servizio (la u.s.l.) era privo del potere di stabilire quante e quali prestazioni dovessero essere erogate da ciascuno dei gestori privati accreditati⁷.

Gradualmente, tuttavia, la legislazione successiva al 1994 si allontanò dal principio che era stato posto a fondamento dell'organizzazione del servizio sanitario dal d.lgs. n. 502/1992, e dai suoi corollari, recuperando strumenti di programmazione del numero dei soggetti erogatori e della loro attività. Su quest'ultimo versante, il Parlamento creò – dapprima in forma indicativa e transitoria (l. n. 549/1995⁸), successivamente in forma obbligatoria e transitoria (l. n. 662/1996⁹), infine in forma obbligatoria e definitiva (l. n. 449/1997¹⁰) – strumenti per la individuazione di tetti massimi per le prestazioni erogabili dalle strutture accreditate. Quanto alla individuazione dei soggetti accreditabili, con l'atto di indirizzo e coordinamento approvato con d.P.R. 14 gennaio 1997 furono introdotte disposizioni restrittive rispetto alla disciplina del 1992-94. In particolare, si attribuì alle Regioni il compito di determinare “gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori

² Come noto, tale processo ha seguito quello realizzatosi silenziosamente, in via amministrativa e giurisprudenziale, nel corso degli anni Ottanta. Su tali vicende v. F. Trimarchi Banfi, *Pubblico e privato nella sanità. Autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1990.

³ Buona parte del processo sintetizzato nel testo è descritto, con dovizia di particolari, da N. Aicardi, *La sanità*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo, Diritto amministrativo speciale*, Tomo Primo, Milano, Giuffrè, 2003, p. 665 ss.

⁴ Così stabiliva l'art. 8, comma 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tanto nella formulazione originaria quanto in quella introdotta dall'art. 9, comma 1, lett. e), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

⁵ Secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 6 e 7, della legge 23 dicembre 1994, n. 724. Come è noto, l'interpretazione riportata nel testo, secondo la quale il complesso normativo richiamato alla presente nota e a quella precedente attribuiva un diritto soggettivo agli enti erogatori in grado di soddisfare le condizioni poste dalla legge, era stata avallata dalla Corte costituzionale con la sent. n. 416 del 1995.

⁶ Tale principio fu posto dall'art. 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e fu poi confermato dall'art. 9, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, nonché dall'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

⁷ Una forma di controllo delle prestazioni rese dai gestori pubblici accreditati era stata invece prevista dall'art. 6, comma 5, della legge 23 dicembre 1994, n. 724. Previsione, questa, giudicata non illegittima dalla Corte costituzionale (sent. n. 416 del 1995).

⁸ V. l'art. 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

⁹ V. l'art. 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

¹⁰ V. l'art. 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione" all'esercizio delle attività sanitarie¹¹; e, a tale fine, si fissarono criteri generali, tra i quali fu compresa la funzionalità dell'accreditamento "alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale"¹².

La decisione di configurare l'accreditamento come atto di accertamento tecnico-discrezionale (per la parte in cui si procede alla verifica del possesso, in capo alla struttura che ne faccia richiesta, dei requisiti ulteriori di qualificazione) e, ad un tempo, come atto di discrezionalità amministrativa (per la parte in cui si valuta la funzionalità della struttura rispetto alle scelte della programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale), nonché quella di prevedere strumenti di programmazione dell'attività delle strutture accreditate (volti a indicare i volumi e le tipologie delle prestazioni erogabili), furono successivamente confermate dal legislatore statale.

Esse, in particolare, sono state poste alla base della legge delega n. 419/1998 e del correlato d.lgs. n. 229/1999, il quale ha previsto che l'esercizio di attività sanitarie per conto e a carico del servizio sanitario fosse subordinato al rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento, nonché alla stipulazione di appositi accordi contrattuali¹³. In quel sistema, ancora oggi vigente, l'instaurazione del nesso organizzativo di servizio pubblico con i soggetti erogatori e la quantificazione delle prestazioni erogabili da ciascuno di essi sono il frutto di valutazioni programmatiche ed organizzative discrezionali dell'amministrazione titolare del servizio (la Regione). Più specificamente, valutazioni di quella natura non sono ammesse in sede di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie (che è dovuta se la struttura è in possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici ed organizzativi, fissati dalla normativa statale)¹⁴, mentre possono essere compiute durante la fase (eventuale) di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (dal momento che quando il progetto è sottoposto ad atto comunale di assenso sotto il profilo urbanistico, è necessaria la verifica della Regione circa la compatibilità del progetto in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture)¹⁵. Esse, infine, caratterizzano il momento dell'accreditamento: condizioni per essere accreditati, infatti, sono la "rispondenza a requisiti ulteriori di qualificazione" (ulteriori rispetto a quelli necessari per ottenere l'autorizzazione), la "funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale" e la "verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"¹⁶. Come è stato da tempo sottolineato, [c]iò significa che non tutte le strutture interessate che siano in grado di soddisfare i requisiti tecnici di accreditamento hanno diritto ad ottenerlo: tra queste saranno selezionate solo quelle la cui attività (per tipologia, ubicazione territoriale o altre circostanze) risulti funzionale alle scelte della programmazione regionale dell'offerta dei servizi sanitari"¹⁷.

3. Il processo di accreditamento delle strutture sanitarie delineato dalle disposizioni sopra ricordate non si è ancora oggi completato, per ragioni che possono essere imputate, in buona parte, allo Stato e alle Regioni. Quanto alle prime, il pensiero corre innanzitutto ai ritardi con i quali lo Stato ha attuato quanto era necessario perché il nuovo sistema di

¹¹ Art. 2, comma 4, del d.P.R. 14 gennaio 1997.

¹² Art. 2, comma 5, lett. a), del d.P.R. 14 gennaio 1997.

¹³ V. l'art. 8-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

¹⁴ V. l'art. 8-ter, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

¹⁵ V. l'art. 8-ter, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

¹⁶ Art. 8-quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

¹⁷ N. Aicardi, op. cit., p. 673.

assistenza sanitaria potesse entrare a regime. Quanto alle seconde, non si può non ricordare la lentezza che ha caratterizzato l'azione delle Regioni quando si è trattato di abbandonare gli istituti nati in vigenza del sistema del convenzionamento, e di esercitare i poteri attribuiti loro dalle leggi di riforma del servizio sanitario.

Ma procediamo con ordine. Nell'impostare su basi nuove il rapporto pubblico-privato precedentemente fondato sul sistema convenzionale, il legislatore statale aveva compiuto due importanti scelte. La prima (tecnicamente necessaria) era stata quella di rinviare ad atti normativi secondari, da adottare in un momento successivo (precisamente entro 180 giorni dall'adozione del decreto), tanto la identificazione di criteri generali uniformi per definire i requisiti che le strutture sanitarie avrebbero dovuto possedere per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del servizio sanitario nazionale¹⁸, quanto la determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni rese dalle strutture accreditate¹⁹. La seconda (fortemente voluta dal legislatore, oltre che costituzionalmente obbligata) fu quella di coinvolgere le Regioni nelle attività preordinate alla instaurazione dei rapporti configurati dal d.lgs. n. 502/1992²⁰. Dovendo regolare il lasso di tempo destinato a trascorrere prima che si perfezionasse il passaggio dal vecchio al nuovo regime, il legislatore aveva altresì stabilito che i rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali allora in atto cessassero comunque entro un triennio dalla data dell'entrata in vigore del decreto²¹.

Come è noto, per varie ragioni la concreta evoluzione del sistema sanitario non seguì l'itinerario che era stato tracciato dalle disposizioni sopra richiamate. Il primo ostacolo posto su tale percorso fu costituito dalla decisione con la quale la Corte costituzionale dichiarò illegittima la norma che imponeva al Governo il compito di definire i requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie (sent. n. 355 del 1993). Nel rimediare alla

¹⁸ Più precisamente, l'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, aveva previsto che con atto di indirizzo e coordinamento si definissero "i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie"; "la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi"; "i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati"; "i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi".

¹⁹ V. l'art. 8, comma 6, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

²⁰ V. l'art. 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che aveva indicato il 31 dicembre 1993 quale termine massimo entro cui le Regioni avrebbero dovuto provvedere.

²¹ V. quanto disposto dall'art. 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, conformemente a quanto era stato previsto dall'art. 1, comma 1, lett. e), della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Sembra utile ricordare gli elementi essenziali della disciplina legislativa relativa ai requisiti in presenza dei quali le istituzioni sanitarie di carattere privato, nel sistema antecedente la legge di riforma *bis* del servizio sanitario, potevano stipulare gli accordi convenzionali fatti salvi temporaneamente dalla disposizione in esame. Condizione necessaria perché una struttura privata potesse esercitare l'attività sanitaria era il possesso di caratteristiche funzionali tali da consentire l'erogazione di livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle corrisposte dai presidi e dai servizi delle uu.ss.ll. (art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833). L'accertamento della realizzazione di una simile condizione doveva essere compiuta dalle Regioni basandosi sugli elementi tecnico-sanitari individuati da norme regionali ovvero, in mancanza, da norme statali (quelle della legge del 12 febbraio 1968, n. 132, quanto alle autorizzazioni delle case di cura private, e quelle del R.D. 27 luglio del 1934, n. 1265, per le altre strutture). Nel caso in cui tale verifica fosse stata positiva, la struttura aveva diritto ad ottenere la conseguente autorizzazione regionale. Secondo quanto previsto dall'art. 44, comma 1, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le uu.ss.ll. potevano stipulare apposite convenzioni con le strutture autorizzate, per rispondere a quella quota di domanda di servizi sanitari rispetto ai quali il piano sanitario regionale avesse accertato l'insufficiente risposta offerta dall'organizzazione pubblica. In forza dell'avvenuto convenzionamento, le istituzioni private si impegnavano a fornire determinate prestazioni agli utenti del servizio sanitario nazionale, per conto e su richiesta di questo e a fronte di un corrispettivo commisurato alle prestazioni medesime. È necessario avvertire che il sistema previsto dalla l. n. 833/1978 per il convenzionamento con le strutture private ha ricevuto attuazione per le sole case di cura; i rapporti con i laboratori diagnostici, invece, sono stati regolati da accordi collettivi nazionali recanti regole non del tutto coerenti con il modello di convenzionamento posto dalla legge, in quanto tendenti a consolidare le posizioni acquisite da soggetti già convenzionati e a rendere impossibile la programmazione locale dell'entità del ricorso a prestazioni convenzionate. In proposito, v. F. Trimarchi Banfi, op. cit. p. 47-48.

situazione normativa venutasi a creare per effetto di quella pronuncia, il legislatore dovette differire i termini entro i quali Stato e Regioni avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di loro competenza²².

Anche la scansione temporale determinata dal d.lgs n. 517/1993, tuttavia, fu disattesa dagli organi che avrebbero dovuto dettare le regole necessarie all'adeguamento del servizio sanitario ai nuovi principi. Preso atto dei problemi che il Governo stava incontrando nell'adempiere efficacemente²³ e tempestivamente²⁴ ai propri obblighi, il Parlamento intervenne nuovamente sulla disciplina del regime transitorio, disponendo che i rapporti convenzionali in atto si interrompessero a decorrere dalla entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalle Regioni²⁵. Dispose, inoltre, che da tale momento sarebbero dovuti entrare in vigore i nuovi rapporti fondati sul regime dell'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte, previsti dal d.lgs. n. 502/1992. Infine, consapevole delle persistenti difficoltà legate alla adozione dell'atto di indirizzo e coordinamento che avrebbe dovuto orientare le discipline regionali, il legislatore configurò un regime di accreditamento temporaneo, in forza del quale le strutture già inserite nel sistema alla data di entrata in vigore del d.lgs. n. 502/1992 avrebbero potuto, temporaneamente e a determinate condizioni, continuare ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario²⁶.

Le difficoltà di attuazione del disegno di riforma del sistema di gestione del servizio sanitario non vennero meno negli anni successivi all'adozione della legge n. 724/1994. Per un verso, alcune Regioni si mostrarono reticenti o comunque non sufficientemente attrezzate ad assumere le determinazioni necessarie per fissare le tariffe in base alle quali remunerare le prestazioni rese per conto del servizio sanitario²⁷. Conseguenza di tutto ciò

²² Ed infatti: l'art. 9, comma 1, lett. d), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 aveva stabilito che l'atto di indirizzo e coordinamento recante i criteri per la determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie dovesse essere adottato emanato entro il 31 dicembre 1993; l'art. 9, comma 1, lett. g), del medesimo decreto aveva fissato alla data del 30 giugno 1994 il termine entro il quale le Regioni avrebbero dovuto adottare i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

²³ Raggiunta l'intesa con le Regioni nel gennaio del 1994, lo Stato aveva approvato il piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 nel marzo di quel medesimo anno (d.P.R. 1 gennaio 1994). Successivamente esso pervenne alla determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera (d.M. 15 aprile 1994). Poiché tale atto fu sospeso in sede cautelare dai giudici amministrativi (T.a.r. Lazio, ord. 24 agosto 1994), il Governo adottò una serie di provvedimenti finalizzati a superare la situazione di incertezza normativa che si era così venuta a creare, nonché a mettere le Regioni nelle condizioni di fissare le tariffe delle prestazioni erogate nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Per quanto riguarda le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, nella fase in esame vengono in rilievo l'art. 11, comma 1, del d.l. 29 ottobre 1994, n. 603; il d.M. 14 dicembre 1994; l'art. 11, del d.l. 23 dicembre 1994, n. 722.

²⁴ L'atto di indirizzo e coordinamento con il quale furono stabiliti i criteri minimi per l'esercizio delle attività sanitarie sarà adottato solo agli inizi del 1997 (d.P.R. 14 gennaio 1997).

²⁵ V. art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

²⁶ Con l'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, si era disposto che, fermo restando il diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'art. 8, comma 4, del d.lgs. n. 502/1992, per il biennio 1994-1995, l'accreditamento operasse anche nei confronti dei soggetti precedentemente convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta, qualora essi avessero accettato il sistema della remunerazione a prestazione sulla base della tariffa predeterminata dalla Regione.

²⁷ Lo Stato intervenne più volte per superare lo stallo al processo riformatorio della sanità generato dalla mancanza di capacità (o di volontà) delle Regioni di giungere alla determinazione delle tariffe delle prestazioni. Non è certo questa la sede per richiamare tutti i provvedimenti che furono adottati a questo scopo. Limitando il campo di indagine agli interventi che riguardarono la determinazione delle tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si possono ricordare: l'art. 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549; il d.M. 22 luglio 1996; l'art. 35, comma 3, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

fu che in taluni ordinamenti regionali, almeno per un certo lasso di tempo²⁸, continuarono a rimanere in vigore le precedenti norme regolatrici del sistema autorizzatorio per accedere al convenzionamento esterno²⁹. Per altro verso, è utile ricordare che il Governo non fu in grado di adottare l'atto di indirizzo e coordinamento recante i criteri per la determinazione dei requisiti minimi più volte richiamato entro il termine originariamente previsto, così impedendo per lungo tempo l'avverarsi della condizione necessaria affinché le Regioni potessero a loro volta definire gli aspetti sostanziali e procedurali relativi all'accreditamento³⁰. Non stupisce, dunque, che, fino all'adozione del provvedimento statale in questione, spesso gli enti regionali si siano limitati ad avvalersi dell'istituto dell'accreditamento temporaneo³¹. Né stupisce che tale istituto sia stato mantenuto in vita anche successivamente alla emanazione del d.P.R. 14 gennaio 1997, dati gli adempimenti, ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa primaria, che esso aveva richiesto alle Regioni ai fini dell'effettiva entrata in vigore dell'accreditamento definitivo³², e date le complesse vicende giudiziarie che, per questa ragione, lo interessarono³³. La lacunosità del quadro normativo statale e le incertezze che esso recava con sé continuarono a caratterizzare il sistema anche in seguito. Come si è già ricordato, alla fine degli anni Novanta il legislatore statale dettò una disciplina della gestione del servizio sanitario parzialmente diversa da quella prevista nel d.lgs n. 502/1992. Anche in quel caso, tuttavia, lo Stato dovette, da un lato, rinviare a un futuro atto di indirizzo e coordinamento "la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie, nonché la verifica periodica di tali attività", "la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale", "le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta"³⁴; dall'altro, prevedere il

²⁸ Secondo studi di settore, "[a] tutto il 1997, solo la Basilicata non aveva emanato nessun provvedimento di determinazione delle tariffe, mentre le restanti Regioni avevano emanato numerosi provvedimenti, anche successivi, di rettifica e/o integrazione di quanto stabilito nelle prime decisioni di determinazione delle tariffe, anche in relazione al succedersi della normativa statale". C. Anecchiarico, Rassegna dei provvedimenti normativi di attuazione delle tariffe ospedaliere, in G. France (a cura di), Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato, Milano, Giuffrè, 1999, p. 109, nt. 9.

²⁹ Ciò in quanto la mancata determinazione regionale delle tariffe costituiva un impedimento insuperabile all'operatività delle nuove norme regolatrici del sistema dell'accreditamento. In tale senso si è espressa la giurisprudenza amministrativa. V., ad esempio, T.a.r. Lombardia, sent. n. 431 del 1996; T.a.r. Abruzzo, sent. n. 161 del 1996; T.a.r. Sardegna, sent. n. 22 del 1997; T.a.r. Veneto, sent. n. 56 del 1998; C.d.S., sent. n. 107 del 1999.

³⁰ Lo stesso legislatore statale, anche per ovviare ai problemi connessi a tale ritardo, aveva prorogato al 30 giugno 1996 il termine per la cessazione dei rapporti convenzionali fissato nella disposizione richiamata alla nota 21 (art. 2, comma 7, legge 28 dicembre 1995, n. 549).

³¹ In realtà, va detto che alcune Regioni esercitarono i poteri conferiti loro dalla legislazione di riforma del sistema sanitario, pur in assenza dell'atto di indirizzo e coordinamento dello Stato. Scelta, questa, che fu ritenuta legittima dagli organi della giustizia amministrativa (T.a.r. Lazio, sent. n. 9 del 1997).

³² Muovendo da questa constatazione, la giurisprudenza amministrativa in taluni casi giunse ad affermare che, fino al compimento del quadro giuridico di riferimento (con l'emanazione degli ulteriori atti generali regionali), non sussisteva l'obbligo dell'amministrazione sanitaria di procedere a nuovi accreditamenti con soggetti prima non convenzionati. V. T.a.r. Campania, sent. n. 3398 del 1999; T.a.r. Campania, sent. n. 1890 del 2002. In altri casi, invece, essa affermò che a seguito dell'entrata in vigore del d.M. 14 gennaio 1997 era entrato in vigore il regime definitivo dell'accreditamento, con conseguente possibilità di accedervi per tutte le strutture private in possesso dei requisiti individuati dal citato decreto. V. T.a.r. Marche, sent. n. 1175 del 1999.

³³ Come è noto, il d.P.R. 14 gennaio 1997 fu annullato dal giudice amministrativo nella parte in cui esso aveva previsto che l'accreditamento fosse subordinato al possesso di requisiti ulteriori rispetto a quelli minimi previsti per ottenere l'autorizzazione, da fissarsi da parte delle Regioni sulla base di criteri generali stabiliti dallo Stato (T.a.r. Lazio, sent. n. 2897 del 1998). Ciò in quanto il d.lgs. n. 502/1992, dal quale il d.P.R. in questione traeva origine, non aveva previsto alcunché a questo riguardo.

³⁴ Art. 8-quater, comma 3, lett. a), b) e c), decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

coinvolgimento delle Regioni nel processo di determinazione dei requisiti necessari per ottenere l'accreditamento³⁵. Facendo assegnamento sulla capacità del Governo di adottare in tempi brevi l'atto di indirizzo e coordinamento sopra richiamato, il d.lgs. n. 229/1999 aveva stabilito che, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore di tale atto, le Regioni avrebbero dovuto avviare il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi della legge n. 724/1994³⁶. Il decreto in esame, infine, aveva previsto una nuova forma di accreditamento provvisorio, che le Regioni avrebbero potuto concedere alle strutture nuove che lo avessero richiesto o alle strutture già operanti che avessero fatto domanda di avvio di nuove attività, "per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati"³⁷. Ancora una volta, però, il piano astrattamente previsto dal legislatore è stato attuato in modo parziale. Lo Stato, infatti, non ha adottato l'ormai noto atto di indirizzo e coordinamento per le più disparate ragioni, non ultima per la circostanza che provvedimenti di quel genere sono divenuti incompatibili con l'assetto delle competenze statali e regionali istituito dal legislatore costituzionale del 2001³⁸. Ed in mancanza della indicazione dei criteri generali uniformi per la definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento, per la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, e per la determinazione delle procedure e dei termini per l'accreditamento, diverse Regioni non hanno emanato gli atti di propria competenza³⁹, così ritardando l'entrata a regime dell'accreditamento definitivo e, ad un tempo, mantenendo in essere il sistema degli accreditamenti transitori⁴⁰ e provvisori⁴¹.

4. La disposizione regionale annullata dalla Corte costituzionale con la decisione in commento è figlia dell'orientamento appena descritto. Come si è già detto, infatti, con essa la Regione Calabria aveva previsto il blocco degli accreditamenti sino "alla determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, da definirsi sulla base degli standards indicati dall'Agenzia per Servizi Sanitari Regionali", e ad un tempo aveva riconosciuto, in capo a strutture sanitarie che si fossero trovate in determinate situazioni, "titolo all'autorizzazione, ove sprovviste, e all'accreditamento"⁴².

Quali sono state, dunque, le ragioni che hanno indotto il giudice delle leggi a pronunciarsi per la incostituzionalità della norma regionale? L'impressione di chi scrive è che esso abbia voluto ricordare alle Regioni che la Costituzione pone dei limiti all'esercizio della potestà legislativa, superati i quali la discrezionalità del legislatore si trasforma in arbitrio.

³⁵ V. l'art. 8-quater, comma 5, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

³⁶ V. l'art. 8-quater, comma 6, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

³⁷ Art. 8-quater, comma 7, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 8, comma 4, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

³⁸ In merito v. L. Cuocolo, La funzione statale di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria e assistenziale. Primi spunti dopo la riforma costituzionale, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V, Milano, Giuffrè, 2002, p. 319 ss.

³⁹ Una panoramica dello stato di attuazione normativa e fattuale dell'istituto dell'accreditamento nelle singole Regioni sino al 2004 è reperibile in Monitor. Elementi di analisi e osservazioni del sistema salute. Bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, n. 2/2002, p. 42 ss.

⁴⁰ Sulle conseguenze derivanti al sistema dalla inattività delle Regioni, v. T.a.r. Lombardia, sent. n. 151 del 2003; T.a.r. Abruzzo, sent. n. 824 del 2003; T.a.r. Campania, sent. n. 3928 del 2003; C.d.S., sent. n. 3961 del 2004; C.d.S., sent. n. 4020 del 2004; Cass., sent. n. 8984 del 2005; C.d.S., sent. n. 2797 del 2005; T.a.r. Puglia, sent. n. 529 del 2005; T.a.r. Campania, sent. n. 8028 del 2006.

⁴¹ Si segnala, tuttavia, che la giurisprudenza amministrativa ha affermato che le Regioni non possono rilasciare l'accreditamento provvisorio in difetto della previa programmazione regionale del fabbisogno delle prestazioni sanitarie. V., ad esempio, T.a.r. Basilicata, sent. n. 364 del 2003.

⁴² V., retro, nt. 1.

Meno evidente, invece, pare essere stato l'interesse della Corte ad eliminare una norma regionale non pienamente conforme ai principi posti dalla legislazione statale a fondamento dell'organizzazione del servizio sanitario. Tale convinzione poggia sulla scelta compiuta dalla Corte in merito al parametro alla luce del quale valutare la norma impugnata; sul tenore degli argomenti in base ai quali il giudice delle leggi ha motivato la decisione di incostituzionalità; nonché, infine, sul rilievo dato dai giudici costituzionali alle rilevanti novità legislative che la legge finanziaria 2007 ha introdotto in tema di accreditamenti provvisori e transitori.

Quanto al primo aspetto, la Corte ha deciso di valutare la norma impugnata sotto il profilo della sua conformità al principio di eguaglianza e ragionevolezza, mentre ha giudicato assorbiti gli altri profili di illegittimità prospettati nell'ordinanza di rimessione in riferimento agli artt. 117 e 97. Vero è che il tenore delle censure mosse dal T.a.r. Calabria nei confronti della legislazione regionale, appuntandosi innanzitutto e soprattutto sull'art. 3 Cost., era tale da condizionare fortemente la scelta dell'organo della giustizia costituzionale di guardare la disposizione impugnata in quella prospettiva. Va detto, tuttavia, che, se lo avesse ritenuto opportuno, la Corte avrebbe potuto agire come ha fatto in altre occasioni, nelle quali non ha esitato a fondare la propria decisione su parametri ritenuti espressivi dei principi costituzionali lesi dalle normative impugnite, e però richiamati dal giudice rimettente solo in via sussidiaria. Nel caso di specie, i giudici della Consulta non sono stati di questa idea.

D'altra parte, le argomentazioni offerte dalla Corte per motivare la sentenza in esame lasciano trasparire quale sia stato l'angolo visuale dal quale essa ha voluto affrontare e risolvere la questione di costituzionalità. Ciò che la Corte è sembrata voler sanzionare non è stata la decisione del legislatore regionale di chiudere il sistema degli accreditamenti sino alla determinazione degli elementi necessari ad una programmazione finanziariamente sostenibile del servizio sanitario⁴³. E neppure è stata la scelta di consentire l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sanitario da parte di operatori privi del possesso dei requisiti necessari per ottenere l'autorizzazione e l'accredimento⁴⁴. Piuttosto, la causa della illegittimità è stata colta dall'organo della giustizia costituzionale nel risultato ingiusto dato dalla somma di quelle determinazioni. Come si legge in un passaggio finale della decisione, infatti, "[n]on la semplice subordinazione dei nuovi accreditamenti alla ricognizione e determinazione del fabbisogno (condizione necessaria per evitare sprechi), ma l'effetto congiunto della perpetuazione della sanatoria, in favore di strutture delle quali la norma regionale censurata presume la regolarità, e della sospensione a tempo indeterminato di nuovi accreditamenti ha creato e mantiene un doppio regime giuridico irragionevolmente discriminatorio e pertanto incompatibile con il rispetto del principio di uguaglianza"⁴⁵.

Utili indicazioni sulle ragioni che hanno indotto la Corte ad assumere una decisione come quella in esame, infine, possono trarsi dai motivi in forza dei quali essa ha ritenuto inconferente il richiamo, operato dalla difesa regionale, alle disposizioni della legge finanziaria 2007. Con tali enunciati il Parlamento aveva posto un limite al rilascio di nuovi accreditamenti da parte delle Regioni, in assenza di un provvedimento di ricognizione e determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie, introducendo nel contempo misure specifiche per far cessare gli accreditamenti provvisori e transitori non confermati da accreditamenti definitivi⁴⁶. Simili previsioni potevano rappresentare un serio argomento a

⁴³ Tale decisione, invece, era parsa al giudice a quo affetta da intrinseca irrazionalità. V. punto 5.1. dell'ordinanza di rimessione.

⁴⁴ Come si è ampiamente documentato, infatti, scelte di quel genere hanno caratterizzato l'intera storia del passaggio dal sistema del convenzionamento a quello dell'accredimento.

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 361 del 2008, p.to 3.5. del Considerato in diritto.

⁴⁶ V. l'art. 1, comma 796, lett. s), t) e u), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in base ai quali, rispettivamente: "a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private

favore della tesi della legittimità della normativa regionale contestata: dopo tutto, non sarebbe stato troppo arduo sostenere che la legge n. 296/2006, nel disporre il blocco degli accreditamenti in mancanza di un'adeguata programmazione del fabbisogno e la graduale eliminazione degli accreditamenti temporanei e provvisori, aveva previsto un rimedio a scelte regionali, quale quella della Calabria, di per sé non contrastanti con il quadro normativo stabilito a livello statale. La Corte, tuttavia, ha escluso di voler accedere ad una simile lettura⁴⁷. E lo ha fatto – è importante sottolinearlo – affermando di essere stata chiamata a valutare “la conformità della norma regionale impugnata ai principi di uguaglianza e di ragionevolezza di cui all’art. 3 Cost. e non la conformità o meno della legge regionale alla normativa nazionale”⁴⁸.

5. Resta da domandarsi, conclusivamente, quale siano le regole che oggi disciplinano effettivamente l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio in Calabria. La risposta a tale quesito chiede all'interprete uno sforzo ricostruttivo di notevole difficoltà, date le numerose zone d'ombra che, per le ragioni più diverse, caratterizzano il quadro normativo nel settore in esame.

Salvo errore, dopo la pronuncia della Corte costituzionale esaminata non sono stati emanati atti regionali che abbiano innovato, in via legislativa o amministrativa, la materia. Prima della definizione del giudizio di legittimità costituzionale, invece, la Regione aveva dettato nuove regole in tema di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. La l.r. Calabria n. 24/2008, in particolare, aveva previsto l'abrogazione degli artt. 14 e 15 della l.r. Calabria n. 18/2004 (e quindi della norma impugnata dal giudice amministrativo)⁴⁹, a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento della Giunta regionale recante la definizione dei requisiti di qualità, strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private⁵⁰. Tale regolamento, tuttavia, non è stato emanato dalla Giunta regionale, né nel termine indicato dalla legge⁵¹, né successivamente⁵².

già convenzionate, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni”; “le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'art. 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992”; “le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo art. 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992”.

⁴⁷ Ad onor del vero, si deve osservare come la difesa regionale avesse sostenuto la perfetta identità della disciplina posta nella legge regionale impugnata con quella accolta nella legge finanziaria 2007, e non già una parziale sovrapposizione delle stesse. Di qui la precisazione, fatta dalla Corte all'atto di rigettare la tesi della Regione, in merito al diverso contenuto delle leggi messe a confronto: contrariamente a quanto sostenuto dalla resistente, infatti, mentre “nella disciplina nazionale la sospensione si accompagna ad una progressiva e obbligatoria eliminazione delle situazioni precarie pregresse, in quella della Regione Calabria la sospensione si accompagna al congelamento delle posizioni esistenti, senza la previsione di un percorso di regolarizzazione”.

⁴⁸ Corte cost., sent. n. 361 del 2008, p.to 3.4. del Considerato in diritto.

⁴⁹ V. l'art. 15, della legge regionale Calabria 18 luglio 2008, n. 24.

⁵⁰ V. l'art. 11, comma 5, della legge regionale Calabria 18 luglio 2008, n. 24.

⁵¹ Circostanza, questa, che ha spinto la Corte costituzionale a valutare nel merito la questione sollevata dal T.a.r. Calabria, dovendosi escludere che a quella data si fosse prodotta l'abrogazione della norma impugnata.

Non essendosi ancora realizzato l'effetto abrogativo connesso alla l.r. Calabria n. 24/2008, la disciplina relativa alle strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio deve essere cercata nelle disposizioni della legge finanziaria 2007, da un lato, e nelle disposizioni legislative (così come modificate dalla sent. n. 361/2008), regolamentari ed amministrative della Regione Calabria antecedenti a quella, dall'altro. Per effetto di simili previsioni, dal 1° gennaio 2008 gli accreditamenti transitori concessi alle strutture private già convenzionate dovrebbero considerarsi cessati. Ad un tempo, non sembrerebbe esservi spazio per la concessione di accreditamenti provvisori o definitivi, mancando tuttora in Calabria la condizione necessaria perché la Regione possa rilasciare simili titoli, ossia l'esistenza di una programmazione sanitaria idonea a predeterminare i criteri in base ai quali possano valutarsi le esigenze degli utenti in relazione alle strutture sanitarie pubbliche e private esistenti nel bacino d'utenza.

L'uso del condizionale, tuttavia, è d'obbligo. Va detto infatti che, nella primavera del 2008, la Giunta della Regione Calabria, muovendo da una dubbia interpretazione della legge finanziaria 2007, ha deliberato "di stabilire che le strutture private – transitoriamente accreditate – di cui alla l. n. 724/94, che abbiano ottenuto il provvedimento di rinnovo dell'accredito, sono riconosciute «provvisoriamente accreditate» ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettere s), t) ed u) della l. n. 296/2006"⁵³. Per effetto di tale provvedimento, dunque, le istituzioni private che già operavano in regime di accreditamento transitorio sono state legittimate ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario sino al 31 dicembre 2009, data entro la quale: gli accreditamenti provvisori dovranno essere trasformati in definitivi; gli accreditamenti provvisori non confermati dovranno cessare; i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione sanitaria e per l'accredito per ciascuna tipologia di prestazioni dovranno essere ridefiniti da una norma regionale; il fabbisogno assistenziale di prestazioni sanitarie della Regione dovrà essere definito dal Piano regionale (nonché dagli atti di indirizzo della Giunta regionale e dai piani attuativi locali). Nessuna possibilità di accreditamento provvisorio, invece, pare esservi per le istituzioni private che non operavano in regime di accreditamento transitorio, nei confronti delle quali la normativa regionale sembra porre (di fatto) un blocco all'accredito.

Di fronte a simili previsioni, il pensiero dell'interprete non può non correre, malignamente, al celebre proverbio: il lupo perde il pelo..

⁵² Una proposta di regolamento della Giunta regionale è stata approvata con deliberazione 9 febbraio 2009, n. 61. Tale atto, tuttavia, giace presso la III Commissione consiliare, in attesa del parere che la stessa deve rendere ai sensi dell'art. 11, comma 5, della legge regionale Calabria 18 luglio 2008, n. 24.

⁵³ Deliberazione della Giunta Regionale 5 aprile 2008, n. 275.