

### ***Sentenza n. 200 del 2005 (Accesso alle strutture di sanità private)***

Con la sentenza n. 200 del 2005, la Corte costituzionale ha dichiarato non fondata la questione di legittimità – sollevata, in via incidentale, dal Tribunale amministrativo regionale per le Marche, in riferimento agli articoli 97 e 117 della Costituzione - dell'articolo 37, comma 3, della legge della Regione Marche 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale), il quale dispone che, in via provvisoria, in attesa di appositi accordi, resta fermo l'obbligo della preventiva autorizzazione per l'accesso alle strutture sanitarie non pubbliche, entro i limiti ed i termini stabiliti dall'articolo 19 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Secondo il giudice *a quo*, la norma impugnata, che subordina l'accesso alle strutture private ad apposita autorizzazione preventiva, violerebbe l'articolo 117 della Costituzione: infatti, in contrasto con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato in materia di accreditamento e di libera scelta da parte dell'assistito della struttura sanitaria alla quale richiedere l'erogazione delle prestazioni, avrebbe reintrodotto l'obbligo di un'autorizzazione per l'accesso alle strutture private accreditate, subordinando il suo rilascio all'insufficienza della struttura pubblica. La suddetta norma, in altri termini, non avrebbe riconosciuto all'assistito la facoltà di libera scelta della struttura sanitaria, subordinandola invece, nell'attesa di appositi accordi, al rilascio di un'autorizzazione per l'accesso alle strutture private accreditate, che abbiano accettato il *budget* imposto dalla USL territorialmente competente.

Nel respingere la censura, la Corte osserva che, nel sistema sanitario nazionale, il principio di libera scelta tra strutture pubbliche e private non appare affatto assoluto, dovendo invece essere temperato con altri interessi, costituzionalmente tutelati, puntualmente indicati da norme di principio della legislazione statale. Nella prima fase della riforma sanitaria l'accesso alle strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale era subordinato da varie norme statali - tra cui proprio l'articolo 19 della legge 11 marzo 1988, n. 67, al quale rinvia la disposizione regionale impugnata - alla duplice condizione che il servizio pubblico non fosse in grado di soddisfare la richiesta di prestazioni specialistiche entro quattro giorni dalla presentazione e che fosse rilasciata apposita autorizzazione dalla USL territorialmente competente. Anche nel successivo regime dell'accreditamento, introdotto dall'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, la facoltà di libera scelta delle strutture e dei professionisti accreditati è esercitabile dall'assistito soltanto a condizione che gli stessi risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Ulteriori limiti a tale facoltà si hanno con l'articolo 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, il quale al comma 8 stabilisce che le USL competenti, sulla base di piani preventivi regionali che fissano

anche il tetto massimo di spesa sostenibile, contrattano con le strutture pubbliche e private la quantità presunta e la tipologia delle prestazioni erogabili, anche al fine degli oneri organizzativi e finanziari da sopportare. Il tutto ha trovato altra conferma nell'articolo 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, che prevede che sia una delibera regionale a ripartire in via preventiva e contestuale tra i soggetti accreditati il volume di prestazioni erogabili in base alla programmazione.

Alla luce dell'evoluzione della disciplina concernente il sistema di erogazione e retribuzione delle prestazioni specialistiche, appare evidente come, accanto all'enunciazione del principio della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell'assistito, si sia progressivamente imposto, nella legislazione sanitaria, il principio della programmazione, allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario. Le disposizioni citate si configurano, per la Corte, come norme di principio della legislazione statale e sono dirette a garantire ad ogni persona il diritto alla salute come «un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti», tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento. In particolare, anche nel sistema dell'accreditamento permangono i poteri di controllo, indirizzo e verifica delle Regioni e delle USL, tanto che «la libertà di scegliere, da parte dell'assistito, chi chiamare a fornire le prestazioni sanitarie non comporta affatto una libertà sull'andamento e sull'esigenza delle prestazioni», in quanto resta confermato il principio fondamentale che l'erogazione delle prestazioni soggette a scelte dell'assistito è subordinata a formale prescrizione a cura del servizio sanitario nazionale (sentenze nn. 416 del 1995, 304 del 1994 e 247 del 1992).

*Tutto ciò conferma dunque che nella legislazione statale si rinvengono le indicate disposizioni di principio, alla cui stregua le Regioni, nella vigenza sia del "vecchio" testo dell'art. 117 della Costituzione sia del nuovo, debbono indirizzare la propria competenza legislativa in materia. Sotto questo profilo, quindi, - afferma la Consulta - non sussiste la violazione dell'indicato parametro costituzionale, poiché la norma censurata si conforma a quei principi. (Considerato in diritto n. 2).*

Dott. ssa Paola Garro