

## **Le Regioni possono derogare al limite di età per il collocamento a riposo dei responsabili sanitari delle strutture private accreditate (nota a Corte costituzionale, sentenza del 16 maggio 2025, n. 65)**

**GIULIA CASTO**<sup>1</sup>

(ABSTRACT) ITA

*Nella sentenza in commento la Corte costituzionale si pronuncia sulla competenza legislativa regionale circa la definizione del limite di età massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti sanitari.*

*La sentenza affronta il tema della differenza ontologica che corre tra le strutture private accreditate e le strutture pubbliche che operano nel Servizio sanitario nazionale, elevandolo a criterio derimente per l'applicazione delle norme sui rapporti di lavoro che si instaurano al loro interno.*

(ABSTRACT) EN

*In the judgment under review the Constitutional Court rules on the regional legislative competence concerning the definition of the maximum retirement age for healthcare executives.*

*The judgment addresses the ontological difference between accredited private healthcare facilities and public facilities operating within the National Health Service, identifying this distinction as the decisive criterion for the application of the rules governing employment relationships established within them.*

### **Sommario:**

**1. La questione sottoposta al giudizio della Corte - 2. La inequivalenza delle strutture private accreditate e delle strutture pubbliche del SSN - 3. La disciplina della Regione Puglia sul limite massimo di età per il personale della dirigenza medica - 4. Considerazioni finali.**

### **1. La questione sottoposta al giudizio della Corte**

La Corte costituzionale ha dichiarato la non fondatezza della questione di legittimità

costituzionale avente ad oggetto la possibilità di deroga, da parte di una legge regionale, della normativa statale sul limite massimo di età per il collocamento a riposo della dirigenza sanitaria - in particolare del responsabile sanitario - delle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale.

Più precisamente, il giudizio di legittimità in via principale ha ad oggetto la norma della Regione Puglia<sup>[2]</sup> con la quale, in ragione di alcune concrete contingenze del sistema sanitario regionale, messe in luce anche da AGCM<sup>[3]</sup> e che verranno in seguito approfondite, si è stabilito che “alle strutture private accreditate con il Ssr e a quelle autorizzate all’esercizio non si applica il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario previsto per le strutture pubbliche”<sup>[4]</sup>.

Ad avviso del ricorrente, la norma sarebbe stata affetta da illegittimità costituzionale in riferimento all’art. 117, terzo comma, della Costituzione e, segnatamente, alla materia «tutela della salute». Secondo l’Avvocatura generale, infatti, la disposizione regionale che esclude l’applicabilità del limite di età sarebbe intervenuta sì in una materia attribuita alla legislazione concorrente Stato-Regioni, ma in senso derogatorio rispetto a quanto stabilito a livello di principio fondamentale da una norma dello Stato, applicabile tanto alle strutture pubbliche del Servizio sanitario, quanto a quelle private accreditate, eccedendo così la propria competenza<sup>[5]</sup>.

Inoltre, la disposizione impugnata, introducendo una disciplina “a regime”, sarebbe, sempre ad avviso del ricorrente, non conforme alla previsione per cui le aziende del SSN possono trattenere o riammettere in servizio i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario stesso fino al compimento del settantaduesimo anno di età, in deroga all’art. 15-*nonies*, ma temporaneamente, ovvero non oltre la data del 31 dicembre 2025<sup>[6]</sup>.

Sicché, attraverso la interposizione di due norme di fonte primaria statale, l’Avvocatura generale chiede che la norma impugnata sia dichiarata incostituzionale, in quanto intervenuta a disciplinare in modo derogatorio quanto stabilito con un principio fondamentale dal legislatore statale. L’analisi di tali due previsioni richiamate consente alla Corte di svolgere alcune interessanti considerazioni non solo sul quadro normativo di riferimento, ma più ampiamente sullo stato di salute del SSN, per gli aspetti inerenti alla questione costituzionale sollevata.

Di talché, si presenta l’occasione per ragionare, a partire dalle statuizioni della Corte in questa pronuncia, nonché in alcune pronunce a questa di poco precedenti, sul rapporto sussistente tra le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e quelle private accreditate (e autorizzate all’esercizio) in punto di applicazione della disciplina sul personale e sulla dirigenza prevista nel d. lgs. n. 502 del 1992<sup>[7]</sup>, oltreché, più in generale, sulla situazione del personale delle strutture sanitarie in Italia, soprattutto dopo il superamento dell’emergenza causata dalla pandemia per Covid-19.

## **2. La inequivalenza delle strutture private accreditate e delle strutture pubbliche del SSN**

La norma impugnata avanti la Corte costituzionale prevede che il nuovo regime ordinario di deroga al limite di età massima per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario (previsto per le strutture pubbliche)<sup>[8]</sup> si applichi tanto alle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale quanto a quelle meramente autorizzate.

In questo modo, lamenta il ricorrente si verificherebbe una violazione dell'articolo 117, comma terzo della Costituzione, in quanto si prevede una disciplina differenziata rispetto a quella risultante da un principio fondamentale contenuto in una fonte primaria statale in materia di tutela della salute, che, in quanto tale, dovrebbe essere applicato in tutte le strutture che erogano prestazioni per conto del SSN, pubbliche o private che siano.

La questione, tuttavia, è stata dichiarata dalla Corte non fondata, in quanto, riprendendo quanto considerato in una sentenza precedente<sup>[9]</sup>, si ribadisce come nella previsione assunta a norma interposta non sia possibile rinvenire un principio fondamentale della materia tutela della salute.

Diversamente, un principio fondamentale in materia di tutela della salute che la giurisprudenza costituzionale è pacifica nel riconoscere è quello che attiene al «regime delle autorizzazioni e degli accreditamenti»<sup>[10]</sup>.

Il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502<sup>[11]</sup>, in tema di organizzazione amministrativa sanitaria, ha, come noto, introdotto il c.d. "sistema delle 3 A": autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale, rimodulato successivamente con il c.d. decreto Bindi (d. lgs. 229/1999)<sup>[12]</sup>. La novità è stata nel senso di costruire un Servizio sanitario nazionale informato sotto il profilo soggettivo "al pluralismo organizzativo nell'ambito dei modelli tipizzati", prevedendo che "per esercitare attività sanitarie «per conto» del Servizio medesimo, le strutture già autorizzate debbano essere accreditate dalle regioni, che stabiliscono ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 1, d. lgs. n. 502 del 1992, «requisiti ulteriori di qualificazione», in base a «criteri generali uniformi», definiti a livello statale con apposito atto di indirizzo e coordinamento"<sup>[13]</sup>.

Dal punto di vista organizzativo, il "primo livello" per l'esercizio di attività sanitarie è costituito dall'autorizzazione<sup>[14]</sup>. Si tratta di un provvedimento abilitativo che viene rilasciato quando vengono accertati in capo all'operatore privato interessato la presenza degli standard e il possesso dei requisiti minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni stabiliti da un atto d'indirizzo e di coordinamento statale<sup>[15]</sup>, specialmente con riferimento alla tutela della salute e dell'ambiente. La valutazione di carattere vincolato cui è subordinato il rilascio dell'autorizzazione svolge un ruolo di rilievo nel contrasto al fenomeno dell'esercizio abusivo delle attività sanitarie<sup>[16]</sup>.

Una volta autorizzate, le strutture private possono fare richiesta per ottenere l'accreditamento istituzionale<sup>[17]</sup>. A conclusione di questo procedimento amministrativo, la struttura sanitaria viene iscritta in un apposito elenco ed entra ad operare nel Servizio sanitario nazionale<sup>[18]</sup>, realizzandosi quella sostanziale "equiordinazione"<sup>[19]</sup> fra soggetti istituzionali del servizio sanitario nazionale e strutture private accreditate collegate al Servizio sanitario nazionale stesso, fondata su una serie di nessi organizzativi e funzionali di servizio pubblico<sup>[20]</sup>.

Sono le Regioni che, al fine dell'accreditamento, definiscono i requisiti ulteriori di qualificazione richiesti *ex lege*, sulla base dei criteri generali e uniformi che vengono individuati a livello statale<sup>[21]</sup>. E, in generale, le Regioni danno attuazione a questa previsione subordinando l'accreditamento delle strutture private alle "scelte programmatiche che governano la funzione di contingentamento e di selezione all'ingresso del servizio sanitario nazionale, e più specificamente, quello regionale"<sup>[22]</sup>.

Tra i criteri e i principi statali ai quali le regioni devono uniformarsi nel dettare gli standard ulteriori di qualificazione imprescindibili per l'accreditamento, la Corte costituzionale rileva come non siano contemplate previsioni riguardanti il limite di età del responsabile sanitario di una struttura privata<sup>[23]</sup>. Né può ritenersi che questa materia possa essere assorbita dal principio dell'adeguatezza delle "condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale (art. 8-*quater*, comma 4, lettera *d*, del d.lgs. 502 del 1992)"<sup>[24]</sup>.

La posizione di equiordinazione che le strutture private accreditate raggiungono rispetto alle strutture pubbliche è distinta da quella di "equiparazione"<sup>[25]</sup>. Infatti, un conto è che, rispettate certe condizioni, strutture private e strutture pubbliche si trovino ad operare in condizioni di parità sul mercato, erogando prestazioni sanitarie agli utenti<sup>[26]</sup>. Altro è che le prime siano costrette a adeguare il proprio ordinamento del personale alle disposizioni che regolano quelli delle strutture pubbliche.

Ed è proprio dal punto di vista degli utenti che tale equiordinazione si apprezza al suo massimo, posto che non si riscontra in punto di fruizione del servizio alcuna differenza qualitativa sostanziale, nonostante la giurisprudenza costituzionale non abbia riconosciuto il c.d. diritto di libera scelta degli assistiti<sup>[27]</sup> come assoluto<sup>[28]</sup>, in ragione della coesistenza di altri principi "antagonisti"<sup>[29]</sup>, *in primis* quello della programmazione e delle disponibilità finanziarie, con cui deve essere temperato.

D'altra parte, la giurisprudenza amministrativa ha da tempo tracciato la linea di confine: "l'insieme delle prestazioni che il servizio sanitario regionale è chiamato a rendere e deve, quindi, acquistare da strutture pubbliche o private va suddiviso tra le une e le altre in base all'esigenza primaria di assicurare la libertà di scelta dell'utente tra strutture equiordinate, l'efficace competizione fra le strutture accreditate, (...). L'unica differenza fra i presidi sanitari pubblici e quelli privati può essere quindi individuata nel dovere dei primi di rendere, nei limiti determinati dall'assetto strutturale ed organizzativo, le prestazioni sanitarie richieste o necessarie; prestazioni che, per contro, i secondi sembrano dover rendere solo nei limiti stabiliti dal contratto"<sup>[30]</sup>.

Cionondimeno, la equiordinazione così raggiunta, non può mai tradursi in equiparazione, dal momento che non sussiste "omologia, stante la evidente diversità delle situazioni delle strutture private che erogano prestazioni per conto del S.s.n."<sup>[31]</sup>. Ciò che l'accreditamento realizza è l'attribuzione all'organizzazione privata dello *status* di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, in ragione dell'accertamento del possesso dei requisiti ulteriori rispetto all'autorizzazione, non già la determinazione di "una mutazione ontologica della natura delle strutture private e dei relativi rapporti di lavoro"<sup>[32]</sup>.

La norma statale che stabilisce il limite di età per i dirigenti sanitari rientra nella disciplina del lavoro pubblico che regola i rapporti all'interno delle strutture pubbliche. Agli operatori privati, di converso, "deve essere riconosciuta una spiccata autonomia gestionale"<sup>[33]</sup>. Perciò, i limiti previsti nel quadro normativo della disciplina del lavoro pubblico non possono essere estesi *sic et simpliciter* alle strutture che operano nel settore privato.

Così, la Corte ha semplicemente ribadito quanto aveva avuto già modo di esprimere, quando aveva statuito che "il rapporto di lavoro intercorrente con le strutture private accreditate rientra nelle «tipologie di rapporto di impiego privato»"<sup>[34]</sup>.

Proprio perché inequivalenti, ossia non assimilabili dal punto di vista ontologico, il settore privato e il settore pubblico dell'offerta sanitaria differiscono in punto di quadro normativo della disciplina applicabile ai rapporti di lavoro, in quanto rispondente ad esigenze diverse. Nello specifico, allora, se l'art. 15-*nonies* del d.lgs. n. 502 del 1992 si inserisce nel quadro normativo della disciplina del lavoro pubblico, "rispondendo a esigenze di carattere organizzativo/occupazionale"<sup>[35]</sup>, questo non può calarsi *rebus sic stantibus* nel contesto privato - seppur accreditato - in cui deve prevalere, per costante orientamento giurisprudenziale<sup>[36]</sup>, il riconoscimento di un'autonomia gestionale spiccata.

L'articolazione del sistema delle competenze legislative in ambito sanitario e gli stessi caratteri della disciplina in materia di strutture private accreditate consentono, d'altra parte, al legislatore regionale di adottare disposizioni capaci di intervenire rispetto ai caratteri propri dei singoli servizi regionali e delle complessità organizzative con cui questi si devono confrontare quotidianamente. E proprio in ragione del riconoscimento di quell'autonomia gestionale e, più in generale, del "pluralismo organizzativo nell'ambito di modelli tipizzati", non può essere fatto divieto *tout court* alle Regioni di dettare norme in quest'ambito, laddove, a maggior ragione, non esiste un principio fondamentale che imponga il limite di età ai responsabili sanitari delle strutture private. Né, d'altra parte, l'accreditamento in quanto tale può arrivare ad incidere sulla natura delle strutture private e dei rapporti di lavoro da queste instaurate.

### **3. La disciplina della Regione Puglia sul limite massimo di età per il personale della dirigenza medica**

Il d.lgs. n. 502 del 1992, cit., ha introdotto una espressa disciplina sul personale (Titolo V) e sulla dirigenza medica, prevedendo in particolare il limite massimo di età per il collocamento a riposo "al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo"<sup>[37]</sup>. Inoltre, prosegue la norma, il limite massimo di permanenza deve rispettare due condizioni: non può superare il settantesimo anno di età, né la permanenza può causare l'aumento del numero dei dirigenti.

Per quanto riguarda il caso specifico qui trattato, il ricorrente stesso evidenzia come la normativa regionale nel suo testo originario<sup>[38]</sup> si collocasse "in perfetta armonia con quella nazionale"<sup>[39]</sup>. La disciplina previgente nel suo testo originario, infatti, prevedeva, richiamando, esattamente quanto da essa stabilito.

Senonché, quel regime aveva dato luogo a una situazione organizzativa e occupazionale particolarmente critica per il sistema sanitario regionale, sulla quale aveva avuto modo di pronunciarsi l'Autorità garante della concorrenza e del mercato nel 2020<sup>[40]</sup>. Questa segnalazione, avente ad oggetto proprio l'art. 12, comma 8, legge reg. n. 9/2017, aveva messo in luce il fatto che l'applicazione del limite massimo di età previsto dalla ivi richiamata norma statale al "responsabile sanitario delle strutture private" avrebbe comportato una serie di criticità sul piano organizzativo.

Innanzitutto, questo regime avrebbe determinato, secondo il parere dell'Autorità, una "ingiustificata limitazione alla prestazione dei servizi professionali da parte dei medici, restringendo così l'offerta dei servizi".

In secondo luogo, le conseguenze di tale impostazione si sarebbero riverberate

sull'autonomia privata e "libertà di iniziativa economica" (art. 41 Cost.). In generale, gli operatori privati agiscono sul mercato in ragione del preminente diritto di iniziativa economica<sup>[41]</sup>, nonché dei principi europei sulla libera concorrenza e sulle libertà economiche di circolazione (artt. 101 ss. TFUE)<sup>[42]</sup>. Tuttavia, il settore della sanità è governato da regole specifiche, da strumenti di diritto privato e di stampo pubblicitario, che si sono nel tempo ibridati, per realizzare un "*minimum* di concorrenzialità fra operatori pubblici e privati"<sup>[43]</sup>, per il perseguimento degli obiettivi tipici della pubblica amministrazione, ossia l'efficienza e l'economicità, nonché per dare vita a dei modelli organizzativi efficienti<sup>[44]</sup>. Il timore espresso su questo punto è che se si imponesse alle strutture private un regime come quello contemplato dal legislatore statale per le strutture pubbliche, si finirebbe per minare quel reticolo di libertà economiche discendenti dall'articolo 41 della Costituzione, oltre che creare un'ingerenza non giustificabile in relazione all'autonomia gestionale di cui queste strutture godono.

Infatti, conclude l'AGCM con specifica menzione delle strutture accreditate, queste ultime sono collocate in un regime "complementare rispetto a quello pubblico, da cui ricevono un budget", in forza degli accordi conclusi a norma dell'art. 8-*quinquies* del d. lgs. 502/1992 che si pongono a valle della fase programmatica<sup>[45]</sup>.

Dal punto di vista meramente giuridico, invece, il giudice amministrativo<sup>[46]</sup> era stato investito di un ricorso avente ad oggetto la nota della Regione Puglia<sup>[47]</sup> con cui si forniva l'interpretazione autentica della norma in discussione. In particolare, la seconda sezione del Tar di Bari aveva ritenuto perfettamente aderente l'interpretazione sostenuta dalla Regione con il sistema regolamentare regionale complessivo, non ravvisando alcun *vulnus*, né in termini di violazione di legge, né in termini di eccesso di potere.

Un primo tentativo di "smarcarsi" dalla normativa statale era stato compiuto con la legge regionale Puglia n. 81/2020<sup>[48]</sup> che, in particolare, aveva previsto in via di eccezione la non applicazione del limite di età massima per la sola categoria degli "ambulatori specialistici non accreditati", confermando per il resto il regime generale di cui all'art. 15-*nonies*, comma 1.

Questa norma era stata impugnata dallo Stato per contrasto con gli articoli 3 e 117, comma 3 Cost., cosicché la Corte costituzionale aveva già avuto modo di pronunciarsi su questo profilo, concludendo per la non fondatezza della questione<sup>[49]</sup>.

L'anno successivo, in occasione dell'adozione della legge di bilancio<sup>[50]</sup>, la Regione Puglia era tornata sul punto, con una tecnica legislativa analoga a quella adottata in occasione dell'ultimo intervento di modifica. Infatti, aveva previsto, sempre in via di eccezione, un allargamento della platea di strutture che venivano escluse dal regime ordinario, individuate nelle "strutture private monospecialistiche ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali"<sup>[51]</sup>.

Successivamente, la l.r. 16/2024<sup>[52]</sup> aveva inserito una nuova previsione in tema. Questa volta il legislatore adottava una tecnica legislativa inedita finora<sup>[53]</sup>, abbandonando il riferimento al decreto-legislativo "madre" della normativa in esame che aveva sempre richiamato quale regime ordinario. La *ratio* dell'intervento era espressamente individuata nelle gravi ragioni organizzative legate alla carenza di personale nelle piante organiche sanitarie. La misura, comunque applicabile alle sole strutture private accreditate, e non a quelle autorizzate, innalzava inoltre il limite massimo di età per lo svolgimento della

funzione di responsabile sanitario in 72 anni, senza ulteriori precisazioni.

Per concludere, a solo un mese di distanza, si registra la sostituzione legislativa definitiva, quella di cui all'art. 8, comma 1 della legge n. 24 del 2024 e impugnata avanti alla Corte. Da un punto di vista, ancora, di tecnica legislativa si può osservare il completo *revirement* del legislatore regionale che non solo non richiama più quanto contenuto nell'art.15-*nonies* come regime ordinario, ma lo esclude completamente per i responsabili sanitari delle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale e di quelle autorizzate attribuendo alla previsione la massima estensione soggettiva.

Inoltre, non si fa più cenno alla "grave carenza di dirigenti medici" che aveva giustificato la analoga misura adottata solo un mese prima. Tale situazione, d'altra parte, caratterizza ormai la realtà della gran parte - se non la totalità - dei servizi sanitari regionali del sistema sanitario nazionale<sup>[54]</sup> e costituisce quindi, tutt'oggi, la ragione primaria dell'intervento legislativo anche sul piano nazionale, come ha avuto modo anche di sottolineare la Corte nella sentenza in esame<sup>[55]</sup>. Così come non si fa più riferimento a un termine di applicazione del regime in deroga, come previsto nella norma sostituita, ove la lunga serie di modifiche ha portato la disciplina regionale a collocarsi in una posizione di radicale distanza dall'art. 15-*nonies*.

In relazione alla stabilizzazione della deroga così realizzata - che diventa quindi "a regime" - il ricorrente muove una censura che fa leva sul combinato disposto di quella disposizione con l'art. 4, comma 6-bis, d.l. n. 215 del 2023, conv. in l. n. 18 del 2024<sup>[56]</sup>.

Quest'ultima norma autorizza le aziende del SSN a trattenere o riammettere in servizio i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario fino al compimento del 72esimo anno di età, in deroga all'art. 15-*nonies*, ma temporaneamente, ovvero non oltre la data del 31 dicembre 2025. Come già evidenziato, a tale disciplina risultava perfettamente allineata anche la regione Puglia, fino al penultimo intervento in materia<sup>[57]</sup>.

A giudizio della Corte, tuttavia, non sussiste in capo alle regioni alcun obbligo di allineamento, ben potendo esse adottare una disciplina in deroga, posto che non è possibile ricavare da questa norma alcun principio fondamentale in materia di tutela della salute<sup>[58]</sup>.

Peraltro, come evidenziato dalla Corte è stato lo stesso legislatore statale ad aver derogato, a partire dal 2020, al vincolo posto ex art. 15-*nonies*<sup>[59]</sup>.

La sistematicità con cui questi interventi legislativi vengono posti in essere, tanto a livello nazionale quanto nei singoli sistemi sanitari regionali, di cui quello della Regione Puglia costituisce in questa sede l'esempio privilegiato, spinge a riflettere sulla situazione di carenza del personale medico di cui soffre il sistema nel suo complesso e sulla quale la Corte ha avuto più volte modo di pronunciarsi<sup>[60]</sup>.

Nell'attuale momento storico i dati ci restituiscono un quadro della sanità italiana in continuo affanno, con un numero di medici ogni mille abitanti sulla linea di galleggiamento rispetto alla media OCSE, ma comunque insufficiente a garantire un servizio soddisfacente<sup>[61]</sup>, posto che si stima un ammanco variamente significativo in ogni regione di medici specialisti<sup>[62]</sup>.

Ad oggi, in un contesto come quello presentato, su cui incide anche l'innalzamento dell'età,

la cd. “gobba pensionistica”, il mantenimento di un vincolo di età tanto stringente dal punto di vista soggettivo “potrebbe rivelarsi, in linea generale, ormai anacronistico”<sup>[63]</sup>, in considerazione delle conseguenze pratiche che produce (ingiustificata limitazione alla prestazione dei servizi professionali da parte dei medici, restringendo così l’offerta dei servizi, come sottolineato dall’AGCM), nonché del fatto che viene sistematicamente derogato proprio per far fronte alla situazione emergenziale.

La carenza di personale medico di cui si è detto produce poi una serie di conseguenze di tipo sistemico, che finiscono per impattare grandemente, in ultima analisi, sull’equità di accesso alle cure da parte dei cittadini e sulle quali è il caso di indugiare brevemente.

La carenza di personale medico ha radici profonde, almeno ventennali, da individuarsi nelle decisioni che si sono susseguite a partire dal 2005 e aventi ad oggetti i vincoli economici e strutturali che sono stati imposti al Servizio Sanitario nazionale<sup>[64]</sup>. A questi si è accompagnata una programmazione fallace, tale per cui non si è fatto fronte alle uscite di personale con una quantità adeguata di nuovi contratti di formazione specialistica, dando luogo a quello che in dottrina è definito “imbuto formativo”<sup>[65]</sup>, in esito al quale il fabbisogno del sistema non è stato soddisfatto.

Il risultato è stato un’offerta assolutamente carente, specialmente per alcune figure<sup>[66]</sup>, che ha provocato ricadute sulla salute dei cittadini. In particolare, il rapporto AGENAS più recente evidenzia la riduzione delle attività ospedaliere e territoriali, la mancata effettuazione di interventi chirurgici, di prestazioni ambulatoriali e di interventi di diagnosi precoce, fino alla rinuncia alle prestazioni da parte dei cittadini che evitano il ricorso alle strutture ospedaliere.

Per tentare di sopperire a questa situazione, aggravata dall’emergenza Covid-19 che il comparto sanitario ha dovuto affrontare negli ultimi anni e che si è sommata a una situazione già particolarmente complessa, il Ministero della Salute ha redatto il “Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nell’ambito del SSN”<sup>[67]</sup>, che, unitamente alla sottoscrizione dei contratti interistituzionali di sviluppo<sup>[68]</sup> - costituiscono due presupposti fondamentali della Missione 6 del PNRR, dedicata alla sanità e riferita alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale,

#### **4. Considerazioni finali**

Il quadro della sanità che emerge dalla sentenza in commento, così come dai dati citati, risulta caratterizzato da una situazione di perdurante carenza del personale, ove l’introduzione di norme di aggiornamento in deroga, anno per anno, palesa le disfunzioni organizzative del Servizio sanitario nazionale.

Questa situazione “di grave sofferenza del SSN per carenza del personale medico”<sup>[69]</sup> è lontana dall’essere una novità, ma le soluzioni che si sono proposte o realizzate non appaiono capaci di interventi risolutivi o dell’introduzione di innovazioni di sistema.

Anche le più recenti proposte di legge in materia<sup>[70]</sup> sono ritenute espressione di un approccio “emergenziale”, in cui difetta “una visione a lungo raggio né un quadro programmatico generale”<sup>[71]</sup>.

D'altra parte, le Regioni devono fare i conti con le criticità specifiche dei rispettivi singoli servizi sanitari regionali. E quello pugliese non rappresenta che un esempio. La norma che deroga sistematicamente - e legittimamente - alla normativa nazionale in materia di limite di età massima per il pensionamento dei responsabili sanitari è infatti giustificata dalle evidenti criticità strutturali e dalla carenza di personale medico.

C'è un ultimo aspetto da considerare in conclusione, in quanto la Corte, in *obiter dictum*, evidenzia come "il ricorrente non lamenta l'incidenza della disposizione impugnata sui rapporti di lavoro intercorrenti tra le strutture sanitarie e i loro responsabili sanitari"<sup>[72]</sup>, bensì sulla materia tutela della salute.

Sicché è ragionevole ritenere che laddove si fosse assunto quale parametro l'articolo 117, co. 2, lett. l) Cost., e segnatamente la materia «ordinamento civile», sarebbe cambiato sostanzialmente l'inquadramento della questione, da un'analisi strettamente legata alle questioni organizzative delle strutture sanitarie - pubbliche e accreditate - a un'analisi che avrebbe avuto ad oggetto la qualificazione del rapporto di lavoro che il responsabile sanitario instaura con la struttura stessa, potendosi anche prospettare un diverso esito da parte dei giudici costituzionali.

La giurisprudenza della Corte fornisce ferme indicazioni in tal senso, posto che la competenza statale in materia di ordinamento civile si può dire invasa allorché una disposizione regionale vada a regolare direttamente o indirettamente "i rapporti di lavoro già in essere tra le strutture sanitarie e i propri addetti"<sup>[73]</sup>. Mentre il ricorrente, nel caso *de quo*, ha considerato la norma impugnata come incidente sull'organizzazione sanitaria e quindi pertinente alla materia tutela della salute.

Per costante orientamento della Corte, si può premettere che nel settore privato, i rapporti di lavoro devono essere disciplinati da norme che ne garantiscono l'uniformità a livello nazionale, sicché il legislatore regionale non può, in alcun settore, emanare norme che incidano sul rapporto già sorto e che, nel regolarne il trattamento giuridico ed economico, si sostituisca a quella statale e, per essa, alla contrattazione collettiva. Rientrano, infatti, nella materia «ordinamento civile» gli interventi legislativi che dettano misure relative a rapporti lavorativi già in essere e che si impongono all'autonomia privata con il carattere dell'inderogabilità<sup>[74]</sup>.

Per quanto attiene ai rapporti di lavoro tra le strutture sanitarie e i propri addetti occorre distinguere. Infatti, il direttore generale, così come gli altri organi del *c.d. top management sanitario* (direttore amministrativo e direttore sanitario), sono assunti con un contratto di diritto privato di lavoro autonomo e a tempo determinato<sup>[75]</sup>. Mentre al personale sanitario, compresa la dirigenza, si applica la disciplina generale contenuta nel testo unico del pubblico impiego<sup>[76]</sup>, sicché, in seguito al reclutamento mediante pubblico concorso, viene stipulato un contratto di lavoro subordinato e a tempo indeterminato.

La linea di demarcazione tra le due materie è da ricercare nella *ratio* giustificatrice della scelta di organizzazione. In astratto, la competenza statale in materia di tutela della salute sussiste tutte le volte in cui le norme di organizzazione siano strumentali a garantire l'uniforme godimento del diritto alla salute, ovvero in ipotesi in cui si possano configurare come principi fondamentali della materia<sup>[77]</sup>. Ma quest'ultima opzione è stata espressamente esclusa dai giudici della Corte costituzionale nel caso di specie.

La questione è comunque largamente dibattuta nella stessa giurisprudenza costituzionale, in cui talvolta si è data un'interpretazione più estensiva dell'ambito di competenza del legislatore statale<sup>[78]</sup>, ed altre in cui, viceversa, si è riconosciuto alle Regioni di "adottare una disciplina derogatoria di quella statale" in tema di organizzazione sanitaria<sup>[79]</sup>, alla luce anche della considerazione che talvolta la realtà presenta sfumature molto complesse, non facilmente inquadrabili in una categoria (materia) piuttosto che in un'altra, dovendosi, in ultima analisi, dover considerare di volta in volta il caso concreto.

Il punto sta nell'interpretazione che si intende dare alla norma impugnata. Se in un'ottica pubblicistica, come ha ritenuto chi ha presentato il ricorso, questa risulta pregiudizievole al godimento uniforme del diritto alla salute, in quanto indirettamente incide sull'organizzazione delle strutture sanitarie accreditate. Ovvero in un'ottica giuslavoristica, come sembra paventare la Corte con quell'*obiter dictum*, inquadrando il rapporto di lavoro del responsabile sanitario di una struttura accreditata entro parametri esclusivamente privatistici che tendono a garantirne l'uniformità a livello nazionale<sup>[80]</sup>, oltre che l'autonomia gestionale delle strutture sanitarie stesse.

Infine, è stato il Consiglio di Stato<sup>[81]</sup> ad aver affermato, alla luce della citata sentenza n. 195 del 2021 della Corte costituzionale, come non si può imputare alle regioni un obbligo di "estendere[...] le previsioni nazionali concernenti le strutture pubbliche" a quelle accreditate, posto che la disciplina dei rapporti di lavoro che si instaurano all'interno di queste ultima "rest[erebbe] evidentemente attratta al regime privatistico".

Di conseguenza, occorre ribadire come la previsione di un limite di età massimo in capo ai dirigenti medici risponde ad esigenze diverse per le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e per quelle accreditate che conservano i propri caratteri privatistici.

Infatti, la *ratio* che sorregge tutt'oggi l'articolo 15-*nonies* del d.lgs. 502 del 1992 che prevede il limite di età massimo in capo ai dirigenti medici dipendenti del SSN è da ricercare in una ragione imperativa di interesse generale, quale la "necessità di tutelare l'interesse pubblico al *turn-over* generazionale"<sup>[82]</sup>. Diversamente, per le strutture private non può essere addotta una simile considerazione. Al contrario, sono due le direttrici che guidano la scelta del responsabile sanitario - oltre ai requisiti imposti dalla legge. Da un lato, la valorizzazione "dell'esperienza pregressa ai fini dell'attività di *management* svolta"<sup>[83]</sup>, dall'altro la garanzia della libertà di prestazione dei servizi professionali da parte dei medici nell'ambito della preminente libertà di iniziativa economica delle strutture sanitarie private<sup>[84]</sup>.

1. Dottoressa magistrale in Giurisprudenza (Università degli Studi di Torino). [↑](#)
2. Articolo 8, comma 1, Legge regionale 30 maggio 2024, n. 6 - Regione Puglia, XI legislatura - 20° provvedimento di riconoscimento di debiti fuori bilancio ai sensi dell'articolo 73, comma 1, lettere a) ed e), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126 e modifiche alle leggi regionali 24 luglio 1997, n. 19 (Norme per l'istituzione e la gestione delle aree naturali protette nella Regione Puglia), 16 febbraio 2024, n. 3 (Istituzione della Fondazione della disfida di Barletta), 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private), e 29 dicembre 2022, n. 32 (Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2023). [↑](#)
3. AS 1680, 24 giugno 2020, (AGCM) Regione Puglia - Limiti lavorativi per un direttore sanitario di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. [↑](#)

4. Previsto dall'articolo 15-*nonies*, comma 1, del d.l.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 241.*, inserito dall'art. 13, comma 1, del d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229, recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.* [↑](#)
5. Sul riparto di competenza legislativa Stato-Regioni: Zagrebelski G., Marcenò V., Pallante F. (2015), *Lineamenti di diritto costituzionale*, Firenze, Le Monnier, pp. 471ss, in particolare, sulla competenza legislativa concorrente, p. 471. Sul riparto di competenza in materia di diritto alla salute: Tubertini C. (2024), *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e Diritto*, n. 2024/3, pp. 393 s.; Gagliardi B. (2020), *Il sindacato del giudice costituzionale sull'organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute*, in *Diritto e società*, n. 2020/3, p. 477 ss.; Pioggia A. (2020), *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, pp. 53 ss.; Pioggia A. (2020), *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2020, p. 37; Carpani, G., Morana, D. (2013), *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in Balduzzi R., Carpani G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino pp. 89-127. Più risalenti: Falcon G., (2002) *Nuova devolution, unità della Repubblica, riforma della riforma del Titolo V, realtà effettiva*, in *Diritto pubblico*, n. 2002/03, pp. 751-766; Pastori G. (2002), *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto pubblico*, n. 2002/01, pp. 85-98. [↑](#)
6. Articolo 4, comma 6-*bis*, decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*, convertito con modificazioni nella legge 23 febbraio 2024, n. 18, il quale ha inserito il comma 164-*bis*, riportato nel testo, nell'art. 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.* [↑](#)
7. V. approfonditamente: Conticelli M. (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè; Consito M. (2009), *Accreditamento e terzo settore*, Napoli, Jovene. Più di recente, D'Arienzo M. (2022), *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Torino, Giappichelli. [↑](#)
8. Le norme che hanno previsto l'introduzione della specifica figura del responsabile sanitario sono l'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 *Disposizioni in materia di finanza pubblica* e il d.P.R. 14 gennaio 1997 *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*. All'interno di alcuna di queste fonti compare il riferimento a un limite di età. [↑](#)
9. Corte cost., sent. 15 ottobre 2021, n. 195. [↑](#)
10. Corte cost., sent. 12 marzo 2021, n. 36; Corte cost., sent. 28 febbraio 2023, n. 32. [↑](#)
11. D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 241.* [↑](#)
12. Sulla riforma del 1992 si veda: Ferrara R. (2020), *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, pp. 115 ss.; Bottari C. (2018), *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, Giappichelli, pp. 31 ss.; Di Folco M. (2013), *Le funzioni amministrative*, in R. Balduzzi e G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, p. 150. Sulla c.d. controriforma del 1999, v. Politi F. (2018), *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, n. 2018/03, pp. 575 ss. [↑](#)
13. Corte cost., sent. 13 aprile 2021, n. 65, punto 4.2. [↑](#)
14. Cfr.: Ferrara R (2020), *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 204. V. anche Taroni F. (2013), *Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali*, in R. Balduzzi e G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 434; Conticelli M. (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit., 186 s. [↑](#)
15. Articolo 8-*ter*, d. lgs. 502/1992. V. anche Santangeli M. (2015), *Concorrenza e programmazione nel sistema delle autorizzazioni sanitarie: brevi riflessioni sull'adequazione del sistema vigente tra regole nazionali ed assetti regionali*, in *Amministrazione in cammino*, 2015, pp. 1-21. [↑](#)
16. In questo senso, Ferrara R. (2020), *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 205; Cilione G. (2005), *Diritto sanitario*, Rimini, Maggioli Editore, p. 380. Così anche: Consito M. (2009), *Accreditamento e terzo settore*, cit., p. 47, l'"autorizzazione consente la realizzazione di strutture e l'esercizio delle connesse attività evitando che queste ultime si svolgano in danno della salute e delle esigenze di assistenza ed educative degli utenti, esprimendo una «valutazione di non contrasto tra l'attività privata e gli interessi che l'ordinamento intende garantire con l'apposizione di limiti alla libertà individuale» ed operando come rimozione di un limite al pieno esercizio di una facoltà giuridica in capo all'interessato". [↑](#)

17. Articolo 8-*quater*, d. lgs. 502/1992. Sull'accreditamento v.: Cuttaia F.G. (2020), *L'accreditamento come strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate. Analisi e prospettive evolutive*, in *iusersalus.it*, n. 2020/02; Bottari C. (2018), *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, Giappichelli, p. 147; Ferrara R. (2018), *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 196 e s.; D'Angelosante M, Tubertini C. (2016), *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in *Cittadinanze amministrative*, in Bartolini A., Pioggia A. (a cura di), *A 150 dall'unificazione amministrativa italiana. Studi*, di Ferrara L. e Sorace D. (a cura di), Firenze, Firenze University Press, 2016, pp. 101 ss.; Taroni F. (2013), *Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali*, cit.; Conticelli M. (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit.; Consito M. (2009), *Accreditamento e terzo settore*, cit.; Oneto A., Marabini M. (2008), *Dall'accreditamento istituzionale all'accreditamento definitivo*, in *Tendenze nuove, Materiali di lavoro su sanità e salute della Fondazione Smith Kline*, n. 2008/01, pp. 123 ss. [↑](#)
18. Corte cost., sent. 28 luglio 1995, n. 416. [↑](#)
19. Ferrara R. (2018), *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 204. [↑](#)
20. Cfr. Ferrara R. (2018), *L'ordinamento della sanità*, cit.; Oneto A. (2000), *Art. 8, d. lgs. n. 502/1992 (Commento)* in Roversi Monaco F. (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, Apogeo Education, pp. 274 ss.; Russo Valentini R. (2000), *Artt. 8-bis ss. (Commento)* in Roversi Monaco F. (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, Apogeo Education, pp. 305 ss. [↑](#)
21. Articolo 8-*quater*, comma 4, d. lgs. 502/1992. [↑](#)
22. Corte cost., sent. 9 maggio 2022, n. 113. Cfr. Jona E. (2023), *L'utilità sociale come limite all'iniziativa economica privata nell'organizzazione delle strutture private in sanità. Riflessioni a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 113 del 2022*, in *Aic - Osservatorio costituzionale*, n. 2023/02, pp. 163 ss. V. anche sul potere regionale di programmazione: Ferrara R. (2018), *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 212; Carpani G. (2013), *La programmazione*, in Balduzzi R. e Carpani G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 325. [↑](#)
23. V. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 4.2. [↑](#)
24. *Ibidem*. [↑](#)
25. Sono enti equiparati quelli di cui all'art. 4 comma 12 del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato, per i quali l'art 15-*undecies*, d. lgs. 502/1992 prevede l'adeguamento dei propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto. [↑](#)
26. Cfr. Corte cost., sent. 15 ottobre 2021, n. 195.: "Le strutture private entrano a far parte del sistema sanitario pubblico, erogando prestazioni per conto del servizio sanitario". [↑](#)
27. In *nuce* già formalizzato dall'art. 6, co. 6, l 23 dicembre 1994 n. 724, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*, il quale stabiliva che la "libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture e dei professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione". V. anche: Caruso E. (2017), *L'accREDITamento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 2017/01, p. 165, ove secondo l'Autore: "il sistema delineato dalla prima versione del d. lgs 502/1992, quale risultante anche a seguito di alcuni specifici interventi correttivi degli anni successivi, ruotava attorno al valore della libertà di scelta degli utenti e ai principi strumentali di parificazione e di concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private". Sulla libertà di scelta dell'utente nel servizio sanitario si veda anche Conticelli M. (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit., p. 227: "Il carattere decisamente conservativo assunto dalla programmazione e quello chiaramente discrezionale delle determinazioni ad essa conseguenti hanno contribuito a cristallizzare la situazione vigente (...) senza riconoscere in alcun modo alla scelta dell'utente un valore preminente". [↑](#)
28. Masala P. (2014), *La libertà di scelta del soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale a prescindere dalla Regione di residenza e i suoi limiti* in *Federalismi.it*, 26 novembre 2014, pp. 14 ss. [↑](#)
29. *Ibidem*, p. 19. [↑](#)
30. Cons. St., sez. V, 29 marzo 2004, n. 1663, in *www.giust.amm.it*. Cfr. Ferrara R. (2018), *L'ordinamento della sanità*, cit., pp. 212 ss. [↑](#)
31. Corte cost., sent. 2 aprile 2009, n. 94. Sui limiti dell'equiparazione dei soggetti privati a quelli pubblici nel servizio sanitario: Conticelli M. (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit., p. 245 s. [↑](#)
32. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 4.4. Su questo aspetto si erano d'altronde già pronunciate sia la Cass., sez. un., 14 dicembre 2023, n. 35092: per le strutture private accreditate

“non si evidenzia quella prevalenza della funzione pubblicistica tale da far scolorare il carattere imprenditoriale dell’attività svolta (...) mantenendo la loro identità”; sia il Cons. St., sez. III, 5 luglio 2024, n. 5988: le strutture private accreditate “non possono ritenersi tout court equiparate a quelle pubbliche”. Sul punto v. anche: Bocale G. (2018), *Sulla “natura” giuridica dell’accredimento sanitario*, in *Federalismi.it*, 25 luglio 2018. [↑](#)

33. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65 punto 4.1. Cfr. Corte cost., sent. 15 ottobre 2021, n. 195. [↑](#)
34. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, punto 4.3. Cfr. Corte cost., sent. 9 maggio 2022, n. 113. [↑](#)
35. Corte cost., sent. 15 ottobre 2021, n. 195. [↑](#)
36. Né si può elevare la modalità di impiego del personale delle strutture quale requisito necessario per l’accredimento, v. Cons. Stato, sez. III, sent. 11 aprile 2019, n. 2372. [↑](#)
37. Articolo 15-*nonies*, comma 1, d. lgs. 502/1992 *cit.* è la prima norma interposta nella sentenza in commento. [↑](#)
38. Articolo 12, comma 8, Legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 - *Regione Puglia, Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, all’accredimento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*. La previgente disciplina prevedeva: “il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario è quello previsto dal comma 1 dell’articolo 15-*nonies* del D.Lgs. 502/1992”. [↑](#)
39. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, par. 3.1. [↑](#)
40. AS 1680, 24 giugno 2020 (AGCM), *cit.* [↑](#)
41. Cfr. Jona E. (2023), *L’utilità sociale come limite all’iniziativa economica privata nell’organizzazione delle strutture private in sanità. Riflessioni a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 113 del 2022*, *cit.* [↑](#)
42. Cfr. Angelini F. G. (2023), *La partecipazione dei privati al SSN tra servizio pubblico, concorrenza e discrezionalità amministrativa*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 2023/02, p. 379; Ferrara R. (2020), *L’ordinamento della sanità*, *cit.* 88 s. V. anche: Jorio E. (2006), *La salute e la Costituzione europea*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2006/04, pp. 5 ss.; Gallo C. E. (2003), *La concorrenza nell’erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2003/03, pp. 255 ss.; Sticchi Damiani E. (2003), *La concorrenza nell’erogazione dei servizi e le posizioni delle imprese private*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2003/03, pp. 929 ss. [↑](#)
43. Caruso E. (2017), *L’accredimento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, *cit.*, p. 174. V. anche: Padovani V. (2021), *La “concorrenza” in sanità tra staticità del fabbisogno assistenziale e discrezionalità amministrativa. I vincoli all’accesso dei nuovi erogatori. Nota a Consiglio di Stato Sez. III, 04/02/2021, n. 1043*, in *Federalismi.it*, n. 2021/13, p. 357 ss., [↑](#)
44. Cfr. Cons. Stato, sez. III, 2 settembre 2013, n. 4361. V. anche Pioggia A. (2011), *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione delle Aziende sanitarie*, in Catelani E., Cerrina Ferroni G., Grisolia M.C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, Giappichelli, pp. 58 ss. [↑](#)
45. Caruso E. (2017), *L’accredimento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, *cit.*, p. 160. Cfr. Ferrara R. (2020), *L’ordinamento della sanità*, *cit.* p. 206; Taroni F. (2013), *Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali*, in R. Balduzzi e G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, *cit.*, p. 434. [↑](#)
46. Tar Puglia, sez. II, sent. 30 settembre 2024, n. 1039. [↑](#)
47. Nota prot. n. AOO183/0003078 del 6 febbraio 2023 con cui la Regione ha chiarito che l’art. 12, comma 8, della legge regionale n. 9/2017 va interpretato nel senso che le strutture private accreditate sono escluse dalla deroga al limite di età di settant’anni per il responsabile sanitario, accordata invece alle strutture private monospecialistiche ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali. [↑](#)
48. Articolo 1, comma 11, Legge regionale 7 luglio 2020, n. 18 - *Regione Puglia, Misure di semplificazione amministrativa in materia sanitaria*: Il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario è quello previsto dalla normativa nazionale vigente in materia di permanenza in servizio dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale, fatta eccezione per gli ambulatori specialistici non accreditati. [↑](#)
49. Corte cost., sent. 15 ottobre 2021 n. 195. [↑](#)
50. Legge regionale 30 dicembre 2021, n. 51 - *Regione Puglia, Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2022*. [↑](#)

51. Articolo 10, comma 1, lett. b), l.r. Puglia n. 51/2021 *cit.*: "(...) Il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario è quello previsto dalla normativa nazionale vigente in materia di permanenza in servizio dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale, fatta eccezione per le strutture private monospécialistiche ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali". [↑](#)
52. Legge regionale 9 aprile 2024, n. 16 - Regione Puglia, *Modifiche alle leggi regionali 11 aprile 2013, n. 10 (Termine di apertura sedi farmaceutiche per il privato esercizio), 24 luglio 2017, n. 29 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la salute e il sociale - A.Re.S.S.) e disposizioni diverse*. [↑](#)
53. Articolo 4, comma 1, lett. b), l. r. Puglia n. 16/2024, *cit.*: "(...) per far fronte all'attuale grave carenza di dirigenti medici e comunque fino al 31 dicembre 2025, il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario nelle strutture private accreditate è pari a settantadue anni. Il limite di età non si applica alle strutture autorizzate all'esercizio". [↑](#)
54. Il settimo rapporto GIMBE sul Servizio sanitario nazionale, pubblicato nel 2024, al punto "Crisi del personale sanitario", riporta una serie di dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria dai quali emerge l'ineluttabile e progressivo abbandono del SSN da parte dei professionisti: "secondo la Fondazione ONAOSI, tra il 2019 e il 2022 il SSN ha perso oltre 11.000 medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato e ANAAO-Assomed stima ulteriori 2.564 abbandoni nel primo semestre 2023". Le ragioni sono da imputarsi principalmente "al defianziamento del SSN e ad errori di programmazione, a cui si deve aggiungere una diffusa disaffezione per il SSN", si legge ancora nel rapporto. Disponibile a: [www.camera.it/temiap/2024/10/09/OCD177-7603.pdf](http://www.camera.it/temiap/2024/10/09/OCD177-7603.pdf) (consultato l'8 luglio 2025). Cfr.: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale: pag. 6. Disponibile a: [www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN\\_marzo\\_2023.pdf](http://www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf) e Studio Anaao Assomed. L'inarrestabile marcia verso la "pletora medica". 4 marzo 2024. Disponibile a: [www.anaao.it/public/aaa\\_4571809\\_studiocompletoplethora\\_4marzo2024.pdf](http://www.anaao.it/public/aaa_4571809_studiocompletoplethora_4marzo2024.pdf). (consultati l'8 luglio 2025). [↑](#)
55. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 5.2.: "Questa ripetuta serie di deroghe mette in evidenza (...) che il limite di età previsto dall'art. 15-*nonies*, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, a distanza di molti anni, dato l'innalzamento dell'aspettativa di vita, potrebbe rivelarsi, in linea generale, ormai anacronistico". [↑](#)
56. Articolo 4, comma 6-bis, del decreto-legge n. 215 del 2023 *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*, come convertito, con modificazioni, nella legge 23 febbraio 2024, n. 18. [↑](#)
57. Cfr. nota 48. [↑](#)
58. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, punto 5.3. [↑](#)
59. L'art. 5-bis, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162 *Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica*, convertito, con modificazioni, nella legge 28 febbraio 2020, n. 8; l'art. 12, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, convertito, con modificazioni, nella legge 24 aprile 2020, n. 27; l'art. 1, comma 164, della legge n. 213 del 2023 introdotto dal l'art. 4, comma 6-bis, del decreto-legge n. 215 del 2023 *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*, come convertito, con modificazioni, nella legge 23 febbraio 2024, n. 18. [↑](#)
60. Da ultimo, Corte cost., sent. 6 giugno 2023, n. 112 e Corte cost., sent. 28 gennaio 2022, n. 26. Per una recente ricognizione su questo problema che affligge tutti i Paesi europei in misura più o meno significativa e sugli auspicabili interventi: Zapata T., Azzopardi Muscat N., Falkenbach M., Wismar M. (2023), *From great attrition to great attraction: countering the great resignation of health and care workers*, in *Eurohealth*, Vol. 29, n. 2023/01. [↑](#)
61. Agenas, *Il personale del Servizio sanitario nazionale*, marzo 2023: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2235-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale-approfondimento-marzo-2023> (Consultato il 7 luglio 2025). [↑](#)
62. Per gli approfondimenti e i dati: Arienzo M.D., Ragazzo F., Rossi A., Rivetti C., Marcante E., Montemurro D., Palermo C. (2019), *Da qui al 2025 mancheranno almeno 16.500 medici specialisti. La carenza maggiore per i medici dell'emergenza e i pediatri. Ecco la mappa Regione per Regione*, Studio Anaao in [quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it). [↑](#)
63. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 5.2. [↑](#)
64. Zucatelli G. (2023), *La carenza di personale e i rapporti con il privato*, in *Corti supreme e salute*, n.

2023/02. [↑](#)

65. Zucatelli G. (2023), *cit.* [↑](#)
66. Tra cui gli infermieri e per alcune discipline mediche come quelle dell'area dell'emergenza, in particolare medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, pediatri, radiologi, cfr. Zucatelli G. (2023), *cit.* Così anche l'ultimo rapporto pubblicato da AGENAS su "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale (dati 2023)", [https://www.agenas.gov.it/images/2025/personale\\_ssn/Rapporto\\_personale\\_ssn\\_2025.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2025/personale_ssn/Rapporto_personale_ssn_2025.pdf) [↑](#)
67. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. [↑](#)
68. I contratti interistituzionali dovranno essere stipulati tra i soggetti attuatori (Ministero-Regioni/Province Autonome) a garanzia della qualità della spesa pubblica. [↑](#)
69. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 5.2. Sul punto anche: Corte cost., sent. 6 giugno 2023, n. 112 e Corte cost., sent. 18 febbraio 2022, n. 36 del 2022, per citare solo le più recenti. [↑](#)
70. Vedi d.d.l. AC 2365 *Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria.* [↑](#)
71. Audizione resa, per Anaao Assomed, dalla Dott.ssa Chiara Rivetti, Segretaria Regionale Anaao Assomed Piemonte e Componente Esecutivo Nazionale Anaao Assomed, 27 maggio 2025. [↑](#)
72. Corte cost., sent. 16 maggio 2025, n. 65, considerato 2. [↑](#)
73. Corte cost., sent. 9 maggio 2022, n. 113, considerato 6.1. Si tratta di un argomento condiviso anche dalla dottrina, v. Fregale E. N., *La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la c.d. riforma Balduzzi*, in *Ist. del Federalismo*, n. 2013/03, p. 551-581. Secondo l'autore, se la procedura di nomina dei direttori generali rientra sicuramente nella materia "tutela della salute", in quanto espressione dell'organizzazione sanitaria, discorso diverso è per il successivo contratto di lavoro autonomo che sarebbe da ricondursi "nell'alveo della materia dell'ordinamento civile", p. 562. [↑](#)
74. Cfr. Corte cost., sent. 22 febbraio 2022, n. 39; Corte cost., sent. 20 gennaio 2022, n. 9; Corte cost., sent. 15 luglio n. 2021, n. 153; Corte cost., sent. 22 febbraio 2021, n. 25; Corte cost., sent. 12 febbraio 2021, n. 20; Corte cost., sent. 13 febbraio 2020, n. 16. [↑](#)
75. Articolo 3-bis, comma 8, d. lgs. 502/1992: "Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile". [↑](#)
76. Articolo 29, decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.* [↑](#)
77. Pioggia A. (2011), *La gestione della sanità tra pubblico e privato*, in Catelani E., Cerrina Feroni G., Grisolia M. C., Giappichelli (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, *cit.*, p. 67 s. [↑](#)
78. Di recente, v. Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 202. [↑](#)
79. Oltre che nella sentenza in commento in cui si è riconosciuta la legittimità della deroga posta dal legislatore pugliese, si richiamano: Corte cost., sent. 23 marzo 2007, n. 105; Corte cost., sent. 13 ottobre 2006, n. 328; Corte cost., sent. 7 luglio 2005, n. 270. V. anche Tubertini C. (2005), *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *Astrid Online*, n. 2005/01. [↑](#)
80. Cfr. Corte cost., sent. 22 febbraio 2022, n. 39; Corte cost., sent. 22 febbraio 2021, n. 25; Corte cost., sent. 12 febbraio 2021, n. 20; Corte cost., sent. 14 ottobre 2020, n. 194. [↑](#)
81. Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 5 luglio 2024, n. 5988. [↑](#)
82. AS 1680, 24 giugno 2020 (AGCM), *cit.* [↑](#)
83. AS 1680, 24 giugno 2020 (AGCM), *cit.*: "specialmente laddove si tratti di incarichi di gestione apicale delle strutture". [↑](#)
84. Cfr. AS 1680, 24 giugno 2020 (AGCM), *cit.* [↑](#)