di essere ponderati e bilanciati tra loro. Ebbene, la Consulta ha rilevato come **l'imposizione dell'obbligo vaccinale per categorie predeterminate di soggetti rappresenti una scelta non irragionevolmente mossa dall'esigenza di garantire linearità e automaticità all'individuazione dei destinatari, così da consentire un'agevole e rapida attuazione dell'obbligo e da prevenire il sorgere di dubbi e contrasti in sede applicativa**. Non è secondario, poi, che **l'individuazione direttamente per legge dei destinatari dell'obbligo** vaccinale sia coerente con l'esigenza – che trae origine dall'art. 32 Cost. – di **determinare con certezza i soggetti la cui libertà di autodeterminazione venga compressa nell'interesse della comunità**. Infine, **la scelta dell'imposizione dell'obbligo vaccinale per categorie risulta non sproporzionata**, **stante la portata della conseguenza dell'inadempimento** (sospensione del rapporto lavorativo, priva di conseguenze di tipo disciplinare) **e la natura transitoria dell'imposizione**, correlata alla sua rigorosa modulazione in stretta connessione con l'andamento della situazione pandemica in corso.

4. La salute come diritto finanziariamente condizionato: vincoli di destinazione delle risorse, tetti di spesa e programmazione finanziaria

La dottrina ha qualificato come **finanziariamente condizionati** i "diritti costituzionalmente garantiti la cui realizzazione avviene alla luce di un bilanciamento, compiuto dal Legislatore con altri diritti o interessi".

L'istituto rinviene la sua *ratio* nella necessità di individuare i **limiti entro i quali l'ordinamento garantisce la piena tutela dei diritti sociali** (salute, lavoro, istruzione, ecc.), la cui indegradabilità può entrare in frizione con interessi concorrenti e/o confliggenti. A tal proposito, la Consulta ha ritenuto che i diritti fondamentali constino di un "nucleo essenziale" di stampo oppositivo, indegradabile e incomprimibile, e di una componente pretensiva, la cui piena soddisfazione passa attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente tutelati. Tra questi, particolare rilievo è stato assegnato al **principio di equilibrio di bilancio**, di cui all'art. 81 Cost.: la **disponibilità di risorse finanziarie costituirebbe *condicio sine qua non* per la soddisfazione del nucleo pretensivo del diritto fondamentale**.

Nello specifico, nel novero dei diritti finanziariamente condizionati è possibile ricomprendere **la salute** tutelata dall'art. 32 Cost., in quanto, secondo la giurisprudenza costituzionale, vi è la necessità di tenere in considerazione i vincoli ordinamentali di natura finanziaria nel momento in cui vengono stabiliti i trattamenti sanitari da garantire o i requisiti a cui subordinare l'accesso alle prestazioni sanitarie. Il diritto alla salute, quindi, si pone nel crocevia tra decisioni di bilancio, sistema istituzionale e tutela della persona. **I diritti sociali**, infatti, **sono "diritti a prestazione"**, sicché gli interventi normativi, pur quando ispirati al rigore finanziario, non ne possono pregiudicare il contenuto essenziale. Poiché le risorse pubbliche sono comunque limitate e poiché non è possibile assicurare prestazioni senza tener conto delle reali disponibilità, si è imposto il tema della **tutela dell'adeguatezza delle risorse per la garanzia dei diritti sociali con specifico riferimento al nucleo indefettibile**, al quale vanno ricondotti i livelli essenziali di assistenza (LEA) e i livelli essenziali di prestazione (LEP).

Con la **sent. 21 luglio 2016, n. 203 la Corte costituzionale** ha statuito che: "*La tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso Legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone*, con la precisazione che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere […] un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana".

Sulla questione si è pronunciato anche il Consiglio di Stato con la sent. 14 novembre 2017, n. 5251, a mente della quale "*nel sistema vigente il diritto alla salute è finanziariamente condizionato atteso che la necessaria discrezionalità del Legislatore, nel dare attuazione ai princìpi e ai diritti fondamentali, deve necessariamente incontrare il limite della riserva del ragionevole e del possibile; il richiamo ai diritti finanziariamente condizionati è necessario per chiarire che il* ***diritto alla salute****, di cui all'art. 32 Cost.,* ***non comporta l'obbligo per il Servizio sanitario nazionale di fornire tutti i prodotti esistenti sul mercato per la cura di una determinata patologia****, atteso che ciò che l'ordinamento garantisce è che la prescrizione sia funzionale alla necessità terapeutica, ma senza che il sistema sanitario sia gravato da oneri aggiuntivi conseguenti alle dinamiche del mercato*".

L'attuazione del diritto alla salute richiede, in particolare, una **programmazione sanitaria** che definisca gli obiettivi da raggiungere, identificando le risorse finanziarie, assumendone la disponibilità umana e strumentale, necessaria per la sua realizzazione nei tempi e secondo i criteri stabiliti (vedi §9).

In relazione al carattere finanziariamente condizionato del diritto alla salute si pongono le questioni relative **all'esercizio di funzioni di natura pubblicistica in ambito sanitario da parte di soggetti privati** e al regime di **accreditamento**, nonché alla **legittimità dei c.d. tetti di spesa retroattivi**.

Innanzitutto, **l'esercizio di funzioni di natura pubblicistica in ambito sanitario da parte di soggetti privati** presuppone che costoro ottengano l'**autorizzazione** alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi **dell'art. 8ter, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**.

Inoltre, le strutture autorizzate sono tenute a richiedere alla Regione **l'accreditamento di cui all'art. 8quater, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**: si tratta di un **titolo di carattere abilitativo-concessorio mediante il quale un soggetto privato viene attratto entro la sfera organizzativa pubblicistica del servizio sanitario pubblico**, acquisendo la conseguente **legittimazione a operare "in luogo" dell'Amministrazione**, originaria e istituzionale titolare della funzione assistenziale, **così riversando i costi del servizio a carico della stessa**, secondo i criteri ed entro i limiti prefissati a livello contrattuale.

Infine, ai sensi dell'art. 8quinquies, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 le **Regioni provvedono a stipulare contratti** con le strutture private e i professionisti accreditati, con i quali vengono indicati, in particolare, il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare, i requisiti del servizio da prestare e il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate.

Sull'apporto delle strutture private al sistema sanitario con il **modello** imperniato sulle **3A)** (autorizzazione, accreditamento e accordo) si veda, nello specifico, il §7.

In particolare, tra la Regione e la struttura privata si instaura un **rapporto di pubblico servizio**: in specie, la struttura erogatrice di prestazioni diviene concessionaria quando non soltanto è autorizzata e accreditata, ma anche quando abbia sottoscritto con la Regione l'accordo contrattuale.

L'Amministrazione regionale ha il **compito di fissare annualmente, con atto autoritativo, il tetto di spesa delle prestazioni sanitarie.** Tale atto costituisce **esplicazione della funzione programmatoria**, volta a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili. Nell'esercitare detta potestà, le Regioni godono di un **ampio potere discrezionale**, chiamato a bilanciare interessi diversi: il contenimento della spesa pubblica, il diritto degli assistiti alla fruizione di prestazioni sanitarie adeguate, le legittime aspettative degli operatori privati, che ispirano le loro condotte a una logica imprenditoriale, e l'assicurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche, che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico.

Sulla **legittimità dei tetti di spesa retroattivi** occorre evidenziare il contrasto che animava la giurisprudenza amministrativa prima dell'intervento dell'**Ad. Plen., con sent. 4/2012**.

Secondo un **primo orientamento era da escludere la legittimità della fissazione di tetti in via retroattiva**, specie quando intervenisse in un periodo avanzato dell'anno, perché si sarebbe lesa l'autonomia e l'integrità delle scelte imprenditoriali.

Un **secondo orientamento reputava legittima – e anzi fisiologica**, attesa la complessità del procedimento di quantificazione delle risorse disponibili del quale essa costituisce solo l'atto terminale – la **fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche a distanza notevole dall'inizio delle attività assistenziali**.

A risolvere il contrasto è intervenuta **l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato** (**12 aprile 2012, n. 4**) che ha evidenziato **il carattere indispensabile dei tetti di spesa**, in ragione delle insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica. Peraltro, è stato rilevato come sia condizione necessaria per l'esercizio consapevole del potere di fissazione dei tetti di spesa la concreta individuazione delle somme che la Regione avrà a disposizione per la spesa sanitaria. Siccome la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento che, nondimeno, risulta definito in modo concreto in corso d'anno, si appalesa **fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell'anno**.

Il Consiglio di Stato ha osservato, però, come la **retroattività dell'atto di determinazione della spesa non valga a impedire agli interessati di disporre di un qualunque punto di riferimento per lo svolgimento della loro attività**. È evidente, infatti, che in un sistema nel quale è fisiologica la sopravvenienza dell'atto determinativo della spesa solo in epoca successiva all'inizio dell'erogazione del servizio, **gli interessati potranno aver riguardo** – fino a quando non risulti adottato un provvedimento – **all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite, ovvia-**

mente, della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie dell'anno in corso.

Infine, la Plenaria ha evidenziato come, a tutela dell'affidamento dei soggetti erogatori, **la fissazione di tetti retroagenti imponga l'osservanza di un percorso istruttorio**, ispirato al principio della partecipazione, che assicuri l'equilibrato contemperamento degli interessi in rilievo, **nonché esiga una motivazione tanto più approfondita quanto maggiore sia il distacco dalla prevista percentuale di tagli**. Inoltre, la Plenaria ha valutato favorevolmente l'adozione di **atti di programmazione provvisoria** che stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti temporanei sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore e alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva.

Il Consiglio di Stato con la sent. 12 ottobre 2023, n. 2242 si è pronunciato **sulla legittimazione ad agire delle associazioni di categoria avverso i provvedimenti che dispongono una rideterminazione delle spese sanitarie** (*sub* specie di adeguamento degli importi della Pediatria di gruppo, Pediatria in associazione e Collaboratore di studio), evidenziando come l'ente collettivo agisca come portatore di un interesse adespota alla corretta programmazione della spesa sanitaria e alla correlata distribuzione delle risorse. Invero, è stato rilevato che **la lesività dei provvedimenti oggetto di impugnazione si fondi sulla non razionale distribuzione della spesa sanitaria** che colora in termini di interesse legittimo la posizione dell'associato, tutelando solo in via riflessa ed eventuale quella dei singoli associati. In altri termini, **le determinazioni non incidono in via diretta sulle posizioni contrattuali dei singoli medici, ma condizionano l'efficienza complessiva del sistema delle prestazioni da questi rese**, operando una diversa ripartizione delle risorse ed una serie di economia di spese.

Sulla legittimità delle **clausole di salvaguardia** (con le quali la struttura accreditata accetta incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché di ogni altro atto a essi collegato o presupposto) si è pronunciato il TAR Campania, Napoli, sez. I, 15 aprile 2024, n. 2475: tali previsioni, inserite nei contratti stipulati con le strutture private accreditate, **sono legittime e non risultano in contrasto con il diritto di difesa**, atteso che esse tutelano il preminente interesse al contenimento della spesa per la sanità pubblica. **Per gli operatori privati si pone unicamente l'alternativa se accettare le condizioni derivanti da esigenze programmatorie e finanziarie pubbliche** (e dunque il budget assegnato alla propria struttura), **restando nel campo della sanità pubblica**, **oppure se collocarsi esclusivamente nel campo della sanità privata**, in regime di libera concorrenza, accettando il rischio d'impresa connesso alle normali dinamiche competitive del mercato. Pertanto, **la sottoscrizione del contratto priva il soggetto aderente della legittimazione a impugnare gli atti di determinazione dei tetti di spesa**, anche successivi alla clausola stessa, con conseguente inammissibilità del ricorso.

Inoltre, con la sent. 29 marzo 2023, n. 720 il Consiglio di Stato si è pronunciato **sul criterio di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni sanitarie ero-**

gate in regime di accreditamento. In particolare, è stato rilevato che **il parametro di calcolo della capacità operativa massima debba operare su base annua**, in quanto tale criterio è quello **maggiormente idoneo a garantire gli equilibri di gestione di una struttura sanitaria**, salvaguardandone l'attività dalle conseguenze derivanti da eventuali e improvvisi aumenti della domanda di prestazioni, evitandone viceversa la caduta nel periodo di forzata sospensione dell'attività lavorativa.

In materia di tetti di spesa si è di recente pronunciato il CGA, sez. giurisd., 1° agosto 2025, n. 650 la quale ha rilevato come "*la determinazione del tetto di spesa è, quindi, preordinata a* ***soddisfare l'esigenza di assicurare alla popolazione la più ampia gamma di prestazioni sanitarie al più alto*** **standard** ***qualitativo possibile****, anche avvalendosi della* ***collaborazione di operatori privati in ragione di convenzione, ma pur sempre entro i limiti delle risorse economiche disponibili****, onde* ***salvaguardare l'equilibrio di bilancio e la possibilità di continuare in futuro a garantire il pieno e corretto funzionamento del sistema sanitario***".

In quest'ottica, dunque, continua la Corte "*le rivendicazioni economiche delle strutture convenzionate non possono ritenersi ammissibili qualora siano propedeutiche ad aumentare i margini di utili ritraibili già in virtù degli atti impugnati provocando un aumento della spesa sanitaria implicante lo sforamento del limite complessivo previsto e ritenuto dall'Amministrazione economicamente sostenibile*". La ricostruzione si pone in continuità con la posizione del Consiglio di Stato, secondo cui **l'osservanza del tetto di spesa in materia sanitaria rappresenta un vincolo ineludibile** che costituisce la misura delle prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario nazionale può erogare e che può permettersi di negoziare con ciascun erogatore privato, di tal che si è ritenuta persino giustificata (anche) la mancata previsione di criteri di remunerazione delle prestazioni *extra budget*, e ciò in ragione della necessità di dover comunque rispettare i tetti di spesa e, quindi, il vincolo delle risorse disponibili (cfr. Cons. Stato, sez. III, 18 aprile 2023, n. 3876; *Id.*, 19 febbraio 2016, n. 566). Da quanto innanzi, il CGA ritiene che "*nel settore sanitario, l'interesse economico vantato dall'operatore convenzionato in tanto può ritenersi meritevole di tutela – e, quindi, legittimante la proposizione di un'azione di annullamento – in quanto non comprometta la futura capacità dell'Amministrazione di assicurare l'erogazione del servizio in conformità ai migliori standard qualitativi e quantitativi possibili. La tutela, infatti, della sfera giuridica delle strutture convenzionate deve ritenersi ammissibile in quanto sia compatibile con l'esigenza di salvaguardare la tenuta economico-finanziaria del servizio pubblico sanitario, essendo recessivo il principio di cui all'art. 41 Cost. rispetto ai beni e valori tutelati dal combinato disposto degli artt. 32, 81 e 97 Cost. Pertanto, una concezione costituzionalmente orientata della legittimazione a ricorrere (o c.d. possibilità giuridica) coerente con l'esigenza di dover garantire il* ***preminente interesse generale di assicurare il rispetto delle capacità economico-finanziarie di sostenimento della spesa pubblica sanitaria negli anni****, induce il Collegio a ritenere che l'interesse delle strutture convenzionate che contestino le risorse economiche loro annualmente assegnate debba ritenersi, ai fini della ammissibilità dell'azione di annullamento, meritevole di tutela: a) sempre, ogniqualvolta si alleghi e dimostri l'inadeguatezza e l'insufficienza delle risorse economiche stanziate a garantire qualsivoglia margine di utile, ancorché minimo, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie convenzionate; b) qualora, invece, si controverta sulla misura degli utili ritraibili, perché quella desumibile dalle determinazioni della Pubblica Amministrazione sia ritenuta troppo esigua, soltanto laddove si operi nel rispetto del tetto complessivo di spesa, eventualmente individuando i settori del servizio sanitario, anche diversi da quello nell'occasione considerato, in relazione ai quali gli investimenti previsti appaiono manifestamente sproporzionati*

e dai quali poter, dunque, attingere le somme necessarie per soddisfare le pretese economiche avanzate dalla parte ricorrente".

La sentenza si incentra poi sull'**analisi della c.d. "clausola di salvaguardia"**. La Corte, prendendo le distanze dal diffuso orientamento giurisprudenziale che ha affermato la legittimità di tale clausola, ne sancisce la nullità per contrasto con l'art. 1462 c.c., nonché per indeterminatezza dell'oggetto e contrarietà a norme imperative, di cui agli artt. 24 e 113 Cost.

In motivazione, il C.G.A.R.S. ha precisato che "*l'adesione dell'operatore economico allo schema di contratto di convenzionamento non può privare il medesimo delle tutele essenziali ad assicurare la propria capacità di garantire l'esatto adempimento della prestazione oggetto dell'obbligazione assunta, tenuto conto che: a) l'aderente è gravato da una prestazione ben più caratterizzante e impegnativa di quella meramente pecuniaria dell'amministrazione proponente e, di conseguenza, il suo consenso deve essere propedeutico a garantire l'esatto adempimento dell'obbligazione assunta anche mediante l'esperimento delle tutele all'uopo propedeutiche; b) non si discute di un mero negozio di scambio di prestazioni suscettibili di valutazione economica, ma di una collaborazione preordinata a soddisfare interessi di rango costituzionale di fondamentale rilevanza per il benessere dell'intera collettività; c) la c.d. "clausola di salvaguardia" non disciplina un profilo accessorio, ma un elemento essenziale del contratto, ossia il prezzo della prestazione, che, come noto, ha una valenza determinante del consenso delle parti; d) la rinuncia a far valere ogni proprio diritto implica uno stato di assoluta soggezione alla controparte. Relegare la clausola di salvaguardia a una mera clausola passibile di validità ed efficacia mediante apposita sottoscrizione sarebbe quindi errato, poiché altererebbe l'equilibrio giuridico contrattuale tra le parti a discapito dei diritti dell'aderente che, nella specie, sono di rango costituzionale e, in gran parte, non validamente rinunciabili (*ex *artt. 24 e 113 Cost.*)*".

In ordine alla **nullità sostanziale** della predetta clausola, nella sentenza si evidenzia che "*il profilo economico è determinato dall'amministrazione con atti amministrativi richiamati dal contratto, i quali divengono parte integrante dell'oggetto: l'impugnazione dei predetti atti e il loro eventuale annullamento giurisdizionale con efficacia* ex tunc *implicherebbe la nullità parziale del contratto di convenzionamento in relazione alla parte in cui tali atti sono richiamati per la determinazione del contenuto del rapporto. E, poiché la parte affetta da nullità attiene a un elemento essenziale del consenso, non potendosi in assenza addivenire ad alcuna stipulazione, il contratto di convenzionamento diverrebbe integralmente nullo ai sensi dell'art. 1419 c.c., con eventuale necessità di stipulare un nuovo contratto una volta emanati, in sede di riedizione del potere, i provvedimenti amministrativi che determinano il prezzo della prestazione sanitaria oggetto della convenzione*".

Ancora, il Collegio sancisce la **nullità della predetta clausola per indeterminatezza dell'oggetto e contrarietà alle norme imperative di cui agli artt. 24 e 113 Cost.**; da una parte, infatti, essa implica la rinuncia a un diritto futuro ed eventuale, il cui oggetto non risulta determinato o determinabile nel suo contenuto e nella sua estensione; dall'altra, , non è possibile – secondo il disposto costituzionale – limitare o escludere la tutela giurisdizionale avverso determinate categorie di provvedimenti adottati dall'amministrazione.

In sostanza, secondo i Giudici, **una tale clausola viola il riparto di attribuzione dei poteri**, non potendo la pubblica amministrazione arrogarsi – neppure per via formalmente convenzionale – il potere, di esclusiva competenza giurisdizionale, di selezionare gli interessi meritevoli di tutela né in virtù di una valutazione *ex ante* (ossia antecedente alla proposizione dell'azione, né *ex post*.

Da ultimo, la clausola in esame è considerata **illegittima per eccesso di potere**, in quanto il suo inserimento è potenzialmente idoneo a pregiudicare la collaborazione con il servizio

sanitario pubblico di strutture valide e, di conseguenza, la possibilità per i cittadini di avvalersene a condizioni economiche più basse per il contributo dell'amministrazione pubblica.

Sul contrasto così delineatosi è intervenuto il **Presidente del Consiglio di Stato** che, con **decreto 26 marzo 2026, n. 134**, adottato ai sensi dell'art. 99, comma 2, c.p.a., **ha deferito d'ufficio la questione all'Adunanza Plenaria**.

Il contrasto opponeva all'orientamento della **sez. III** del Consiglio di Stato, favorevole alla **validità delle clausole di salvaguardia** in ragione della loro funzione di stabilizzazione degli accordi e di tutela delle esigenze di programmazione finanziaria, il più recente indirizzo del **C.G.A.R.S.**, che ne aveva affermato la **nullità per contrasto con l'art. 1462 c.c.**, per indeterminatezza dell'oggetto e per violazione degli artt. 24 e 113 Cost. La questione rimessa alla Plenaria investiva, pertanto, la validità della clausola inserita negli accordi stipulati ai sensi dell'art. 8quinquies del D.Lgs. 502/1992 e la delimitazione del suo effetto preclusivo, con particolare riferimento agli atti di determinazione e riparto dei tetti di spesa e delle tariffe già adottati e conoscibili al momento della sottoscrizione, agli atti sopravvenuti nel corso della medesima annualità e ai giudizi pendenti relativi ad atti riferibili ad annualità differenti.

L'**Adunanza Plenaria** del Consiglio di Stato, con la **sent. 30 luglio 2026, n. 6**, ha sposato la **tesi della validità della clausola di salvaguardia**, circoscrivendone tuttavia l'efficacia agli **atti già noti o conoscibili al momento della sottoscrizione dell'accordo**, affermando il seguente principio di diritto: «*La clausola di salvaguardia inserita in un accordo annuale stipulato ai sensi dell'art. 8quinquies del D.Lgs. 502/1992 tra una struttura sanitaria privata accreditata e una Azienda sanitaria locale è valida e produce l'effetto preclusivo dell'impugnazione degli atti regionali e aziendali di determinazione e di riparto dei tetti di spesa e delle tariffe che siano noti o conoscibili al momento della sua sottoscrizione, e non riguarda gli atti sopravvenuti riferibili alla medesima annualità, né i giudizi pendenti che abbiano per oggetto gli atti emanati dopo la sottoscrizione di un accordo relativo ad un'annualità precedente*».

La controversia sottoposta alla Plenaria traeva origine dall'impugnazione, da parte di una struttura sanitaria privata accreditata operante nel settore delle prestazioni oculistiche ambulatoriali, degli atti regionali e aziendali con i quali erano stati determinati i criteri e i budget attribuiti alle strutture private per l'erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario regionale siciliano. Il giudice di primo grado aveva respinto il ricorso, riconoscendo efficacia preclusiva alla clausola di salvaguardia sottoscritta dalla struttura nell'accordo contrattuale annuale. La clausola prevedeva l'accettazione del contenuto e degli effetti dei provvedimenti relativi ai tetti di spesa e alle tariffe, nonché la rinuncia alle azioni già proposte o proponibili contro gli atti richiamati nell'accordo.

La questione deve essere inserita nel quadro delineato dagli **artt. 8bis, 8quater, 8quinquies e 8sexies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**. L'accreditamento istituzionale consente alla struttura privata di operare per conto del Servizio sanitario nazionale, ma non genera, di per sé, il diritto alla remunerazione delle prestazioni. Quest'ultimo sorge soltanto in seguito alla stipulazione dell'accordo contrattuale previsto dall'art. 8quinquies e nei limiti quantitativi ed economici stabiliti dall'accordo medesimo. La clausola di salvaguardia si inserisce, pertanto, nel terzo segmento del modello delle "tre A", nel quale il rapporto di accreditamento diviene concretamente operativo attraverso l'assegnazione delle risorse pubbliche, dei volumi acquistabili e del budget annuale.

L'art. 8quinquies prevede che le Regioni e le aziende sanitarie definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulino contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati. Tali accordi devono indicare gli obiettivi di salute, i programmi di integrazione dei servizi, il volume massimo delle prestazioni, i requisiti di accessibilità e appropriatezza, il corrispettivo preventivato e gli obblighi informativi necessari al controllo della qualità delle prestazioni. L'art. 8sexies riconduce poi il finanziamento delle strutture a un ammontare globale predefinito, determinato in relazione alle funzioni assistenziali e alle attività concretamente programmate.

L'accordo annuale non costituisce, quindi, un ordinario contratto di scambio, interamente rimesso alla libera determinazione di due contraenti collocati in posizione paritaria. Esso rappresenta il **momento conclusivo di un procedimento pubblicistico di programmazione**, mediante il quale l'amministrazione individua la quantità e la tipologia delle prestazioni da acquistare, distribuisce le risorse disponibili e rende prevedibile l'impegno finanziario gravante sul Servizio sanitario. Il contenuto economico dell'accordo è in larga misura **conformato dai precedenti atti regionali e aziendali di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe e dei budget individuali**.

La **clausola di salvaguardia** interviene proprio su tale contenuto eterodeterminato. Con la sua sottoscrizione, l'operatore **accetta i tetti, le tariffe e gli altri atti presupposti** che concorrono a stabilire il valore economico delle prestazioni acquistabili dal servizio pubblico e **rinuncia a contestare gli atti già adottati e conoscibili**. La sua funzione consiste nel consolidare l'assetto economico dell'annualità e nell'impedire che, dopo la conclusione dell'accordo e l'assunzione dei reciproci impegni, la struttura ne accetti i vantaggi e ne rimetta contemporaneamente in discussione i presupposti finanziari.

L'Adunanza plenaria ha confermato la **validità della clausola**, ritenendola coerente tanto con la **natura del rapporto di accreditamento** quanto con la **causa dell'accordo** che lo rende operativo, qualificato come «*terminale della procedura che assegna le risorse pubbliche per l'erogazione dei servizi sanitari*». L'accordo costituisce lo strumento attraverso il quale la struttura privata viene ammessa a erogare prestazioni a carico della finanza pubblica sulla base di una copertura economica previamente determinata, della quale né la struttura né la singola azienda sanitaria possono liberamente disporre.

La **funzione** della clausola è stata ritenuta **meritevole di tutela** perché risponde all'esigenza di **controllo della spesa sanitaria** e di **programmazione finanziaria**. L'operatore accreditato, entrando nel sistema del servizio sanitario pubblico, assume una **posizione diversa** da quella dell'imprenditore operante esclusivamente nel mercato privato. Esso **partecipa all'erogazione di prestazioni** destinate a soddisfare il diritto fondamentale alla salute ed è **remunerato con risorse pubbliche predeterminate**; non può, pertanto, considerarsi estraneo ai **vincoli finanziari e programmatori** ai quali è assoggettata la stessa **parte pubblica del rapporto**.

La validità della clausola è collegata anche alla necessità di garantire la **corrispondenza tra prestazioni acquistate, risorse disponibili e tetto complessivo della spesa sanitaria**. La sottoscrizione dell'accordo consente all'amministrazione di conoscere preventivamente l'entità dell'impegno finanziario e alla struttura di conoscere il volume massimo delle prestazioni remunerabili. La possibilità per l'operatore di accettare l'accordo, iniziare o proseguire l'attività a carico del Servizio sanitario e, al contempo, contestare gli atti già conosciuti che ne determinano il contenuto economico comprometterebbe la stabilità della programmazione dell'annualità.

La Plenaria ha ricondotto l'effetto preclusivo della clausola al **principio che vieta di *venire contra factum proprium***. L'operatore che abbia concluso l'accordo e ne abbia accet-

tato il contenuto non può assumere successivamente una condotta incompatibile con quella precedente, impugnando gli atti che integrano l'oggetto economico dell'accordo e che siano stati in esso richiamati. La **contraddizione** tra il comportamento negoziale e la successiva iniziativa processuale **determina**, secondo la pronuncia, **l'inammissibilità dell'azione oppure, secondo una diversa qualificazione, l'infondatezza delle relative doglianze**. La decisione si pone, su questo punto, in continuità con Cons. Stato, sez. III, 2386 e 4643/2020 e 9691/2022.

La clausola **non** è stata ritenuta **incompatibile con il diritto di difesa**. Secondo la Plenaria, infatti, l'impossibilità di contestare i provvedimenti amministrativi presupposti non deriva da un'esclusione autoritativa e generalizzata della tutela giurisdizionale, ma dall'**accettazione dell'accordo e del suo contenuto, già conformato dalle determinazioni amministrative precedentemente adottate**. **La rinuncia riguarda atti esistenti e conoscibili**, incorporati nel regolamento economico volontariamente sottoscritto dall'operatore; **non si estende indiscriminatamente a ogni successivo esercizio del potere amministrativo**.

In tale prospettiva, la Plenaria **non** ha condiviso la tesi secondo cui la clausola sarebbe radicalmente **nulla per violazione degli artt. 24 e 113 Cost.** La garanzia costituzionale della tutela contro gli atti della pubblica amministrazione non impedisce che la condotta consapevole della parte produca acquiescenza rispetto a provvedimenti già conosciuti o conoscibili, né esclude che l'accettazione di un assetto economico impedisca di rimetterne successivamente in discussione gli elementi costitutivi. La preclusione non discende dall'appartenenza degli atti a una determinata categoria sottratta al controllo giurisdizionale, ma dalla **incompatibilità tra l'impugnazione e il comportamento precedentemente tenuto dall'interessato**.

La soluzione della Plenaria **supera anche l'affermazione** del C.G.A.R.S. 650/2025 secondo cui la **clausola** sarebbe **nulla per contrasto con l'art. 1462 c.c.** Tale disposizione vieta di stabilire che una parte non possa opporre eccezioni relative alla nullità, annullabilità e rescindibilità del contratto. Nella ricostruzione accolta dalla Plenaria, tuttavia, la clausola di salvaguardia **non impedisce alla struttura di far valere i vizi dell'accordo in quanto tale, ma consolida l'accettazione degli atti amministrativi presupposti, già adottati e conoscibili**, che ne determinano tetti, tariffe e budget.

La pronuncia ha quindi **escluso un'efficacia illimitata della clausola**. Il **limite della conoscenza o conoscibilità dell'atto** assume valore decisivo. La rinuncia è efficace soltanto se, al momento della stipulazione, l'operatore sia posto nella condizione di conoscere gli atti ai quali aderisce e gli effetti economici che ne derivano. **L'accettazione non può riguardare un contenuto futuro e indeterminato, né può estendersi a provvedimenti non ancora adottati**, dei quali la struttura non possa prevedere il contenuto o valutare l'incidenza sulla sostenibilità del rapporto.

Per questa ragione, la clausola «*non riguarda gli atti sopravvenuti riferibili alla medesima annualità*». Se, dopo la stipulazione dell'accordo, la Regione o l'azienda sanitaria adotta ulteriori provvedimenti che modificano i tetti, le tariffe o il riparto delle risorse, la clausola **non impedisce alla struttura di impugnarli**. Rispetto a tali atti manca una consapevole accettazione, poiché essi non esistevano e non erano conoscibili nel momento in cui l'accordo è stato concluso.

La preclusione non riguarda neppure «*i giudizi pendenti che abbiano per oggetto gli atti emanati dopo la sottoscrizione di un accordo relativo ad un'annualità precedente*». Ogni accordo annuale deve essere riferito agli atti che ne conformano lo specifico contenuto. La sottoscrizione di un accordo per una determinata annualità **non** può quindi comportare acquiescenza rispetto a provvedimenti successivi o a **controversie relative ad assetti economici non ancora definiti al momento della stipulazione**.

La delimitazione temporale e oggettiva impedisce che la clausola si trasformi in una rinuncia generale e preventiva alla tutela giurisdizionale. L'operatore accetta un assetto determinato, riferito a una specifica annualità e fondato su atti già adottati; non conferisce all'amministrazione un potere futuro sottratto al sindacato del giudice. In questo senso, la decisione ricerca un equilibrio tra stabilità della programmazione e tutela giurisdizionale, evitando che l'acquiescenza riferita a un contenuto noto divenga un'immunità dell'amministrazione rispetto all'esercizio successivo del potere.

La Plenaria ha inoltre distinto le **conseguenze processuali** in relazione al momento di proposizione del ricorso. Quando **l'azione** contro gli atti coperti dalla clausola venga **proposta dopo la sottoscrizione dell'accordo**, **il ricorso è inammissibile**, perché la precedente **accettazione** del contenuto dell'accordo è **incompatibile** con la successiva impugnazione. Quando, invece, **il giudizio sia già pendente al momento della sottoscrizione** e la clausola comprenda la rinuncia alle azioni già intraprese contro gli atti conosciuti o conoscibili, **viene meno l'interesse alla decisione e il ricorso diviene improcedibile**. Tale effetto opera esclusivamente entro i limiti oggettivi e temporali indicati dalla pronuncia.

La soluzione va coordinata con la **natura peculiare del rapporto** tra struttura accreditata e Servizio sanitario. **La struttura** non è un semplice fornitore occasionale della pubblica amministrazione, ma un **soggetto stabilmente inserito nel sistema organizzativo dell'assistenza sanitaria**, assoggettato ai poteri di programmazione, vigilanza, controllo e conformazione dell'amministrazione. Nello stesso tempo, **essa conserva la natura di operatore economico privato**, sopporta costi organizzativi e assume impegni che richiedono la conoscibilità del corrispettivo e dei volumi remunerabili.

La **clausola di salvaguardia** risponde a questa duplice esigenza. Dal **lato pubblico**, stabilizza il tetto finanziario e impedisce che, dopo la sottoscrizione degli accordi, la programmazione dell'annualità sia rimessa in discussione attraverso contestazioni riferite ad atti già conosciuti. Dal **lato privato**, delimita preventivamente il volume delle prestazioni acquistate e consente alla struttura di valutare se accettare il budget attribuito e permanere nel circuito delle prestazioni a carico del Servizio sanitario.

L'accettazione della clausola **non rende tuttavia legittimi atti amministrativi futuri, né sana eventuali vizi di provvedimenti estranei al contenuto dell'accordo**. La preclusione deriva dalla condotta dell'operatore e non da una generale insindacabilità dei poteri di programmazione. L'amministrazione resta soggetta agli artt. 3 e 97 Cost., ai principi della L. 7 agosto 1990, n. 241 e alla tutela giurisdizionale garantita dagli artt. 24, 103 e 113 Cost. Rimane altresì **fermo** che l'amministrazione, nella determinazione e nel riparto dei budget, deve rispettare i **principi di trasparenza, imparzialità, ragionevolezza e parità di trattamento**. La validità della clausola non trasforma la sottoscrizione dell'accordo in uno strumento per sottrarre al sindacato ogni eventuale scelta discriminatoria; impedisce soltanto che la struttura contesti successivamente gli atti già conosciuti e accettati, nei limiti in cui essi abbiano conformato l'accordo sottoscritto.

La pronuncia deve essere letta, inoltre, in **coordinamento con la giurisprudenza sulla posizione delle strutture accreditate**. Il **privato** non vanta un diritto incondizionato alla contrattualizzazione o all'attribuzione di un determinato budget, ma è **titolare dell'interesse al corretto e tempestivo esercizio del potere di programmazione**. Prima della stipulazione, può quindi contestare gli atti di determinazione dei tetti e delle tariffe e chiedere tutela contro criteri irragionevoli o discriminatori. Dopo l'accettazione dell'accordo, non può invece rimettere in discussione gli atti conosciuti che ne definiscono il contenuto economico. Da ciò deriva un **rilevante onere di scelta in capo alla struttura**. Essa deve valutare, prima della sottoscrizione, la compatibilità del budget e delle tariffe con la propria organizzazione e

decidere se aderire all'accordo oppure contestare gli atti presupposti. Non è consentito accettare senza riserve l'assetto economico, beneficiare dell'accesso alla remunerazione pubblica e promuovere successivamente un'azione incompatibile con l'adesione manifestata. Tale onere **non** può, però, essere esteso **oltre ciò che l'operatore abbia potuto effettivamente conoscere**. Se l'amministrazione modifica successivamente il quadro economico, la struttura recupera pienamente la possibilità di ricorrere. Il principio di coerenza del comportamento vale per entrambe le parti: l'operatore non può contestare ciò che ha consapevolmente accettato; l'amministrazione non può invocare quella accettazione per sottrarre al controllo giurisdizionale atti nuovi o modificativi.

La decisione dell'Adunanza plenaria si colloca così a metà strada tra i due orientamenti contrapposti. Dall'indirizzo tradizionale accoglie la validità della clausola e la sua coerenza con la programmazione finanziaria; recepisce, tuttavia, l'esigenza sottesa alle obiezioni del C.G.A.R.S. di impedire che la rinuncia abbia un oggetto indeterminato o si estenda all'esercizio futuro del potere amministrativo. **La validità è affermata, ma l'efficacia viene circoscritta a un perimetro definito dalla specifica annualità, dall'esistenza degli atti e dalla loro conoscenza o conoscibilità**.

In definitiva, la clausola di salvaguardia è valida non perché il diritto di difesa della struttura possa essere indiscriminatamente sacrificato alle esigenze di bilancio, ma perché consolida un assetto economico già determinato e consapevolmente accettato. La **programmazione finanziaria giustifica la stabilità degli accordi**, ma **non consente una rinuncia preventiva alla tutela contro provvedimenti futuri**. Gli artt. 24 e 113 Cost. restano salvaguardati proprio dalla delimitazione dell'effetto preclusivo agli atti conosciuti o conoscibili al momento della sottoscrizione.

Il principio espresso dalla Plenaria realizza, pertanto, un **bilanciamento tra controllo della spesa sanitaria, certezza dei rapporti convenzionali, coerenza del comportamento negoziale ed effettività della tutela giurisdizionale**. La struttura accreditata è vincolata all'assetto che abbia consapevolmente accettato, mentre conserva piena tutela rispetto alle determinazioni sopravvenute. L'amministrazione può fare affidamento sulla stabilità dell'impegno annuale, ma non può trasformare la clausola in uno strumento di immunità rispetto al futuro esercizio del potere programmatorio.

Una recente e significativa applicazione dei principi relativi al finanziamento del diritto alla salute è offerta dalla **sentenza della Corte cost. 22 gennaio 2026, n. 4**, intervenuta su diverse disposizioni della legge della Regione Puglia 31 dicembre 2024, n. 42, recante la legge di stabilità regionale per il 2025. La pronuncia affronta il **rapporto tra autonomia finanziaria regionale, coordinamento della finanza pubblica e vincolo di destinazione delle risorse comprese nel cosiddetto perimetro sanitario**, chiarendo che il condizionamento finanziario del diritto alla salute non opera soltanto come limite quantitativo all'erogazione delle prestazioni, ma anche come garanzia della destinazione delle risorse sanitarie al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza.

Il quadro costituzionale di riferimento è delineato, anzitutto, dall'**art. 32 Cost.**, che riconosce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e dall'**art. 117, comma 2, lett. *m)*, Cost.**, che attribuisce alla competenza legislativa esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. A tali disposizioni si affiancano l'**art. 81 Cost.**, relativo all'equilibrio e alla copertura