

Accreditamento sanitario e procedure a evidenza pubblica: la sentenza del CGA Sicilia n. 136/2026 ridisegna i confini tra accreditamento e contrattualizzazione

Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana, sez. giurisdizionale, sentenza 3 marzo 2026, n. 136 (decisione 20 novembre 2025), rel. Cons. M.A.P. Francola

1. Premessa: una decisione destinata a fare scuola

Con la sentenza n. 136 del 3 marzo 2026 (deliberata in camera di consiglio il 20 novembre 2025), il **Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana** ha tracciato un perimetro netto tra l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e la successiva fase di contrattualizzazione con il Servizio Sanitario Regionale. La pronuncia – che ha accolto due appelli riuniti – stabilisce un principio di portata generale: **la procedura a evidenza pubblica per la selezione dell'operatore economico è legittima soltanto nella fase di stipula degli accordi contrattuali (art. 8-quinquies D.Lgs. n. 502/1992), non a monte, per la scelta delle strutture da accreditare (art. 8-quater).**

L'importanza della decisione va ben oltre il caso concreto: un Centro Diurno per pazienti affetti da disturbo autistico a Mazara del Vallo, per il quale l'ente interessato aveva già ottenuto sia il parere di compatibilità ex art. 8-ter, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992, sia l'autorizzazione sanitaria, vedendosi tuttavia negare l'accreditamento per l'imposizione di una gara non prevista dalla legge. Il CGA ha annullato con effetto *erga omnes* il Decreto Assessoriale n. 1151 dell'11 giugno 2019 nella parte in cui subordinava l'accreditamento all'espletamento di una procedura aperta, disponendone altresì la ripubblicazione entro trenta giorni. Una sentenza che ridisegna il quadro giuridico di riferimento per tutte le strutture sanitarie private che aspirano a operare per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

2. I tre livelli del sistema: autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione

La sentenza offre una ricostruzione sistematica del triplice livello su cui si articola l'accesso dei privati al Servizio Sanitario Nazionale, consacrato negli artt. 8-bis, 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

2.1. L'autorizzazione sanitaria (art. 8-ter)

Costituisce il primo gradino: è il provvedimento che consente la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio delle relative attività. È subordinato alla verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché – per la realizzazione di nuove strutture – alla verifica di compatibilità con il fabbisogno regionale.

Il CGA sottolinea un passaggio cruciale: l'autorizzazione ex art. 8-ter opera su un piano distinto e autonomo rispetto all'accreditamento. Le valutazioni di contenimento della spesa



pubblica – osserva il Collegio richiamando un proprio precedente (CGA Sicilia, sez. giurisd., 13 luglio 2020, n. 583) – trovano la loro **sede elettiva soltanto nei procedimenti successivi di accreditamento e contrattualizzazione**, non potendo tradursi in un ostacolo al mero rilascio dell'autorizzazione, che attiene alla libertà di iniziativa economica garantita dall'art. 41 Cost.

2.2. L'accreditamento istituzionale (art. 8-quater)

È il provvedimento – di natura abilitativo-concessoria, secondo la qualificazione del Consiglio di Stato (sez. IV, 24 aprile 2023, n. 4159) – che abilita la struttura autorizzata a erogare prestazioni per conto del SSN. Viene rilasciato dalla Regione «*subordinatamente alla rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti*».

Il punto dirimente, sul quale il CGA ha costruito l'intero impianto motivazionale, è che **l'art. 8-quater prevede un procedimento a istanza di parte e non una procedura a numero chiuso**. La disposizione non contempla – né esplicitamente né implicitamente – una gara selettiva per individuare i soggetti da accreditare. Il legislatore nazionale configura l'accreditamento come un presupposto legittimante la partecipazione alla fase successiva della contrattualizzazione, che può e deve essere riconosciuto a tutti gli operatori in possesso dei requisiti tecnici e compatibili con la programmazione regionale.

2.3. La contrattualizzazione (art. 8-quinquies)

Ed è proprio qui che si colloca il momento selettivo. L'art. 8-quinquies, comma 1-bis, D.Lgs. n. 502/1992 prevede espressamente che i soggetti accreditati «*sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare*».

La lettura combinata dell'art. 8-quater e dell'art. 8-quinquies – vero cuore della sentenza – conduce il CGA a ritenere che «*una procedura selettiva anche di tipo competitivo possa essere indetta dall'Amministrazione Regionale per la selezione degli operatori economici, non già da accreditare, ma che, già essendo stati in precedenza accreditati, debbano essere contrattualizzati*». La conferma testuale viene dall'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, che prevede la *sospensione* dell'accreditamento in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali: norma che presuppone logicamente la possibilità di operatori accreditati ma non contrattualizzati.

Principio: La gara non può costituire la porta d'ingresso al sistema, ma soltanto il meccanismo di distribuzione delle risorse tra soggetti già ammessi. L'accreditamento è la patente per concorrere; la contrattualizzazione è l'assegnazione del budget.

3. Il principio di diritto: concorrenza aperta all'accreditamento, selezione riservata alla contrattualizzazione

La costruzione del CGA si spinge oltre, offrendo una chiave di lettura che tiene insieme il diritto interno e i principi dell'Unione Europea.



Sul piano nazionale, il Collegio esclude che il sistema delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 configuri un «libero mercato» delle prestazioni sanitarie, ma al contempo nega che l'accreditamento possa essere governato dal mero criterio cronologico («*prior in tempore, potior in iure*»). L'Amministrazione conserva un potere discrezionale – di natura eminentemente tecnica – nel valutare la sussistenza dei requisiti ulteriori di qualificazione e la compatibilità della struttura con gli indirizzi di programmazione regionale.

Sul piano europeo, la sentenza opera un'interpretazione conforme ai principi di proporzionalità e concorrenza. Pur prendendo atto che l'art. 168, par. 7, TFUE riserva agli Stati membri la politica sanitaria e che la direttiva 2006/123/CE (c.d. Bolkestein), recepita con D.Lgs. n. 59/2010, **esclude i servizi sanitari dal proprio ambito applicativo (art. 7, lett. b), il CGA ritiene che ciò** «non implichi che l'azione delle Autorità Amministrative nazionali non debba ispirarsi al rispetto dei principi fondamentali dell'Unione Europea ogniqualvolta ciò sia comunque possibile».

Ne deriva il modello così sintetizzato dal Collegio: **accreditamento aperto a tutti i soggetti qualificati, contrattualizzazione selettiva tra gli accreditati, nel rispetto del tetto di spesa**. Come efficacemente scolpito nella motivazione: «*non qui primi veniunt, sed qui primi sunt*» – non chi arriva per primo, ma chi è migliore.

4. La questione processuale: atto meramente confermativo e decorrenza dei termini

La sentenza contiene due passaggi processuali di particolare interesse pratico, entrambi accolti in favore della società appellante.

4.1. Il secondo diniego come «atto di conferma» e non atto meramente confermativo

L'Ente interessato aveva presentato **due istanze di accreditamento**. La prima era stata rigettata nel 2021 per due ragioni cumulative: la carenza documentale (mancanza dell'autorizzazione sanitaria) e l'obbligo di gara *ex* D.A. 1151/2019. Ottenuta l'autorizzazione, la società aveva ripresentato l'istanza, ricevendo un secondo diniego che richiamava il precedente.

Le controparti eccepivano che il secondo diniego fosse un *atto meramente confermativo* – quindi non autonomamente impugnabile – in quanto privo di nuova istruttoria. Il CGA ha respinto l'eccezione, qualificando il secondo provvedimento come *atto di conferma in senso proprio*: la seconda istanza recava un *quid novi* (l'autorizzazione sanitaria acquisita nel frattempo), che obbligava l'Amministrazione a una rinnovata istruttoria, sia pur conclusa con motivazione *per relationem*. L'Amministrazione, cioè, non si era limitata a «*dichiarare l'esistenza di un precedente provvedimento*» ma aveva riesaminato la domanda alla luce dell'elemento sopravvenuto, ribadendo il solo ostacolo del D.A. 1151/2019.

Il Collegio sottolinea inoltre che l'opposta interpretazione «*addiverrebbe a un'interpretazione incostituzionale delle disposizioni processuali*»: il primo diniego non era impugnabile (per carenza di interesse, stante la doppia motivazione), e qualora il secondo fosse parimenti non impugnabile, si determinerebbe una lesione del diritto di difesa *ex* artt. 24 e 113 Cost.



4.2. La decorrenza del termine per impugnare l'aggiudicazione

Nel secondo appello (R.G. 1032/2024), il TAR aveva dichiarato il ricorso irricevibile per tardività, ritenendo che il termine decorresse dalla pubblicazione all'Albo Pretorio della delibera di aggiudicazione (n. 119/2023 dell'ASP di Trapani).

Il CGA ha riformato anche questo capo: la delibera di aggiudicazione – **contenendo l'espressa menzione della ragione sociale dell'interessata come partecipante** – non aveva natura di atto generale assimilabile a un regolamento. Costituisce principio generale che ai soggetti partecipanti a una procedura selettiva spetti la **comunicazione individuale** dei provvedimenti determinanti l'esito del procedimento. In assenza di tale comunicazione, il termine per impugnare decorre dalla data di *piena conoscenza acquisita mediante accesso agli atti* (avvenuto il 1° giugno 2023), rendendo il ricorso tempestivo.

5. Effetti e ricadute per gli operatori del settore

5.1. Per le strutture già accreditate e contrattualizzate

Il principio affermato rafforza la posizione di chi ha già ottenuto l'accreditamento. In un sistema che concepisce l'accreditamento come «fase di legittimazione aperta», il titolo lo si consegue (e mantiene) non già per il tramite di procedure competitive, ma per la sussistenza dei requisiti e presupposti previsti dalla legge. La gara, pertanto, potrà incidere soltanto sulla fase distributiva del budget, non sullo status di soggetto accreditato.

Al contempo, la sentenza chiarisce – in linea con la giurisprudenza consolidata – che l'accreditamento «non garantisce, né può ritenersi fatto costitutivo del diritto alla stipula dei predetti accordi». Il diritto alla remunerazione sorge solo con il convenzionamento e nei limiti del budget assegnato.

D'altra parte, appare opportuno, pertinente e rilevante ricordare che all'art. 8quinquies del Dec. Leg. 502/92, comma 2-quinquies si prevede che *“In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso”*.

Gli operatori già contrattualizzati devono dunque essere consapevoli che il rinnovo degli accordi potrà – e anzi dovrà – passare attraverso procedure selettive periodiche tra accreditati, come previsto dall'art. 8-quinquies, comma 1-bis.

Il tema che, almeno ad avviso di chi scrive, meriterebbe ancora un ulteriore approfondimento è, invece, l'effetto determinato alla circolazione dei beni economici (investimenti strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale) nonché in generale il dispendio di risorse ed il danno che ne deriverebbe dal mancato rinnovo dell'accordo qualora un ente, già accreditato e con convenzione scaduta, partecipando alla procedura selettiva (periodica) non dovesse risultare tra gli affidatari.

La fattispecie – non a caso il settore sanitario è anche qualificato come “quasi mercato” – può determinare che investimenti economici (proprietà dei locali, adeguamento di essi, arredi, strumenti sanitari e tecnologici, etc...) nonché livelli occupazionali consolidati nell'offerta sanitaria fino a quel momento contrattualizzata – non approfondendosi altresì il tema e gli effetti sulla libertà di scelta e l'affidamento fiduciario riposto dai pazienti a quella specifica realtà sanitaria – ma che per varie



ragioni non dovesse aggiudicarsi il rinnovo dell'affidamento, potrebbero non essere più sostenibili nell'offerta del servizio sanitario a cittadini "solventi" richiedenti prestazioni e servizi nel "libero mercato".

Nell'esempio compiuto, infatti, il "paziente" fiduciario potrebbe ancora scegliere quella realtà sanitaria ma, suo malgrado, da essa non potrà più beneficiare di prestazioni con oneri in capo al Servizio Sanitario nazionale, con conseguente possibilità di insostenibilità del paziente e ricadute in capo all'ente erogatore.

Una simile ipotesi, pertanto, può indurre che strutture e tutto il complesso dei beni dell'impresa fino a quel momento al servizio della comunità, non lo siano più, con conseguenti ricadute anche con riguardo ai livelli occupazionali ed alla circolazione stessa e precarietà dei professionisti e lavoratori che periodicamente, in occasione di ogni momento di procedura selettiva per l'affidamento del servizio, può determinarsi a discapito di questo o di quell'ente accreditato e del complesso dei beni e risorse umane a ciò finalizzate.

5.2. Per le strutture autorizzate ma non ancora accreditate

La sentenza rimuove un ostacolo significativo: **l'accreditamento non può essere negato invocando la necessità di una gara**. La Regione dovrà esaminare l'istanza nel merito, verificando la sussistenza dei requisiti tecnici e la compatibilità programmatica, senza poter opporre un diniego fondato sull'assenza di una procedura a evidenza pubblica. Resta ferma la possibilità di negare l'accreditamento per ragioni di programmazione sanitaria (saturazione del fabbisogno), ma con un onere motivatorio rafforzato che richiede «un'idonea istruttoria, accurata, attualizzata ed effettiva, sull'esistenza di una determinata domanda sanitaria sul territorio e di una correlativa offerta da parte delle strutture» (Consiglio di Stato, sez. III, 28 dicembre 2020, n. 8347, richiamata in sentenza).

5.3. Le conseguenze per le Aziende Sanitarie dell'Annullamento del D.A. in materia di Autismo

L'annullamento con effetto *erga omnes* del D.A. 1151/2019, nella parte impugnata impone a tutte le Amministrazioni che avessero adottato atti analoghi di riconsiderare le proprie attività amministrative eventualmente compiute distinguendo nettamente il procedimento di accreditamento (a istanza di parte, senza numero chiuso) e quello di contrattualizzazione (selettivo, con gara tra accreditati).

Meriterebbe specifico approfondimento, invece, il tema delle gare già espletate ai sensi del D.A. annullato *in parte qua* e delle ricadute sugli operatori affidatari.

6. L'illegittimità del Decreto Assessoriale n. 1151/2019 in materia di autismo

6.1. Il contenuto del decreto e il vizio riscontrato

Il decreto prevedeva che, qualora le Aziende Sanitarie Provinciali non potessero attivare Centri Diurni per l'autismo a gestione diretta, dovessero «ricorrere, al fine di procedere all'affidamento del servizio, alla procedura aperta di selezione, mediante pubblicazione di bando ad evidenza pubblica». In esito alla selezione, le aziende avrebbero individuato la struttura privata «cui affidare le attività del centro diurno per l'autismo che dovrà essere sottoposto alle verifiche previste ai fini dell'accreditamento istituzionale».



Il vizio è duplice e radicale:

- **inversione procedimentale**: la gara veniva collocata prima dell'accreditamento, laddove l'art. 8-quinquies la colloca dopo, come meccanismo di selezione tra soggetti già accreditati;

- **elusione della riserva di legge**: la previsione era contenuta in un atto amministrativo generale (decreto assessoriale) privo di copertura legislativa regionale, in violazione del principio di gerarchia delle fonti e della competenza legislativa concorrente *ex* art. 117, comma 3, Cost., posto che le disposizioni del D.Lgs. n. 502/1992 costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 19 dello stesso decreto.

6.2. Le conseguenze concrete dell'annullamento nel settore autismo in Sicilia

L'annullamento con effetto *erga omnes* produce i seguenti effetti immediati:

- le procedure di gara già bandite ai sensi del D.A. 1151/2019 per la selezione di operatori da accreditare per Centri Diurni per l'autismo sono travolte da illegittimità derivata (nel caso di specie, il CGA ha annullato sia la delibera di indizione n. 527/2022 dell'ASP di Trapani sia l'aggiudicazione n. 119/2023);

- le istanze di accreditamento respinte in applicazione del decreto potranno essere riproposte o, se già oggetto di impugnazione pendente, potranno beneficiare del giudicato;

- l'Assessorato Regionale della Salute dovrà ripubblicare il decreto con l'indicazione dell'intervenuto annullamento parziale entro trenta giorni dalla pubblicazione della sentenza; in caso di inerzia, può provvedervi la parte interessata con spese a carico dell'Amministrazione;

- le strutture già in possesso dell'autorizzazione sanitaria per Centri Diurni per l'autismo potranno presentare istanza di accreditamento senza attendere l'indizione di gare, ferma restando la successiva selezione per la contrattualizzazione.

Si tratta, in sostanza, della riapertura di un settore – quello dei Centri Diurni per l'autismo in Sicilia – che il decreto assessoriale aveva di fatto blindato, subordinando l'ingresso di nuovi operatori a un meccanismo di gara concepito in violazione dei principi fondamentali della legislazione statale.

7. Conclusioni

La sentenza n. 136/2026 del CGA Sicilia si candida a diventare un *leading case* nel diritto sanitario, per almeno tre ragioni, offrendo nel contempo conferma a chi, da tempo, manifesta pareri giuridici in tal senso orientati.

In primo luogo, **crystallizza in modo inequivoco la distinzione funzionale tra accreditamento e contrattualizzazione**: l'accreditamento si ottiene su istanza di parte, dimostrando



il possesso dei requisiti; la competizione per le risorse pubbliche si gioca dopo, tra accreditati, sul terreno della qualità.

In secondo luogo, **opera un'interpretazione costituzionalmente e convenzionalmente orientata** che, senza negare la discrezionalità regionale nella programmazione sanitaria, ne fissa i confini: le Regioni non possono comprimere l'accesso all'accreditamento attraverso atti amministrativi che introducano procedure selettive non previste dalla legge statale, pena la violazione dei principi fondamentali della legislazione concorrente e del diritto di difesa garantito dagli artt. 24 e 113 Cost.

In terzo luogo, **l'annullamento con efficacia *erga omnes* del D.A. 1151/2019 – accompagnato dall'ordine di ripubblicazione – ha un impatto immediato e concreto su un intero comparto assistenziale** (quello dei disturbi dello spettro autistico) in una regione, la Sicilia, dove il bisogno di salute nel settore e la specificità è particolarmente richiesta.

Per gli operatori del settore, la sentenza del CGA, oltre essere un precedente da studiare che induce a fare chiarezza sul tema della “concorrenza” rappresenta una guida di consapevolezza per scelte e valutazioni.

Maggio 2026

