

Pubblicato il 05/05/2021

N. 03502/2021REG.PROV.COLL.

N. 02383/2020 REG.RIC.

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 2383 del 2020, proposto dalla Associazione Italiana Ospedalita' Privata (A.I.O.P.) – Sede Regionale della Campania, Clinica Stabia S.p.A., Casa di Cura Maria Rosaria S.p.A., Casa di Cura Villa dei Fiori S.r.l. di Mugnano, Casa di Cura Andrea Grimaldi – Consulting & Service S.p.A., Casa di Cura Nostra Signora di Lourdes S.p.A., Casa di Cura Ospedale Internazionale S.r.l., Cardiomed S.p.A. – Casa di Cura Trusso, Clinica Vesuvio S.p.A., Casa di Cura Villa Julie S.r.l.- (Ex Villa Maria), Casa di Cura Ge.P.O.S. .S.R.L., Casa di Cura Sant' Anna S.r.l., Minerva S.p.A. - Casa di Cura “S. Maria della Salute”, Casa di Cura Clinica S. Patrizia – Proprietà Villa delle Querce S.p.A., Casa di Cura Villa delle Querce S.p.A., Casa di Cura S. Maria La Bruna - Proprietà Villa delle Querce S.p.A., Pineta Grande S.p.A. Anche per Conto delle Case di Cura Villa Bianca e Villa Esther Fuse per Incorporazione, Casa di Cura Padre Pio S.r.l., Clinica Sanatrix S.p.A., Casa di Cura Santa Rita S.p.A., Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra S.r.l., Casa di Cura Villa Cinzia S.r.l., Casa di Salute Santa Lucia S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dall'avvocato Bruno Ricciardelli, con domicilio eletto presso lo studio A Placidi Srl in Roma, via Barnaba Tortolini 30;

contro

Regione Campania, in persona del presidente pro tempore, non costituita in giudizio;

Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Silvio Bozzi, con domicilio eletto presso il suo studio in Roma, viale Regina Margherita 1;

Commissario Ad Acta per L'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario nella Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliato ex lege in Roma, via dei Portoghesi, 12;

per la riforma della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Campania, Sezione Prima, n. 856/2020, resa tra le parti.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, e del Commissario Ad Acta per L'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario nella Regione Campania;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 18 marzo 2021 il Cons. Raffaello Sestini, udito per le parti l'avvocato Bruno Ricciardelli e dato atto della presenza, ai sensi di legge, degli avvocati delle parti come da verbale dell'udienza;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1 - L'associazione Italiana Ospedalità Privata, insieme alle Case di cura private indicate in epigrafe, appella la sentenza del TAR per la Campania, Sezione I, n. 856/2020, pubblicata in data 25.2.2020, che ha respinto il ricorso contro l'approvazione, da parte del commissario ad acta per il Piano di

Rientro, del Piano di Programmazione della Rete Ospedaliera e – con il DCA 98/2016- di istituzione della Rete Oncologica Campana, nonché contro il DCA 58 del 4/7/2019, con il quale il Commissario ad acta ha approvato una tabella con i volumi chirurgici minimi indicati per la partecipazione alla rete oncologica regionale, stabilendo che le strutture che non raggiungano i volumi minimi indicati ovvero che non abbiano mostrato un significativo incremento degli interventi chirurgici nell' ultimo anno rispetto ai precedenti, a decorrere dal 1° ottobre 2019, “non saranno più abilitate all'esecuzione delle procedure chirurgiche ivi previste”.

Infatti, secondo le appellanti sarebbe non corretto e illegittimo inibire ad una struttura, cui si è rivolto il paziente, di eseguire l' intervento chirurgico richiesto e conseguentemente escludere dalla remunerazione quell' intervento.

2 – In sede di sommaria delibazione, con decreto presidenziale dell' 11 marzo 2020 è stata respinta l'istanza cautelare d'urgenza ritenuta “ l'ampiezza della discrezionalità spettante al Commissario ai fini della riduzione e progressivo superamento della frammentazione delle strutture operanti nel territorio in un settore di speciale delicatezza quale la chirurgia oncologica, a fronte del “diritto di scelta” del paziente che però è dalla legge limitato all'ambito delle strutture “effettivamente in possesso dei requisiti”, cioè di elementi che possono essere ridimensionati “alla luce di esigenze generali pubbliche di miglioramento ed efficientamento organizzativo sanitario”.

Con successiva ordinanza cautelare del 14 maggio 2020 questa Sezione ha confermato il diniego della misura cautelare “ritenuto, alla luce della pur sommaria delibazione propria della fase cautelare, che quanto deciso dal primo giudice sia condivisibile, dando rilievo oltre alla natura essenzialmente programmatica della ordinanza del Commissario ad acta in primo grado gravata, al miglioramento ed efficientamento organizzativo sanitario”.

3 – Il TAR con l'appellata sentenza ha in sintesi statuito, così come riferito dalle medesime appellanti con l'atto introduttivo, che: a) il provvedimento commissariale impugnato ha natura programmatica e deve operare un bilanciamento tra gli obiettivi di assistenza perseguiti e le risorse concretamente disponibili, inoltre esso ha connotati latamente discrezionali, per cui “ il sindacato giudiziale risulta limitato ai soli profili di evidente illogicità, di contraddittorietà, di ingiustizia manifesta, di arbitrarietà o di irragionevolezza”; b) la libera iniziativa economica delle ricorrenti subisce una doverosa limitazione e deve essere coniugata con le esigenze del controllo pubblico sul diritto alla salute, per cui anche il confine dell' adeguatezza e dell' appropriatezza della prestazione ha natura mobile e non fissa ed anche la libertà di scelta del paziente non assume un valore assoluto, così come le strutture autorizzate ed accreditate non hanno “ un' aspettativa tutelata alla conservazione integrale delle abilitazioni che hanno acquisito”. Nel caso di specie, il sacrificio dell' interesse imprenditoriale delle strutture è recessivo rispetto all' interesse primario della salute; c) sul piano istruttorio, poi, argomenta sempre la pronuncia impugnata, le determinazioni del DCA impugnato non appaiono irragionevoli, dal momento che le scelte operate vengono poste in relazione a finalità oggettive, quali l'eliminazione della polverizzazione dell'offerta assistenziale in materia, la ricerca della riduzione della mobilità passiva, la necessità di introduzione di modelli interdisciplinari. Tutte queste finalità – che, a giudizio della pronuncia, sono anche ispirate dal DM 70/2015 – giustificano la scelta di selezionare le strutture migliori e di inibire le prestazioni alle altre, anche perché viene stabilito un periodo di monitoraggio per alcuni centri proprio alla finalità di razionalizzare l'andamento futuro dell'assistenza in materia.

4 – Al riguardo, le appellanti deducono i seguenti motivi di impugnazione:

I) ERROR IN IUDICANDO ED ERROR IN PROCEDENDO - VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEL D.LGS.502/1992 E S.M. E I. – VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL' ART. 32 DELLA COSTITUZIONE E DELL' ART. 6 COMMA 6 DELLA LEGGE 724/1994- VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DELLA LIBERA SCELTA- VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DEL 10 LUGLIO 2017- VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEI DECRETI DI ACCREDITAMENTO DELLE SINGOLE STRUTTURE - ECCESSO DI POTERE – CARENZA DI MOTIVAZIONE E DIFETTO DI ISTRUTTORIA

Le appellanti deducono che col primo motivo del ricorso di primo grado avevano dedotto i profili indicati, osservando che l' inibitoria all' esecuzione di alcune prestazioni a decorrere dal giorno 1° ottobre 2019 incideva negativamente sul principio di libera scelta del luogo di cura e travolgeva anche i contenuti dell'accreditamento istituzionale delle strutture ricorrenti.

Il TAR non avrebbe adeguatamente valorizzato tali profili, posto che la natura del DCA impugnato viene asserita come programmatica, ma in realtà essa è immediatamente precettiva, dal momento che inibisce alle strutture non contenute nella tabella 4 allegata al DCA di proseguire l' erogazione di alcune prestazioni assistenziali dopo la data del 1/10/2019, pur contenute all' interno dei tetti di spesa individuali e specificamente contrattualizzate: al riguardo la parte appellante riferisce di aver dedotto in primo grado che la Giurisprudenza pacifica della Suprema Corte di Cassazione e del Consiglio di Stato ritiene applicabili agli atti amministrativi le regole di ermeneutica contrattuale fissate dagli artt.1362/1371 del codice civile e tra tali regole vi sarebbe il comportamento tenuto dalle parti dopo la conclusione del contratto essendo state, nella specie, le prestazioni che vengono inibite dal DCA impugnato costantemente remunerate dalle aziende del S.S.N. nel passato, sicché questo elemento esecutivo contribuirebbe ulteriormente alla conclusione che esse fanno pacificamente parte del compendio contrattuale interessato, con la conseguenza ulteriore che la presunta discrezionalità attivata dalla PA inciderebbe sui diritti quesiti delle strutture.

Quindi, la dedotta irrazionalità istruttoria (in quanto il DCA impugnato non avrebbe valutato i profili indicati, neppure per contestarli ovvero per ritenerli recessivi rispetto ad altri interessi pubblici) non sarebbe esclusa dalla invocata ampia discrezionalità.

Inoltre, secondo le appellanti nessuno dubita che le esigenze dei privati imprenditori debbano essere coniugate con le risorse di finanza pubblica, ma non si comprendono le ragioni per le quali l' inibizione di certe funzioni nei confronti di alcune strutture e non di altre comporterebbe economie di scala meritevoli di essere apprezzate. L' Amministrazione avrebbe una sola occasione per verificare l' affidabilità di una struttura e tale occasione coinciderebbe con il rilascio dell'accreditamento istituzionale, come disciplinato in Campania dalla legge regionale 4/2011 e dal Regolamento consiliare 1/2007, che ha ribadito l' affidabilità delle strutture sanitarie appellanti.

Le ragioni elaborate dall' istruttoria procedimentale non apparirebbero pertanto né congrue, né ragionevoli, non potendosi fronteggiare la “ *polverizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici*” con misure punitive o inibitorie, ma – eventualmente – con approcci premiali, e non non apparendo la misura impugnata idonea ad incidere in alcun modo sulla “ *mobilità passiva*”, cioè sulla spesa sanitaria passiva che la regione Campania deve sopportare per i cosiddetti viaggi della speranza;

II) ERROR IN IUDICANDO ED ERROR IN PROCEDENDO - VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELLA LEGGE 241/1990 –VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEL D.LGS.502/1992 E S.M. E I. SOTTO DIVERSO PROFILO - VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI DELL' AGENAS – DELLA DELIBERAZIONE DEL CDM 10/7/2017 SOTTO ALTRO PROFILO – ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETA' CON PRECEDENTE ATTO – DIFETTO DI ISTRUTTORIA – CARENZA DI MOTIVAZIONE – DISPARITA' DI TRATTAMENTO.

La decisione di primo grado viene impugnata anche per la parte in cui dichiara inammissibile per carenza di attualità dell' interesse l' ulteriore motivo col quale le ricorrenti denunciavano che spesso solo l' intervento chirurgico ex post rende esplicita la patologia tumorale, pur ritenendo possibile una tale eventualità, in quanto ciò legittimerebbe “ *la struttura che ha eseguito l' intervento a richiedere il rimborso e ad impugnare l' eventuale diniego opposto, solo in questo momento radicandosi la lesione che legittimerebbe la proposizione della relativa contestazione giudiziaria*” Anche tale statuizione sarebbe errata, in disparte la considerazione che un' eventuale contestazione del mancato rimborso appartarrebbe alla Giurisdizione del GO, in quanto tale circostanza anche ove non immediatamente lesiva confermerebbe le lacune dell' istruttoria e l' irragionevolezza del provvedimento.

5 – Si è costituita in giudizio ad opponendum la Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, titolare degli Ospedali di Zona “Buon

Consiglio Fatebenefratelli” con sede in Napoli, Via Manzoni, 220 e “Sacro Cuore di Gesù”, con sede in Benevento, Viale Principe di Napoli, 14/A, ospedali inseriti nella Rete Oncologica di cui al DCA n. 58 del 2019, pubblicato una prima volta il 22.7.2019 sul BURC n. 41 e una seconda volta con rettifiche sul BURC n. 45 del 2.8.2019 (con l’inserimento dell’allegato 7, omesso nella prima pubblicazione).

Riferisce l’interveniente che con il DCA n. 98 del 2017 è stata istituita la Rete Oncologica Campana, ovvero “l’articolazione attraverso i centri deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei tumori maligni”. Le caratteristiche operative della Rete Oncologica sono state specificate dai documenti di cui al Gruppo di lavoro citato al secondo considerato della pag. 3 del provvedimento impugnato. Il comma 1 del dispositivo del decreto approva i predetti documenti. Il comma 2 stabilisce che “dal 1 ottobre 2019 le strutture pubbliche e private che non inserite nella rete approvata nella tabella 4 allegata al presente provvedimento non saranno abilitate all’esecuzione delle procedure chirurgiche ivi previste”. In sostanza per poter eseguire dei DRG chirurgici relativi ai tumori maligni – nelle varie categorie di cui si dirà più innanzi – è necessario essere inseriti nella rete oncologica.

I presupposti ed i principi ispiratori della rete, prosegue l’interveniente, sono i seguenti: marcata “polverizzazione” dei percorsi diagnostico – assistenziali, ridotta introduzione di modelli di trattamento multidisciplinare, insufficiente applicazione della continuità di cura, significativa mobilità passiva per procedure chirurgiche oncologiche; conseguente necessità di concentrare l’esecuzione di DRG in strutture che svolgono una quantità minima rilevante di DRG in quanto la marcata frammentazione dei percorsi sanitari in oncologia a livello regionale conduce inevitabilmente ad una mancata expertise nei trattamenti, principalmente di chirurgia, dei tumori da parte di molte strutture regionali di diagnosi e cura.

Sulla base di questi principi la rete sarebbe stata dunque organizzata sulla base dei seguenti criteri:

1. Stima dei casi di incidenza oncologica regionale, specifica per sede, stimando i DRG che la Rete in generale deve effettuare su base annua, distinti per sede, ovvero in relazione alla parte del corpo affetta da un tumore maligno;
2. Identificazione dei codici di diagnosi e di procedure chirurgiche, sedi specifiche;
3. Definizione dei volumi chirurgici minimi annui, sedi specifici, richiesti per l’ingresso nella Rete Oncologica;
4. Analisi dei volumi delle attività chirurgiche svolte dalle strutture di diagnosi e cura regionali nel triennio 2015/2017 e nell’anno 2018;
5. stima del carico regionale di procedure chirurgiche specifico per sede tumorale ed identificazione delle strutture regionali di chirurgia abilitate ad entrare nella Rete Oncologica.

In particolare:

- 1.1 Entrano nella Rete Oncologica Regionale le strutture, pubbliche e/o private accreditate, i cui volumi minimi di attività chirurgica sede specifica rientrano nei volumi minimi indicati dal Gruppo Tecnico di lavoro;
- 1.2 entrano, inoltre, nella Rete le strutture, pubbliche e/o private accreditate, i cui volumi minimi di attività chirurgica sede specifica sono più bassi di non oltre il 20% dei valori specifici indicati;
- 1.3 entrano infine nella rete oncologica: le strutture pubbliche di nuova istituzione per le quali sia stata specificatamente programmata attività chirurgica dedicata specifica per tumori; le strutture pubbliche che pur avendo nel periodo oggetto di analisi un volume di attività sedi specifiche al disotto anche dei volumi minimi ridotti del 20%, hanno nel frattempo attivato unità operative di chirurgia dedicate a sedi tumorali specifiche; le strutture private accreditate i cui volumi di attività chirurgica specifiche per sedi tumorali hanno avuto un significativo incremento nel 2018 rispetto alla media triennale 2015/2017. Tutte le strutture di cui ai punti 1.2 ed 1.3, rientrano comunque in un periodo di osservazione, con verifiche semestrali e verifica finale al 31/12/2021, da parte del Gruppo Tecnico di lavoro della Rete Oncologica; le strutture che alla data del 31/12/2021 non avranno raggiunto i volumi minimi fissati dal Gruppo Tecnico per l’ingresso nella Rete oncologica, resteranno escluse dalla Rete stessa.

Anche gli ospedali di riferimento della interveniente sono dunque sottoposti al periodo di osservazione, con verifiche semestrali e verifica finale al 31/12/2021, da parte del Gruppo Tecnico di lavoro della Rete Oncologica.

L'interveniente, premesso che la sentenza di primo grado aveva per oggetto anche la legittimità dell'inserimento degli ospedali difesi nella rete oncologica in quanto giustificata dalla loro equiparazione agli ospedali pubblici, essendo inseriti nella programmazione della ospedalità pubblica e sottoposti ad un particolare regime organizzativo, e che l'appello non ha contestato questo capo della sentenza, deduce l'infondatezza dell'appello, argomentando il proprio interesse, in ragione del particolare regime organizzativo a cui i propri ospedali sono sottoposti con i maggiori oneri economici che ne conseguono, a difendere l'istituzione della rete oncologica che consente solo ad alcuni ospedali – tra cui a quelli qui difesi – di poter erogare delle prestazioni di DRG chirurgici oncologici, con esclusione di soggetti non ritenuti qualificati.

6 – Ha replicato la parte appellante che l'accreditamento istituzionale di una struttura sanitaria è una concessione alla struttura del diritto/dovere di operare a carico del Fondo Sanitario Nazionale una volta acquisita l'autorizzazione sanitaria che abilita la struttura ad esercitare l'attività sanitaria, mediante accordi contrattuali costituenti strumenti per stabilire e regolamentare modalità di concreta esecuzione delle prestazioni sanitarie.

Ne consegue, prosegue l'appellante, che: a) che il luogo essenziale per verificare l'affidabilità di una struttura sanitaria è proprio il rilascio del titolo di accreditamento istituzionale che è stato ritualmente rilasciato a ciascuna delle strutture appellanti; b) che non sussiste – né in letteratura, né nella pratica e nella normazione - una specialità oncologica ex sé, ma la chirurgia e la medicina oncologiche sono relative a ciascun distretto corporeo preso in considerazione dai vari DRG, come da perizia tecnica allegata. Dunque, ciascuna struttura che sia stata accreditata come le appellanti ha la idoneità organizzativa per poter svolgere la prestazione assistenziale ed ove la Regione o il Commissario ad acta avessero ritenuto che le prestazioni oncologiche, siccome di speciale delicatezza, richiedessero particolari requisiti – avrebbero dovuto opportunamente modificare il decreto di accreditamento di ciascuna struttura, comunque sottoposto a verifica con cadenza quadriennale. Altrimenti, si lascerebbe alla PA la possibilità di modificare a suo piacimento, in ogni momento e senza regole la perimetrazione dell'accreditamento medesimo, e si impedirebbe alle strutture non sottoposte alla verifica nel 2021 di entrare nel sistema, anche nel caso che esse eseguano cospicui investimenti strutturali e si assicurino le prestazioni di importanti chirurghi. D'altronde, prosegue ancora la parte appellante, il paziente oncologico che opta di essere assistito in una struttura che ha una casistica ridotta lo fa a suo rischio e pericolo e non provoca neppure un danno epidemiologico o tanto meno finanziario, posto che la prestazione assistenziale è ritualmente tariffata e compresa in quelle realizzabili in base all'accreditamento posseduto, oltre che contenuta nei limiti di spesa assegnati singolarmente alla struttura de qua, né vi è alcuna prova (semmai la contraria) che le prestazioni non eseguite presso le strutture ritenute non idonee rifluiscono verso i centri autorizzati e non vadano invece ad irrobustire le fila della mobilità sanitaria verso altre regioni.

7 – Le due Parti indicate hanno poi ulteriormente argomentato le rispettive tesi con ulteriori memorie. La struttura commissariale si è limitata ad una mera costituzione formale, mentre la Regione non si è affatto costituita nel giudizio in appello.

8 – Ai fini della decisione, considera il Collegio che il provvedimento in esame, razionalizzando l'offerta medica per trattamenti oncologici ammessa a contributo del S.S.N. e concentrandola nei centri ragionevolmente muniti di strutture e competenze migliori e maggiormente aggiornati, senza depotenziare la rete territoriale di assistenza e senza precludere la libera scelta del paziente in regime privatistico, non sembra incidere negativamente sul principio di libera scelta del luogo di cura, ed appare anzi volta a consentire al singolo paziente, in un frangente di peculiare delicatezza e gravità, il pieno ed effettivo dispiegamento della scelta fra un numero predefinito di strutture ugualmente idonee a tutelare la sua salute e costantemente monitorate sotto tale profilo, superando anche l'asimmetria informativa che potrebbe impedire una scelta consapevole, in mancanza di informazioni affidabili ottenibili solo dalla statistica favorevole riferita ad un numero adeguato di operazioni presso la medesima struttura.

8.1 - La non contestata possibilità di una programmazione orientata al migliore perseguimento dell'interesse pubblico generale alla tutela della salute ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, unitamente al riconosciuto carattere dinamico dell'accreditamento –comunque suscettibile di revisione quadriennale- depongono poi per l'insussistenza della lamentata lesione dei diritti quesiti che sarebbero sorti da un contratto, fra S.S.R. e struttura convenzionata, che risulta viceversa motivato e conformato dalle medesime preminenti ragioni d'interesse pubblico che giustificano la spendita di risorse finanziarie pubbliche a favore dell'operatore privato convenzionato.

8.2 - Neppure risultano le dedotte irrazionalità dell'istruttoria, posto che la misura, come sopra evidenziato, risponde ad esigenze d'interesse pubblico generale, riferite a diritti inviolabili della persona, ulteriori rispetto alle pur innegabili economie di scala conseguenti alla razionalizzazione della rete, e che il perseguito miglioramento qualitativo dell'offerta potrebbe anche limitare i "viaggi della speranza" in altre Regioni del centro-nord nell'unico modo consentito, ovvero senza limitare il diritto di scelta del paziente rivendicato proprio dalle appellanti.

Il primo motivo d'appello non può pertanto essere accolto, avendo il TAR adeguatamente motivato le ragioni ostative all'accoglimento del primo motivo di ricorso dedotto in primo grado.

8.3 - In tale quadro, appare non irragionevole anche la motivazione con cui il giudice di primo grado ha respinto il secondo motivo d'impugnazione, posto che ove solo l'intervento chirurgico avesse reso possibile evidenziare la patologia tumorale (ipotesi peraltro sempre più remota proprio grazie all'affinamento delle tecniche e delle metodologie mediche e diagnostiche favorite –e comunque consentito- dalla misura impugnata) la struttura che ha eseguito l'intervento potrebbe motivatamente richiedere il rimborso ed impugnare l'eventuale diniego opposto.

8.4 - Allo stesso modo, un eventuale nuovo operatore sanitario che volesse fare ingresso nel segmento di mercato in esame –che non potrà evidentemente restare chiuso ai new comers alla stregua dei principi costituzionali ed euro-unitari di libertà di iniziativa economica e di concorrenza ma anche di imparzialità e buon andamento connessi all'esigenza di perseguire l'innovazione scientifica e tecnologica- potrebbe allegare il possesso –anche mediante operazioni di cessione di rami d'azienda e di avvalimento- delle necessarie competenze e risorse tecniche e scientifiche, ed impugnare l'eventuale diniego di accreditamento esteso al settore in esame, ma non è questa la condizione delle odierne appellanti.

9 – Conclusivamente, le censure dedotte con l'appello non possono essere accolte, considerato che non è controversa fra le parti la legittimità dell'istituzione di una rete più funzionale volta ad individuare percorsi più efficienti ed efficaci per fronteggiare patologie gravissime e socialmente rilevanti quali le neoplasie, in conformità ad un principio di buona amministrazione e di tutela della salute. Nella stessa logica, appare non irragionevole ed anzi doveroso indirizzare il paziente del servizio sanitario pubblico verso le strutture sanitarie della Regione dove si svolgono consolidate attività terapeutiche e chirurgiche per le varie forme di neoplasia, posto che tali attività richiedono alta specializzazione e un continuo aggiornamento ai fini di una più sicura efficacia terapeutica, oltretutto ai fini di una maggiore efficienza economico-finanziaria degli interventi sanitari. In tale quadro non è irragionevole un piano sanitario regionale che, ferma restando la possibilità di operare, privatamente e senza contingenti, per ogni struttura sanitaria in possesso dei necessari requisiti strutturali e funzionali di sicurezza dei lavoratori e degli ospiti e di tutela della salute dei pazienti, indirizzi la scelta dei pazienti del Servizio sanitario nazionale, anche mediante una appropriata disciplina dei rimborsi, ai fini della selezione delle strutture sanitarie convenzionate che possono non irragionevolmente presumersi, secondo indici oggettivi, maggiormente idonee a rendere prestazioni di particolare impegno tecnico-organizzativo e professionale e di peculiare delicatezza per il diritto alla salute dei pazienti affetti da neoplasie.

10 – L'appello deve essere pertanto respinto. Le spese seguono la soccombenza nella misura liquidata in dispositivo.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Condanna i soggetti appellanti, in solido, al pagamento delle spese del presente grado di giudizio, liquidate in euro 6.000,00 (seimila) oltre ad IVA, CPA ed accessori di legge,
Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 18 marzo 2021 con l'intervento dei magistrati:

Franco Frattini, Presidente

Massimiliano Nocelli, Consigliere

Paola Alba Aurora Puliatti, Consigliere

Giovanni Pescatore, Consigliere

Raffaello Sestini, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

Raffaello Sestini

IL PRESIDENTE

Franco Frattini

IL SEGRETARIO