

Publicato il 15/02/2022

N. 01123/2022REG.PROV.COLL.
N. 06385/2021 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 6385 del 2021, proposto dalla Casa di Cura Villa Serena S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dagli avvocati Salvatore Di Pardo, Katia Palladino, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Regione Lazio, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avvocato Roberta Barone, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio fisico eletto in Roma, via Marcantonio Colonna n. 27;

Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio, non costituito in giudizio;

nei confronti

Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, Casa di Cura Sant'Anna S.r.l., non costituiti in giudizio;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza) n. 13963/2020.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Lazio;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 3 febbraio 2022 il Cons. Umberto Maiello 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. La Casa di Cura Villa Serena è una struttura sanitaria facente parte dal 2016 del gruppo Neuromed che, giusta DCA n. 375/2014, opera in regime di autorizzazione all'esercizio per le branche di specialistica di cardiologia, geriatria, pneumologia e medicina generale. Il suddetto ambito operativo, con successivo DCA n. 423/2018, è stato implementato per le ulteriori branche di specialistica di oculistica, otorinolaringoiatria, angiologia, chirurgia vascolare, dermatologia, diabetologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria, neuropsichiatria infantile, ortopedia, reumatologia, urologia.

1.1. Con DCA n. 73/2018, avente ad oggetto "*Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Stima del fabbisogno. Approvazione documento tecnico*", la Regione Lazio rilevava un fabbisogno carente per le branche di specialistica ambulatoriale, tra gli altri, per il territorio della ASL di Frosinone, evidenziando la necessità di un corrispondente incremento dell'offerta sanitaria e dei presidi già dal 2020 e poi anche per il 2021, analiticamente indicati.

1.1. Alla luce di tale decreto, con nota prot. n. 96472 del 04.02.2020, la Casa di Cura Villa Serena ha proposto istanza di accreditamento istituzionale per le branche di specialistica ambulatoriale già autorizzate.

1.2. Di contro, con nota prot. n. 248403 del 26.03.2020, la Regione Lazio esprimeva il proprio diniego all'istanza di accreditamento, sulla scorta del parere di compatibilità negativo dell'Area Rete Ospedaliera Specialistica, la quale si era espressa nei seguenti termini: *“esperita la verifica di funzionalità di cui all'art. 4 comma 2 della legge regionale n. 4/2003, e art.19 comma 1 lettera a) del regolamento regionale n. 20/2019, rispetto al fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale approvato con Decreto del Commissario ad acta 15 marzo 2018, n. U00073, tenuto conto degli atti in possesso della scrivente struttura, si esprime parere di funzionalità non favorevole per le branche: Cardiologia, Pneumologia/Malattie dell'apparato respiratorio, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Angiologia (Chirurgia Vascolare - Angiologia) Dermatologia (Dermosifilopatia) Endocrinologia/Diabetologia, Neurologia, Gastroenterologia, Neurochirurgia e Ortopedia. Infine, si rappresenta che l'attività di Medicina Generale è una disciplina ospedaliera e non ambulatoriale e che le attività di Reumatologia, Geriatria, Neuropsichiatria e Neuropsichiatria infantile, come è noto, non trovano corrispondenza con le branche specialistiche oggetto del citato decreto. Inoltre, per la branca di Urologia, il fabbisogno è stato stimato a livello regionale, in quanto "ritenute di elezione, pertanto non soggette al concetto di prossimità" (cfr. nota del Dipartimento di Epidemiologia del SSR prot n. 682 del 9 luglio 2018) e pertanto la scrivente Area si riserva una successiva valutazione delle specifiche istanze pervenute, che tenga conto del complessivo quadro regionale”.*

2. Avverso il suddetto provvedimento di diniego dell'accREDITAMENTO, la Casa di Cura Villa Serena proponeva ricorso innanzi al TAR per il Lazio all'uopo articolando le seguenti censure:

- A) Violazione delle garanzie di partecipazione al procedimento;
- B) Difetto di motivazione e manifesta illogicità e irragionevolezza delle valutazioni operate dalla amministrazione regionale.

Ad avviso della ricorrente, la motivazione su cui si fonda il provvedimento impugnato avrebbe dovuto essere ritenuta carente e generica in quanto non chiariva i motivi posti a fondamento del diniego, né si vi era saturazione del fabbisogno per effetto dell'attivazione dei presidi programmati dal DCA n. 73/2018. L'irragionevolezza dell'avversato diniego discendeva altresì dal fatto che le autorizzazioni concesse alla ricorrente, per le medesime branche per cui si richiedeva l'accreditamento, già presupponevano la preventiva verifica, con esito positivo, di compatibilità delle prestazioni autorizzate col fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale;

C) Carenza di istruttoria. L'Amministrazione non avrebbe in alcun modo provato che il fabbisogno programmato dal DCA n. 73/2018 fosse esaurito. L'atto impugnato sarebbe conseguentemente viziato per violazione del principio di conoscibilità e di comprensibilità;

D) Violazione dei principi del libero mercato e del principio di affidamento, avendo la ricorrente già conseguito l'autorizzazione all'esercizio per le stesse branche rispetto alle quali veniva negata la richiesta di accreditamento.

2.1. Con sentenza n. 13963/2020, il TAR Lazio respingeva il ricorso ritenendo che il provvedimento impugnato fosse coerente con le emergenze istruttorie di guisa che anche la denunciata violazione delle garanzie di partecipazione al procedimento dequotava a mera irregolarità.

3. Con ricorso depositato in data 09.07.2021, la Casa di Cura Villa Serena ha proposto appello avverso la predetta sentenza, articolando i seguenti motivi di gravame:

a) Il TAR, in violazione dell'art. 112 c.p.c., avrebbe omesso di pronunciarsi sui vizi denunciati in prime cure circa l'insufficienza della motivazione, visibilmente carente e generica, l'illogicità e l'irragionevolezza della condotta Amministrativa, la carenza di istruttoria e la violazione del

principio di conoscibilità e di comprensibilità, nonché del principio di affidamento;

b) il giudice di prime cure avrebbe, inoltre, errato nel ritenere provata, da parte dell'Amministrazione, la saturazione del fabbisogno già stimato con DCA n. 73/2018, anche perché i pareri positivi precedentemente rilasciati ad altre strutture sanitarie sono provvedimenti non definitivi che non concludono i procedimenti di accreditamento;

c) in relazione alla violazione delle garanzie partecipative, non sarebbe applicabile, contrariamente a quanto affermata nella decisione appellata, l'art. 21-octies della legge n. 241/1990, in quanto l'Amministrazione non avrebbe dimostrato in giudizio che non sarebbe stato comunque possibile adottare un provvedimento diverso da quello impugnato: l'appellante avrebbe potuto avere un riscontro differente per i presidi da attivare a partire dal 2021, in relazione ai quali non risulta adottato alcun parere nei confronti delle altre strutture sanitarie;

d) ad avviso dell'appellante, inoltre, la circostanza del possesso dell'autorizzazione all'esercizio per le medesime branche oggetto della richiesta di accreditamento implicherebbe l'avvenuta verifica, con esito positivo, di compatibilità delle prestazioni in questione con il fabbisogno sanitario territoriale e con la programmazione regionale di settore;

e) in ultimo, la decisione appellata non avrebbe adeguatamente tenuto conto del fatto che il diniego dell'Amministrazione violerebbe la libertà di iniziativa economica in condizioni di piena concorrenza tra tutti gli operatori, nonché il diritto inviolabile alla salute.

Sulla scorta delle suddette premesse, l'appellante ha, dunque, riproposto tutti i motivi avanzati con il ricorso di primo grado.

3.1. Resiste in giudizio la Regione Lazio che ha concluso per il rigetto del ricorso.

4 Alla camera di consiglio del 9.9.2021, la trattazione dell'istanza cautelare avanzata dall'appellante è stata abbinata a quella del merito, fissata con

separato decreto per l'odierna udienza del 03.02.2022.

4.1. Con memoria depositata in data 03.01.2022, la Casa di Cura Villa Serena ha replicato alle controdeduzioni avanzate dalla Regione Lazio, ribadendo quanto sostenuto nell'atto di appello.

4.2. All'udienza del 03.02.2022 la causa è stata trattenuta in decisione.

5. L'appello è infondato e, pertanto, va respinto.

6. Occorre, preliminarmente, ricostruire il quadro normativo di riferimento che governa il regime dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, onde rimarcare, in apice, le profonde differenze che è possibile tracciare, alla stregua della disciplina di settore, tra i due istituti, che presuppongono, proprio in relazione ai profili qui di più diretto interesse, valutazioni ben distinte da parte dell'Autorità procedente.

6.1. Quanto all'autorizzazione, premesso che *“per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce (...) la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione (...) effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture”* (art. 8-ter, comma 3, d.lgs. n. 502/1992), occorre rilevare che, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 4, del d.lgs. n. 502/1992, l'autorizzazione all'esercizio è subordinata alla verifica del *“possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento (...)”*.

6.2. Quanto all'accredimento istituzionale, ai sensi dell'art. 8-quater, comma 1, del d.lgs. n. 502/1992, il suddetto titolo, con valenza abilitativa/concessoria, *“è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta (...) subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di*

programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9”.

6.3. Sul versante della legislazione regionale, l'art. 2, lett. a) della L.R. della Regione Lazio n. 4/2003, recante “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”, nel declinare i compiti della Regione, e in piena armonia con il regime evincibile dalla normativa statale già sopra passata in rassegna, individua due distinte forme di fabbisogno elencandole nei distinti punti 1) e 2), a testimonianza del rapporto di alterità tra esse intercorrente:

1) il fabbisogno complessivo di assistenza in ambito regionale, nonché in rapporto alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture;

2) il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie e socio-sanitarie individuate dal piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa, nonché la quantità di prestazioni accreditabili in eccesso rispetto al suddetto fabbisogno, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

Alla prima tipologia di fabbisogno si rapporta l'atto di autorizzazione (cfr. art. 6 commi 1 ter e 1 quater) mentre alla seconda fa riferimento il provvedimento di accreditamento (cfr. art. 14 comma 2). Con specifico riferimento all'accREDITAMENTO, ai sensi dell'art. 19 del regolamento

regionale n. 20/2019, *“Il provvedimento di accreditamento è rilasciato verificati: a) la funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso risultanti dall’atto programmatico di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2), della legge; b) il possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione di cui all’articolo 13, comma 1, della legge, di seguito denominati requisiti ulteriori.* La norma in commento fissa anche le modalità e la tempistica di definizione del fabbisogno qui in rilievo all’uopo prevedendo al comma 2 che *Con cadenza triennale, ovvero in un termine inferiore nel caso di particolari esigenze o di mutato quadro programmatico, la Regione procede, anche avvalendosi dell’azienda sanitaria territorialmente competente, alla definizione del fabbisogno di assistenza di cui all’articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2, della legge, secondo le funzioni sanitarie e socio-sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, gli eventuali livelli integrativi, nonché la quantità di prestazioni accreditabili in eccesso”.*

6.4. Orbene, alla stregua della divisata cornice normativa di riferimento, e con il conforto delle pronunce di recente rese *in subiecta materia* dalla Corte Costituzionale (cfr. decisioni del 9 febbraio - 12 marzo 2021, n. 36 e del 22 settembre - 15 ottobre 2021, n. 195), è così possibile sintetizzare i fondamentali principi che governano la materia in argomento incentrata su un regime differenziato tra autorizzazione e accreditamento:

- quanto all’“autorizzazione”, articolata sul duplice versante della realizzazione della struttura e dell’esercizio dell’attività sanitaria, è subordinata alla verifica, da parte della Regione interessata, della realizzabilità della struttura in relazione alla localizzazione territoriale, tenuto conto del fabbisogno complessivo di assistenza che considera anche le prestazioni extra livelli essenziali di assistenza (sentenza n. 7 del 2021), e al possesso dei requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e qualità per poter effettuare prestazioni sanitarie;

- l'accreditamento, con il quale alla struttura pubblica o privata già autorizzata è concesso lo *status* di soggetto erogatore di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale, richiede, invece, "requisiti ulteriori" (rispetto a quelli necessari all'autorizzazione) e l'accettazione del sistema di pagamento a prestazione, ai sensi dell'art. 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992» (sentenza n. 292 del 2012, punto 4 del Considerato in diritto);

- la differenza che intercorre tra l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in base al sistema delineato dagli artt. 8-bis, 8-ter e 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992, per come ricostruito nel vissuto della giurisprudenza di settore, mostra che per la prima i profili rilevanti «sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti», così da garantire la corretta distribuzione sul territorio «in modo che siano adeguatamente servite tutte le zone, anche quelle a bassa redditività, che in mancanza di tale strumento non sarebbero coperte» (Consiglio di Stato, sezione terza, sentenza 7 marzo 2019, n. 1589). Ai fini dell'accreditamento rileva invece il fabbisogno di assistenza programmato per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e prevede il coinvolgimento, in base all'art. 8-bis, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, solo "dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies", senza quindi considerare le strutture private non accreditate» (sentenza n. 7 del 2021, punto 4.4. del Considerato in diritto);

- nell'impianto fondamentale dei già ricordati articoli del d.lgs. n. 502 del 1992, «*le vicende del processo di accreditamento restano tendenzialmente estranee alla determinazione del fabbisogno che rileva per la verifica di*

compatibilità delineata dall'indicato art. 8-ter, comma 3» (sentenza n. 7 del 2021, punto 4.4.1. del Considerato in diritto). I due procedimenti – di autorizzazione e di accreditamento – sono, in base ai richiamati principi fondamentali della legge statale, tra di loro autonomi, essendo ciascuno finalizzato alla valutazione di indici di fabbisogno diversi e non sovrapponibili.

7. Così ricostruito il quadro normativo di riferimento, da cui emerge chiaramente che l'autorizzazione alla realizzazione di strutture e quella all'esercizio di attività sanitarie sono provvedimenti diversi e autonomi (sia logicamente che cronologicamente) rispetto all'accreditamento istituzionale, pur costituendo la prima il necessario presupposto di quest'ultimo, giova evidenziare che il diniego all'accreditamento dell'appellante per le branche suindicate opposto dalla Regione Lazio, ancorché succintamente motivato, pone in sufficiente risalto, anzitutto, la circostanza ostativa dell'esito negativo della verifica di funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale approvato con DCA n. 73/2018 per la maggior parte delle branche di cui si richiedeva l'accreditamento. Di poi, quanto alle restanti branche, evidenzia la mancata corrispondenza con quelle oggetto del citato decreto, mentre in relazione alla branca di Urologia la Regione non ha ancora sciolto la riserva essendo la valutazione delle istanze in fase istruttoria.

8. Alla stregua delle emergenze processuali, sulle quali ci si soffermerà in prosieguo, il Collegio ritiene di dover confermare la statuizione del giudice di prime cure anzitutto in ordine all'applicabilità, nel caso di specie, dell'art. 21-octies, comma 2, c.p.a., ai sensi del quale *“Non è annullabile il provvedimento adottato in violazione di norme sul procedimento o sulla forma degli atti qualora, per la natura vincolata del provvedimento, sia palese che il suo contenuto dispositivo non avrebbe potuto essere diverso da quello in concreto adottato. (144) Il provvedimento amministrativo non è comunque annullabile per mancata comunicazione dell'avvio del*

procedimento qualora l'amministrazione dimostri in giudizio che il contenuto del provvedimento non avrebbe potuto essere diverso da quello in concreto adottato. La disposizione di cui al secondo periodo non si applica al provvedimento adottato in violazione dell'articolo 10-bis.”.

L'Amministrazione, infatti, ha ampiamente dimostrato in giudizio che il contenuto del provvedimento non avrebbe potuto essere diverso da quello in concreto adottato a cagione della intervenuta saturazione del fabbisogno. L'apporto partecipativo della casa di cura appellante, pertanto, non avrebbe comunque potuto modificare il contenuto sostanziale del provvedimento. Né può trovare qui applicazione l'ultimo periodo della richiamata disposizione introdotto dall'art. 12, comma 1, lett. i), D.L. 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 settembre 2020, n. 120. È indubbio, infatti, che la Regione possa concedere l'accreditamento istituzionale unicamente laddove residui un fabbisogno assistenziale insoddisfatto; di contro, la mancanza del suddetto presupposto rende il diniego un atto dovuto e a contenuto vincolato, non residuando in siffatte evenienze alcuno spazio di discrezionalità in capo all'Autorità procedente.

9. Il fuoco dell'attenzione deve, dunque, concentrarsi sulla compiuta dimostrazione della affermata saturazione del fabbisogno indicato nella programmazione sanitaria di cui al DCA 73/2018, che, a giudizio del Collegio, emerge in maniera sufficientemente chiaramente dagli atti di causa.

L'Amministrazione, in particolare, ha posto in luce come, nel tempo antecedente all'istanza di accreditamento dell'odierna appellante, fossero già stati rilasciati ad altri operatori i pareri favorevoli di compatibilità con il fabbisogno di assistenza sanitaria nel territorio di riferimento per tutti i presidi da attivare fino a dicembre 2020. In altri termini, in applicazione del criterio cronologico di ricezione delle istanze da parte di strutture autorizzate all'esercizio per le attività oggetto della richiesta di accreditamento istituzionale, sono stati individuati i punti di specialità atti a

soddisfare il fabbisogno assistenziale per l'anno 2020, con conseguente impossibilità di prevedere ulteriori accreditamenti per le attività di specialistica ambulatoriale, fatta salva la possibilità di presentare una nuova istanza a partire dal 2021. A nulla rileva, peraltro, contrariamente a quanto dedotto dall'appellante, che i suddetti pareri favorevoli di compatibilità rilasciati agli altri operatori non fossero già conclusivi dei relativi procedimenti di accreditamento essendo di tutta evidenza come l'utile sviluppo di tale pregiudiziale snodo e l'avanzato stato dei procedimenti già attivati rendano del tutto ragionevole la scelta di non avviare ulteriori procedimenti che rischierebbero di essere inutilmente istruiti con evidente spreco di risorse.

9.1. Né può ritenersi condivisibile la censura di irragionevolezza del diniego impugnato rispetto al fabbisogno del 2021. Come correttamente evidenziato dall'Amministrazione, la cadenza temporale che governa le valutazioni della Regione è data dal triennio di riferimento, nel caso specifico coincidente con gli anni 2018, 2019 e 2020. E ciò in linea, oltre che con la legislazione regionale primaria già sopra passata in rassegna, anche con il disposto di cui all'art. 19, comma 2, del regolamento regionale n. 20/2019, a mente del quale *“Con cadenza triennale, ovvero in un termine inferiore nel caso di particolari esigenze o di mutato quadro programmatico, la Regione procede, anche avvalendosi dell'azienda sanitaria territorialmente competente, alla definizione del fabbisogno di assistenza di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2, della legge, secondo le funzioni sanitarie e socio-sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, gli eventuali livelli integrativi, nonché la quantità di prestazioni accreditabili in eccesso”*.

Pertanto, l'anno 2021 ricade nel triennio successivo 2021-2024, rispetto al quale oltretutto dovrebbe subentrare un atto di aggiornamento del relativo fabbisogno, non potendo le valutazioni sollecitate dall'appellante ed

operate nel 2020 generare un improprio effetto di prenotazione rispetto alla programmazione che sarà resa attuale e operativa secondo la scansione prevista dalla disciplina di settore.

9.2. Nel provvedimento impugnato si è, altresì, evidenziato che le attività di Reumatologia, Geriatria, Neuropsichiatria e Neuropsichiatria infantile non trovano corrispondenza con le branche specialistiche oggetto del citato decreto (DCA 73/2018) siccome non incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui al DCA n. U00313/2013 mentre la medicina generale a livello ambulatoriale viene svolta dai medici di medicina generale convenzionati con il SSN.

10 Quanto all'asserita irragionevolezza del diniego opposto dalla Regione a cagione del precedente rilascio dell'autorizzazione in relazione alle medesime branche laboratoristiche, occorre qui richiamare i postulati esposti in premessa e ribadire che l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale sono istituti aventi presupposti diversi. Non può dunque condividersi l'assunto dell'appellante secondo cui le autorizzazioni concesse alla ricorrente già recano la preventiva verifica, con esito positivo, di compatibilità delle prestazioni autorizzate col fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale. Occorre, invero, qui ribadire quanto già sopra evidenziato (cfr. Corte Costituzionale sentenza n. 36/2021) e cioè che *“le vicende del processo di accreditamento restano tendenzialmente estranee alla determinazione del fabbisogno che rileva per la verifica di compatibilità delineata dall'indicato art. 8- ter, comma 3 (...). I due procedimenti - di autorizzazione e di accreditamento - sono, in base ai richiamati principi fondamentali della legge statale, tra di loro autonomi, essendo ciascuno finalizzato alla valutazione di indici di fabbisogno diversi e non sovrapponibili”*. È solo in fase di richiesta di accreditamento istituzionale, dunque, che la Regione si esprime rispetto al fabbisogno ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

11. Conseguentemente a tutto quanto esposto e alla suddetta saturazione del fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale, qui non adeguatamente contestata, merita condivisione la statuizione del TAR in ordine alla censura, riproposta in appello, inerente la violazione dei principi di libero mercato: *“le regole del libero mercato sono prevalentemente accordate mediante il sistema delle autorizzazioni regionali, laddove con il sistema di accreditamento la libera iniziativa economica deve essere temperata con le esigenze dei fabbisogni regionali nonché con la relativa disponibilità di risorse finanziarie”*. D'altronde, come rilevato anche da questa Sezione con sentenza n. 5216/2019 *“Il rapporto di accreditamento, a metà strada tra concessione di servizio pubblico e abilitazione tecnica idoneativa, non è strutturato in base a principi di mercato, ma a criteri di servizio pubblico di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico dell'erario pubblico”*.

L'accREDITAMENTO, dunque, *“legittima la singola struttura ad operare nell'ambito di un servizio pubblico essenziale obbediente non già a criteri di mercato, ma a criteri di servizio pubblico di erogazione di prestazioni assistenziali remunerate a tariffa a carico dell'erario, di guisa che la stessa è sottoposta all'esercizio del potere autoritativo e conformativo dell'amministrazione, che assolve la funzione di mantenere in un quadro di certezza il volume e la tipologia dell'attività del soggetto accreditato”* (Cons. St., III, 11.11.2021, n. 7534).

12. Quanto, infine, all'asserita violazione del principio di affidamento, è sufficiente fare nuovamente rinvio alle considerazioni suesposte circa i diversi presupposti che reggono in *subiecta materia* gli atti di autorizzazione e quelli di accreditamento, di guisa che il conseguimento del primo titolo non genera di per sé qualificate aspettative rispetto al secondo. Come chiarito dalla sentenza n. 4518/2018 di questa Sezione, da cui non vi è ragione di discostarsi, *“l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria è misura diversa da quella di accreditamento, in quanto quest'ultimo*

richiede la presenza di ulteriori requisiti di qualificazione, strutturali, tecnologici e organizzativi, definiti dalle Regioni con l'individuazione di specifici standard di qualità, nonché, soprattutto, l'accertamento della funzionalità delle strutture accreditande rispetto agli indirizzi della programmazione sanitaria regionale (Cons. Stato, sez. III, 21 marzo 2018, n. 1827; 1 agosto 2014, n. 4101; 26 settembre 2013, n. 4788). Per tale ragione, la pura e semplice autorizzazione di cui all'art. 8-ter non implica l'assunzione di alcun onere a carico dell'ente pubblico; né, per converso, in virtù della conseguita autorizzazione, la parte interessata acquisisce alcun titolo o aspettativa a partecipare alla ripartizione del budget del servizio pubblico - restando del tutto impregiudicata la discrezionalità regionale nell'attività di programmazione della spesa pubblica sanitaria e nell'opera di determinazione del fabbisogno territoriale, attività entrambe tipicamente propedeutiche alla valutazione delle istanze di accreditamento (Cons. Stato, sez. III, 29 gennaio 2013, n. 550)''.

Per tutte le ragioni suddette, l'appello è infondato e deve essere respinto.

Le spese del presente grado di giudizio, avuto riguardo alla peculiarità della vicenda scrutinata, possono essere compensate.

P.Q.M.

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

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 3 febbraio 2022 con l'intervento dei magistrati:

Michele Corradino, Presidente

Massimiliano Noccelli, Consigliere

Raffaello Sestini, Consigliere

Solveig Cogliani, Consigliere

Umberto Maiello, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE
Umberto Maiello

IL PRESIDENTE
Michele Corradino

IL SEGRETARIO