Pubblicato il 23/08/2018

N. 05039/2018REG.PROV.COLL.
N. 02572/2018 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 2572 del 2018, proposto dalla Anthea Hospital s.r.l., Città di Lecce Hospital s.r.l., D'Amore Hospital s.r.l. e Medicol s.r.l., in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentate e difese dagli avvocati Andrea Astolfi e Luca Alberto Clarizio e domiciliate presso il loro studio in Roma, via Ofanto, n. 18, presso lo studio dell'avvocato Antonia Antezza,

contro

la Regione Puglia, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avvocato Maria Grimaldo, e con questa elettivamente domiciliata in Roma, via Barberini, n. 36, presso gli Uffici della delegazione della Regione Puglia;

nei confronti

l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avvocato Vito Aurelio Pappalepore, con domicilio eletto in Roma, via Guglielmo Calderini, n. 68, presso lo studio dell'avvocato Francesco Pappalepore;

l'Azienda Sanitaria Locale di Bari, in persona del legale rappresentante pro tempore, non costituita in giudizio;
l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, in persona del legale rappresentante pro tempore, non costituita in giudizio;

per la riforma

della sentenza del Tar Puglia, sede di Bari, sez. II, n. 875 del 28 luglio 2017, che ha respinto il ricorso proposto avverso alcune disposizioni contenute nello schema di contratto allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1365 del 5 giugno 2015, con il quale è stato modificato lo schema tipo di accordo contrattuale rivolto alle strutture istituzionalmente accreditate per l'attività ambulatoriale e di ricovero.
Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;
Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Puglia;
Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce;
Visti tutti gli atti della causa;
Relatore nella pubblica udienza del giorno 26 luglio 2018 il Cons. Giulia Ferrari e uditi altresì i difensori presenti delle parti in causa, come da verbale;
Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Con ricorso proposto innanzi al Tar Puglia, sede di Bari, le società Anthea Hospital s.r.l., Città di Lecce Hospital s.r.l., D'Amore Hospital s.r.l. e Medicol s.r.l. - tutte titolari di strutture accreditate, operanti nel territorio di Bari, Taranto e Lecce nel campo dell'erogazione di prestazioni di ricovero - hanno impugnato, nei limiti del proprio interesse, la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1365 del 5 giugno 2015, con cui la Regione Puglia ha modificato lo schema tipo di accordo contrattuale rivolto alle strutture istituzionalmente accreditate per l'attività ambulatoriale e di ricovero.
Le ricorrenti hanno impugnato le clausole che prevedono: a) che l'Azienda ASL provvede "all'erogazione di acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna

disciplina, di cui al comma 2 dell'art. 1, entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della contabilità, con conguaglio da liquidare all'erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza"; b) il "divieto assoluto per l'erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, di operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico dei pazienti solventi. Qualora il tetto di spesa mensile sia stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata – il posto letto accreditato – potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato"; c) che "l'erogatore si impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e l'utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo"; d) la cosiddetta clausola di salvaguardia, contenuta nell'art. 8, comma 6, dello schema di contratto, con cui le strutture sanitarie dichiarano di accettare incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe e ogni altro atto ad essi collegato oppure presupposto e, per l'effetto, di rinunciare alle azioni / impugnazioni già intraprese, ovvero ai contenziosi instaurabili avverso i predetti provvedimenti. Detta clausola è stata inserita dalla Regione in asserita "ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente per la verifica dei LEA nella seduta del 4 aprile 2014".

2. Con sentenza n. 875 del 28 luglio 2017 la sez. II del Tar Bari ha respinto il ricorso.

3. Avverso tale sentenza le cliniche Anthea Hospital s.r.l., Città di Lecce Hospital s.r.l., D'Amore Hospital s.r.l. e Medicol s.r.l. hanno proposto appello, notificato il 28 febbraio 2018 e depositato il successivo 29 marzo.

Hanno affermato, tra le altre cose, che erroneamente il Tar non ha valutato che la rinuncia preventiva ad adire il giudice, affinché questi accerti la legittimità della deliberazione con cui è stato determinato il budget, è in contrasto con il diritto di difesa costituzionalmente garantito, non potendo le scelte effettuate dall'amministrazione essere sottratte al controllo di legittimità, cioè alla verifica che le medesime siano conformi alle norme e ai principi che regolano il regime di accreditamento e che non siano il frutto di valutazioni macroscopicamente incoerenti o irragionevoli, così da comportare un vizio della funzione. Il Tar Bari ha ritenuto legittima l'impugnata clausola riconducendola ad un regolamento contrattuale, facendone discendere la natura transattiva rimessa all'autonomia negoziale delle parti (pubblica e privata) non affatto "costrette" ad accettarla, sussistendo l'alternativa, per le strutture private, di rimanere nel libero mercato.

Aggiungasi che la clausola di salvaguardia è stata inserita esclusivamente nel dichiarato intento dell'amministrazione regionale di ottemperare alle precisazioni che sarebbero state formulate dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente di cui all'Intesa Stato Regioni. Dunque, la circostanza (neppure provata) che il Tavolo Tecnico abbia suggerito l'inserimento della clausola di salvaguardia non legittima l'operato dell'amministrazione, attesa l'incompetenza degli organi ministeriali in merito, nonché l'assenza di qualsivoglia ulteriore spiegazione da parte dell'amministrazione circa l'opportunità di inserire la clausola in argomento.

4. Si è costituita in giudizio la Regione Puglia, che ha preliminarmente eccepito l'inammissibilità dell'appello sul rilievo che i relativi motivi del ricorso sono, di fatto, gli stessi motivi addotti nel giudizio di primo grado; nel merito ne ha sostenuto l'infondatezza.

5. Si è costituita in giudizio l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, che ha sostenuto l'infondatezza dell'appello.

6. L'Azienda sanitaria locale di Bari non si è costituita in giudizio.

7. L'Azienda sanitaria locale di Taranto non si è costituita in giudizio.

8. Alla pubblica udienza del 26 luglio 2018 la causa è stata trattenuta per la decisione.

DIRITTO

1. Oggetto della controversia sono alcune disposizioni contenute nello schema di contratto allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1365 del 5 giugno 2015, con il quale è stato modificato lo schema tipo di accordo contrattuale rivolto alle strutture istituzionalmente accreditate per l'attività ambulatoriale e di ricovero.

In via preliminare va respinta l'eccezione di inammissibilità dell'appello, sollevata dalla Regione Puglia sul rilievo che i relativi motivi sarebbero, di fatto, gli stessi addotti nel giudizio di primo grado. Ed invero, da una attenta lettura dell'appello emerge che lo stesso è volto a censurare i diversi profili, ritenuti erronei, della sentenza del giudice di primo grado. L'atto di appello, dunque, si rivolge avverso la sentenza del Tar.

Ancora in via preliminare il Collegio accoglie l'eccezione di inammissibilità della documentazione prodotta per la prima volta in appello dalla Regione Puglia il 14 giugno 2018, in violazione dell'art. 104, comma 2, c.p.a..

Al processo amministrativo si applica, infatti, l'art. 345 c.p.c. (Cons. St., sez. V, 28 aprile 2011, n. 2539) che, al comma 3, dispone che "non sono ammessi nuovi mezzi di prova e non possono essere prodotti nuovi documenti, salvo che il collegio non li ritenga indispensabili ai fini della decisione della causa ovvero che la parte dimostri di non aver potuto proporli o produrli nel giudizio di primo grado per causa ad essa non imputabile….". Ai sensi dell'art. 104, comma 2, c.p.a., dunque, anche nel processo amministrativo in appello non sono ammessi nuovi mezzi di prova e documenti (Cons. St., sez. III, 21 maggio 2013, n. 2750; id. 15 aprile 2013, n. 2032; id., sez. V, 28

febbraio 2013, n. 1204; id., sez. III, 3 gennaio 2013, n. 3), salvo che il Collegio giudicante li ritenga indispensabili ai fini della decisione della causa (Cons. St., sez. IV, 31 agosto 2017, n. 4114; id., sez. V, 22 dicembre 2014, n. 6200; id., sez. III, 15 gennaio 2014, n. 124) ovvero che la parte dimostri di non aver potuto proporli o produrli nel giudizio di primo grado per causa ad essa non imputabile (Cons. St., sez. IV, 13 dicembre 2013, n. 5995).

Il Collegio dunque non terrà conto dei documenti nuovi, non indispensabili per decidere.

2. Passando al merito, giova premettere alcuni principi che regolano il regime di accreditamento delle strutture private, perché utili al fine del decidere.

Come è stato chiarito dalla Sezione (3 febbraio 2016, n. 436) il sistema dell'accreditamento non si sottrae al preminente esercizio del potere autoritativo e conformativo dell'amministrazione, che si qualifica di natura concessoria ed assolve la funzione di ricondurre in un quadro di certezza il volume e la tipologia dell'attività del soggetto accreditato, il cui concorso con le strutture pubbliche nelle prestazioni di assistenza non avviene in un contesto di assoluta libertà di iniziativa e di concorrenzialità, ma - nella misura in cui comporta una ricaduta sulle risorse pubbliche - soggiace alla potestà di verifica sia tecnica che finanziaria della Regione ed a criteri di sostenibilità, nei limiti di spesa annuali (Cons. St., sez. III, 27 aprile 2015, n. 2143).

In tale sistema, in base alla vigente normativa, i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e le strutture private accreditate sono regolati: da una fase, programmatica ed unilaterale, affidata alla Regione; da una fase contrattuale con le singole strutture, affidata alla Regione ed alle A.U.S.L., in assenza della quale le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale non sono tenuti a corrispondere la remunerazione per le prestazioni erogate (art. 8 quater, comma 2, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

In particolare, la seconda di dette fasi trova la sua fonte normativa nell'art. 8 quinquies, d.lgs. n. 502 del 1992, che pone il rapporto di accreditamento su una base strettamente negoziale, sì che al di fuori del contratto la struttura

accreditata non è obbligata ad erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale (Cons. St., sez. III, 3 ottobre 2011, n. 5427).

A tale quadro normativo nazionale si affianca, per quanto più da vicino concerne la fattispecie all'esame del Collegio, quello della Regione Puglia, che attribuisce alla Giunta Regionale la disciplina dei rapporti di cui all'art. 8 quinquies, d.lgs. n. 502 del 1992 mediante uno schema tipo di accordo contrattuale con il quale si stabiliscono l'indicazione delle quantità, delle tipologie di prestazioni da erogare, delle tariffe e le modalità delle verifiche e dei controlli rispetto alla qualità delle prestazioni erogate (art. 22, comma 8, della l.reg. Puglia 28 maggio 2004, n. 8); la stessa Giunta procede, tra l'altro, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lett. c), l. reg. 4 agosto 2004, n. 14, ad emanare indirizzi per la definizione degli accordi contrattuali con i soggetti privati accreditati da parte delle AUSL.

3. Ciò chiarito, e passando all'esame dei singoli motivi, è in primo luogo censurata la sentenza del Tar Bari che ha ritenuto legittima la clausola di salvaguardia, contenuta nell'art. 8, comma 6, di detto schema, che prevede che "con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe, di ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i suddetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati, conosciuti o conoscibili".

Le appellanti affermano l'illegittimità della clausola – e l'erroneità della sentenza del giudice di primo grado che non ha riscontrato tale illegittimità – che, inibendo la possibilità di portare dinanzi al giudice le questioni inerenti i

tetti di spesa, i budget e le tariffe, si porrebbe in contrasto con il diritto di azione riconosciuto dal combinato disposto degli artt. 3, 24 e 113 Cost., in base ai quali tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri interessi legittimi e, per quanto qui interessa, nei confronti di tutti gli atti della P.A. (art. 113, comma 2, Cost.).

Il motivo è infondato.

Il Collegio richiama sul punto i principi espressi dalla stessa Sezione che, per la loro portata generale, sono perfettamente applicabili al caso in esame.

La Sezione (da ultimo, 18 gennaio 2018, n. 321) ha riconosciuto la legittimità della c.d. clausola di salvaguardia (ovvero l'accettazione incondizionata, da parte degli operatori privati, dei tetti di spesa e la rinuncia ad eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione) presente in numerosi schemi-tipo di contratto ex art. 8 quinquies, d.lgs. n. 502 del 1992 predisposti da diverse Regioni soggette a Piano di rientro.

Come chiarito nella sentenza della Sezione 1 febbraio 2017, n. 430, gli operatori privati - in quanto impegnati, insieme alle strutture pubbliche, a garantire l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute - non possono considerarsi estranei ai vincoli oggettivi e agli stati di necessità conseguenti al Piano di rientro, al cui rispetto la Regione è obbligata.

La stessa Sezione, sebbene in sede cautelare (ord., 26 febbraio 2015, n. 906), aveva già chiarito che la sottoscrizione della clausola di salvaguardia nelle Regione soggette ai Piani di rientro dai disavanzi del settore sanità è imposta dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di programmazione finanziaria, attraverso le prescrizioni elaborate all'esito della riunione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in una Regione sottoposta al Piano di rientro. (sez. III, ord., 27 gennaio 2017, n. 336).

D'altro canto, in caso di mancata sottoscrizione, l'Autorità politico-amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata in altro modo alla stipula, con l'effetto che la richiesta sospensione finirebbe per non giovare alla parte ricorrente in primo grado.

Ha aggiunto la Sezione che chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto alla salute. In alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato.

Corollario obbligato di tali premesse è che agli 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) onde permanere nel campo della sanità pubblica; ovvero, se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata.

Del resto la parte pubblica sottoscrittrice del contratto, in difetto di una valida e incondizionata accettazione della clausola di salvaguardia de qua da parte dell'altro contraente, non avrebbe interesse alla conclusione dell'accordo, non potendo essa programmare efficacemente la spesa sanitaria, stante la permanenza di contestazioni giudiziali sui tetti di spesa.

Da tutto quanto sopra argomentato consegue la legittimità dell'impugnata clausola di salvaguardia, essendo stata la Regione Puglia sottoposta dapprima al Piano di rientro sanitario per gli anni 2010-2012, e poi al Piano Operativo per gli anni 2013-2015 (circostanza, quest'ultima, che rende irrilevante l'accertamento se, nel periodo di interesse, persista o meno la sottoposizione al piano di rientro), approvato con d.G.R. n. 1403 del 4 luglio 2014, recante precise indicazioni sul contenuto dei contratti da stipularsi, e a nulla valendo – contrariamente a quanto affermano le appellanti – che non sia stato nominato il Commissario ad acta per l'attuazione di detto Piano. Aggiungasi che tale

clausola è limitata ai provvedimenti "già adottati e conoscibili" (oltre che, naturalmente, ai contenziosi già in atto) e non si estende, come affermano invece le Case di cura appellanti, "alle azioni esperibili avverso provvedimenti, ad oggi, non ancora adottati".

4. Le appellanti in primo grado avevano impugnato altresì, per contrasto con l'art. 4, d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, l'art. 7 dello schema di contratto, rubricato "modalità di pagamento e conguagli", in base al quale l'"Azienda ASL (...) provvede all'erogazione di acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna disciplina, di cui al comma 2 dell'art. 1, entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della contabilità, con conguaglio da liquidare all'erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza".

Il motivo non è suscettibile di positiva valutazione.

L'art. 4, comma 4, d.lgs. n. 231 del 2002 stabilisce che: "Nelle transazioni commerciali in cui il debitore è una pubblica amministrazione le parti possono pattuire, purché in modo espresso, un termine per il pagamento superiore a quello previsto dal comma 2, quando ciò sia giustificato dalla natura o dall'oggetto del contratto o dalle circostanze esistenti al momento della sua conclusione. In ogni caso i termini di cui al comma 2 non possono essere superiori a 60 giorni".

La previsione secondo cui gli acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna disciplina sono pagati entro i 45 giorni successivi al mese di competenza è quindi ben conforme alla disciplina normativa mentre la circostanza che il conguaglio – pari soltanto al 15% dell'importo fatturato – è pagato entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza appare giustificata dalla necessità di effettuare le verifiche di appropriatezza delle prestazioni erogate prima di versare il saldo.

In conclusione, considerato che l'art. 4, comma 7, d.lgs. n. 231 del 2002 consente alle parti di prevedere il pagamento rateizzato del dovuto, i tempi

previsti dall'accordo sono conformi al dettato normativo, equi e ragionevoli, in quanto contemperano, per un verso, l'interesse della struttura privata a ricevere più di tre quarti del compenso stabilito per le prestazioni contabilizzate, entro un termine certo e conforme alla disciplina vincolistica, indipendentemente dalla durata, pure contingentata, del procedimento di verifica delle prestazioni.

5. Ad avviso delle appellanti è illegittima anche la previsione secondo cui sussiste il "divieto assoluto per l'erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, di operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico dei pazienti solventi. Qualora il tetto di spesa mensile sia stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata – il posto letto accreditato – potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato". Erronea è, dunque, la sentenza del tar che non ha rilevato l'illegittimità denunciata.

Il motivo è infondato.

Ed invero, detta clausola non è di esemplare chiarezza.

Peraltro, essendone certa la ratio - che è di evitare che la struttura privata possa occupare un posto letto oggetto di accreditamento con pazienti "paganti" - occorre interpretarla nel modo più conforme alla finalità ad essa sottesa. La stessa quindi va letta nel senso di prevedere la possibilità per la struttura privata di svolgere normalmente la propria attività libero professionale utilizzando i posti letto accreditati non più utilizzabili con costi a carico del Servizio sanitario nazionale, e dunque utilizzando tale eccedenza della capacità erogativa per allocazione nel libero mercato secondo i normali comportamenti di impresa. Tale conclusione contempera l'esigenza della struttura - di avere posti letto da occupare con pazienti privati quando non sono più utilizzabili con l'utenza del S.S.N., per essere esauriti il budget - con il prevalente interesse pubblico a poter fare affidamento su una struttura

privata che ha deciso di prestare un servizio pubblico. Diversamente opinando, infatti, la Regione non sarebbe più in grado di sapere su quanti posti letto, per ogni branca, può contare.

Intesa in questo senso, la clausola è legittima.

6. Illegittimo, ad avviso delle appellanti, è, infine, il comma 9 dell'art. 1, dello schema di contratto in base al quale "l'erogatore si impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e l'utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo".

Anche tale motivo non è suscettibile di positiva valutazione, essendo la clausola volta ad evitare che la struttura consumi ad inizio anno tutto il budget, lasciando così senza copertura la domanda di prestazioni che perviene dal Servizio sanitario nazionale nell'ulteriore periodo dell'anno.

La disposizione appare dunque ragionevole e raggiunge – attraverso la previsione delle "oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione" (aggiunta a seguito delle osservazioni fatte pervenire dall'Associazione di categoria) – un punto di equilibrio, non sacrificando eccessivamente l'interesse economico della struttura con quello – prevalente – pubblico alla continuità assistenziale.

In altre parole, la ripartizione su base mensile appare diretta in primo luogo a favorire l'ottimizzazione dell'utilizzo delle strutture accreditate, in modo da evitare picchi prestazionali nei primi mesi e poi, la successiva totale cessazione delle prestazioni sul finire dell'anno conseguente al repentino anticipato esaurimento delle risorse assegnate. Appare fondamentale, in tale direzione, l'esigenza di salvaguardare nell'arco dell'intero anno la continuità nell'assolvimento della domanda di prestazioni, per cui si deve del tutto

escludere che ricorrano palesi ragioni di incoerenza, iniquità o irragionevolezza della prestazione.

Giova aggiungere che, come si è già detto sub 3, le strutture private che decidono di lavorare con il Servizio sanitario sanno bene di dover sacrificare parte della loro autonomia imprenditoriale ma accettano tale limitazione in cambio della sicurezza – assente nel libero mercato – di un minimo di prestazioni garantite. Si tratta dunque di una scelta consapevole e reversibile, perchè lascia comunque sempre liberi – ove le condizioni imposte dalla Regione non siano ritenute più convenienti – di tornare ad operare solo in regime privatistico.

7. L'appello deve dunque essere respinto.

Le spese di lite possono essere compensate tra le parti ricorrendo giusti motivi in considerazione della complessità della materia.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza),

definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Compensa tra le parti le spese e gli onorari del giudizio.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 26 luglio 2018 con l'intervento dei magistrati:

Franco Frattini, Presidente

Umberto Realfonzo, Consigliere

Pierfrancesco Ungari, Consigliere

Stefania Santoleri, Consigliere

Giulia Ferrari, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE	**IL PRESIDENTE**
Giulia Ferrari	**Franco Frattini**

IL SEGRETARIO