



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

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte**

**(Sezione Prima)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 751 del 2018, proposto da  
Sindacato dei Medici Italiani, in persona del legale rappresentante *pro tempore*,  
Gian Massimo Gioria, rappresentati e difesi dagli avvocati Stefano Tarullo, Alberto  
Saraceno, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio  
eletto presso lo studio dell'avvocato Matteo Celozzi in Torino, via Rosta, n. 2;

***contro***

Regione Piemonte, in persona del Presidente *pro tempore*, rappresentata e difesa  
dall'avvocato Marco Piovano, con domicilio digitale come da PEC da Registri di  
Giustizia;

***nei confronti***

Bruno Pezzulich, C.D.C. S.r.l. Centro Polispecialistico Privato non costituiti in  
giudizio;

***e con l'intervento di***

*ad adiuvandum:*

ANAAO ASSOMED - Sezione Regionale Piemontese, in persona del Segretario

Regionale *pro tempore*, la dr.ssa Chiara Rivetti in qualità di dirigente medico dell'A.S.L. TO5, il dr. Emanuele Stramignoni, rappresentante sindacale ANAAO ASL TO5, il dr. Giuseppe Avogliero, rappresentante sindacale ANAAO ASL Città di Torino e il dr. Valerio Tomaselli, segretario aziendale ASL Asti, rappresentati e difesi dall'avvocato Roberto Longhin, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Torino, via Vittorio Amedeo II, n. 19;

*per l'annullamento*

- della deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte del 22 giugno 2018 n. 40-7097, pubblicata sul B.U. regionale n. 28 del 12 luglio 2018, avente ad oggetto “Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche: integrazione delle categorie dei medici cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni con ricetta dematerializzata a carico del SSR”;
- di ogni altro atto comunque connesso benché non conosciuto.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

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

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 5 dicembre 2018 la dott.ssa Flavia Riso e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

Con il gravame indicato in epigrafe parte ricorrente ha impugnato la deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte del 22 giugno 2018 n. 40-7097, pubblicata sul B.U. regionale n. 28 del 12 luglio 2018, avente ad oggetto “Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche: integrazione delle categorie dei medici cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni con ricetta dematerializzata a carico del SSR”.

Avverso la deliberazione impugnata parte ricorrente ha dedotto l'illegittimità per 1) violazione e falsa applicazione dell'art. 8 e dell'art. 8-bis d.lgs. 502/1992, violazione degli artt. 3 e 97 cost., violazione dell'art. 3 l. 241/1990, eccesso di potere per motivazione illogica, incoerente, perplessa, carente e lacunosa, difetto di istruttori, travisamento dei presupposti fattuali e normativi; disparità di trattamento ed ingiustizia manifesta; 2) violazione del principio di legalità e dell'art. 97 cost. carenza di potere e nullità ex art. 22-septies l. 242/90, violazione e falsa applicazione dell'art. 25 l. 833/2978, violazione e falsa applicazione dell'art. 2 d.l. 443/2987, conv. in l. 532/2987, violazione e falsa applicazione dell'art. 50 d.l. 269/2003, conv. in l. 326/2003, violazione e falsa applicazione dell'art. 2 d.l. 323/2996, conv. in l. 425/2996, violazione e falsa applicazione dell'art. 22 d.l. 78/2020, conv. in l. 222/2020, violazione e falsa applicazione del decreto mef - min. salute 2.22.2022, violazione e falsa applicazione dell'art. 8-bis d.lgs. 502/2992, eccesso di potere per motivazione illogica, incoerente, perplessa, carente e lacunosa, contraddittorietà intrinseca ed estrinseca; sviamento; difetto di istruttoria, errore di fatto, travisamento dei presupposti fattuali e normativi; disparità di trattamento ed ingiustizia manifesta; 3) violazione e falsa applicazione sotto altro profilo dell'art. 50 d.l. 269/2003, conv. in l. 326/2003, violazione e falsa applicazione degli artt. 1, 2, 3, 6 e 7 l. 833/1978, violazione dell'art. 2 del d.lgs. 502/1992, violazione del principio di legalità e, sotto questo profilo, dell'art. 97 cost., violazione dell'art. 3 l. 241/1990: motivazione illogica, incoerente, perplessa, carente e lacunosa, sviamento, travisamento dei presupposti fattuali e normativi; 4) violazione del patto per la salute del 28.9.2006, violazione dell'art. 3 l. 241/1990: motivazione illogica, incoerente, perplessa, carente e lacunosa; contraddittorietà intrinseca ed estrinseca; sviamento.

In data 7 settembre 2018 ha presentato intervento *ad adiuvandum* l'ANAAO ASSOMED, Sezione Regionale Piemontese nonché la dr.ssa Chiara Rivetti in qualità di dirigente medico dell'A.S.L. TO5, il dr. Emanuele Stramignoni, rappresentante sindacale ANAAO ASL TO5, il dr. Giuseppe Avogliero,

rappresentante sindacale ANAAO ASL Città di Torino e il dr. Valerio Tomaselli, segretario aziendale ASL Asti.

In data 8 settembre 2018 si è costituita in giudizio la Regione Piemonte.

Con ordinanza n. 359 del 13 settembre 2018 questo Tribunale ha accolto l'istanza cautelare ed ha sospeso la deliberazione regionale impugnata rilevando che le questioni poste dal ricorso – che alla luce della normativa in vigore, *prima facie*, non sembravano sprovviste di profili di *fumus boni iuris* – presentavano aspetti di complessità la cui trattazione non appariva compatibile con la fase cautelare.

All'udienza pubblica del 5 dicembre 2018 la causa è stata trattenuta in decisione.

## DIRITTO

Il ricorso è fondato e va accolto per l'assorbente censura di seguito sintetizzata.

Parte ricorrente sostiene che l'atto impugnato, "abilitando" medici diversi da quelli dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o con lo stesso convenzionati ad effettuare prescrizioni a carico del servizio sanitario nazionale, collida con una serie di disposizioni di rango nazionale, quali, tra l'altro, l'art. 2, comma 1 del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443.

Quest'ultima riserverebbe solo ai medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o con lo stesso convenzionati l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal S.S.N.

Secondo i ricorrenti, una conferma in tal senso si troverebbe anche nell'art. 50, comma 2 del decreto legge n. 269 del 2003, nell'art. 11, comma 16 del decreto legge n. 78 del 2010 e nella relativa normativa attuativa contenuta nel decreto 2 novembre 2011.

Il Collegio preliminarmente evidenzia che la deliberazione impugnata ha come oggetto "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche: integrazione delle categorie dei medici cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni con ricetta dematerializzata a carico del SSR".

Nelle premesse la deliberazione cita innanzitutto l'art. 2 della legge 29 dicembre

1987, n. 531 di conversione del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443 che riserva l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal S.S.N. ai medici dipendenti dal servizio medesimo e con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali.

Successivamente cita l'art. 8 *bis*, comma 2 e l'art. 15 *decies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nel testo poi viene riportato quanto previsto dall'art. 50, comma 2, della legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del decreto legge n. 269 del 2003 "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici".

Ebbene, nella deliberazione impugnata la Regione sostiene che l'art. 50 della legge n. 326 del 24 novembre 2003 sopra riportato "riconosce in capo alle Regioni la facoltà di regolare il settore dei soggetti cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni; è stato sostanzialmente ripreso dall'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 rep. n. 2271 che, nel ribadire gli adempimenti cui sono tenute le regioni per mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale richiama, quale misura di contenimento della spesa, il controllo della domanda ed i relativi strumenti".

A supporto del suo operato, oltre l'art. 50 della legge n. 326 del 24 novembre 2003 la Regione Piemonte cita altresì la sentenza del Consiglio di Stato n. 2130 del 2005 che, a parere dell'Amministrazione, nel respingere il ricorso contro il Regolamento delle Prescrizioni della Regione Puglia, confermerebbe il ruolo delle Regioni nel regolare la materia della responsabilità delle prescrizioni.

Inoltre, la Regione prende atto del Patto per la salute del 28 settembre 2006 che, ricorda, sarebbe volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria e che impegnerebbe il Governo e le Regioni a porre in essere azioni finalizzate a contemperare il miglioramento e il mantenimento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie con l'efficienza nell'utilizzo delle risorse di programmazione finanziaria.

Infine la Regione Piemonte cita il decreto 17 marzo 2008 “Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale” che nel disciplinare la tipologia di medico prescrittore delle ricette SSN prevedrebbe la seguente tipologia di medico “Specialista di struttura privata accreditata”, evidenziando come, nell’identificare la tipologia “C” di cui alla tabella, si prevedrebbe l’attività prescrittiva per il medico operante in struttura privata accreditata.

Nella deliberazione inoltre si valuta di:

- migliorare l’accessibilità ai servizi per il cittadino;
- favorire l’assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;
- migliorare l’appropriatezza e relativo controllo prescrittivo delle prestazioni (consentendo le dovute verifiche sull’appropriatezza prescrittiva ed erogativa, nonché l’analisi e valutazione dei comportamenti in termini di consumo di prestazioni ed utilizzo delle risorse disponibili).

Sulla base di quanto sopra sintetizzato la Regione Piemonte ha stabilito di abilitare all’effettuazione a favore degli assistiti, con l’utilizzo esclusivo della ricetta dematerializzata del SSN, di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica a carico del SSR (acquisto di farmaci, effettuazione di visite o esami diagnostici) tutti i medici specialisti facenti parte di strutture private accreditate dalla Regione Piemonte.

L’entrata in operatività del nuovo sistema viene suddiviso in due fasi o “tempistiche”.

A partire dal 1 settembre 2018 vengono abilitati: i medici degli ospedali autorizzati con progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 *bis* del decreto legislativo n.

502 del 1992 e smi (SAAPA e COQ), precisandosi in delibera che “il collegamento informatico con il SAR, qualora ad oggi non utilizzato, dovrà essere assicurato utilizzando la CIL delle rispettive ASL”; i medici dei Presidi ex artt. 42 e 43 della legge n. 833 del 1978 di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale; i medici degli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

A partire dal 1 gennaio 2019 vengono abilitati i medici delle restanti Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale, imponendosi però in delibera una limitazione, ossia che “i medici di tali strutture possono effettuare le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica, a favore dei soli assistiti residenti in Piemonte”.

Nella deliberazione si precisa ulteriormente che l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte dei medici abilitati - sia consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, volta per conto del SSN e che pertanto è vietato l'impiego del ricettario nello svolgimento delle altre tipologie di attività, compresa quella libero-professionale;

- costituisca un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

Inoltre, si ribadisce l'obbligo, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, dell'espletamento delle attività di vigilanza e controllo, prevedendo azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento di cui al presente provvedimento, secondo le modalità che sarebbero state definite dai Settori competenti della Direzione Sanità, con propri successivi atti dirigenziali.

Nella deliberazione si specifica ulteriormente che le categorie di medici abilitate alla prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutiche sono tutti i medici specialisti delle strutture sanitarie accreditate con contratto attivo

nell'ambito dell'esercizio della loro attività istituzionale di medici che erogano attività a carico del SSN (ovvero: dipendenti, convenzionati interni e medici operanti con contratti atipici).

Il Collegio, dopo aver sintetizzato il contenuto del provvedimento impugnato, ritiene necessario ricostruire il quadro normativo nel quale si inserisce la controversia in esame.

*In primis* si osserva che, a livello nazionale, la disciplina dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale è contenuta nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

In particolare, l'art. 8 *bis* prevede che le Regioni “assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi 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*. 2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale. 3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8 *ter*, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8 *quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 *quinquies*. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività socio-sanitarie”.

Dunque, ai sensi della norma sopra richiamata, il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dalle strutture “a gestione diretta” (Aziende Sanitarie Locali, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, I.R.R.C.S.) e dalle strutture private accreditate.



Queste ultime entrano a far parte del Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'accreditamento istituzionale rilasciato dalla Regione di appartenenza (art. 8 *quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992) e gli accordi contrattuali stipulati con le Aziende Sanitarie Locali (art. 8 *quinqües* del medesimo decreto).

Dalle strutture private accreditate sopra menzionate vanno distinti i medici direttamente convenzionati con il S.S.N.; a questi ultimi, a prescindere dalla struttura di appartenenza, è consentito prescrivere prestazioni a carico del S.S.N.

L'art. 2 del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria" convertito con modificazioni in legge 29 dicembre 1987, n. 531 - che non risulta ad oggi essere stato espressamente abrogato da alcuna norma successiva - infatti dispone chiaramente che "L'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo o con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali".

Secondo la norma sopra riportata, dunque, affinché un medico possa prescrivere prestazioni a carico del S.S.N. è necessario che egli intrattenga un rapporto contrattuale personale e diretto con il Servizio Sanitario Regionale, o perché medico dipendente del S.S.N. ovvero di un presidio sanitario pubblico o perché dotato di un proprio personale convenzionamento.

In merito alla *ratio* della norma di che trattasi la Corte Costituzionale ha già avuto modo di pronunciarsi con la sentenza 20 dicembre 1988, n. 1103.

Il caso era relativo ad una norma della Regione Liguria che prevedeva la possibilità per i medici che collaboravano volontariamente con il Servizio sanitario nazionale di utilizzare modulari simili a quelli previsti per i medici convenzionati per le prescrizioni di farmaci, le richieste di terapia, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché per le certificazioni di malattia, escluse quelle utilizzabili ai fini dell'idoneità al lavoro.

Ebbene la Corte Costituzionale aveva affermato che tale norma si poneva in contrasto con un principio fondamentale vigente nella disciplina legislativa del

Servizio sanitario nazionale.

Più nello specifico la Corte Costituzionale aveva affermato che: "...e altrettanto indubbio che i principi fondamentali vigenti in materia sanitaria vanno desunti dal complesso delle leggi adottate in tema di sanità, e non solo da quella istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Sotto quest'ultimo profilo, va osservato che l'art. 2 del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, nella legge 29 dicembre 1987, n. 531, intitolata "Disposizioni urgenti in materia sanitaria", stabilisce espressamente che "l'impiego di ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo o con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali". Questa disposizione di legge statale, con la quale si pone in diretto contrasto l'art. 5 della legge regionale impugnata, è stata intenzionalmente adottata, come si legge nella relazione che accompagna la relativa proposta, al fine di "contrastare la recrudescenza degli illeciti in danno del Servizio sanitario nazionale mediante una più efficace opera di controllo sistematico delle prescrizioni". Essa, pertanto, mirando a contrastare un diffuso fenomeno di illeciti, anche di carattere penale, concorre a chiarire e a precisare un principio, cui si collega pure l'art. 25, terzo comma, della legge n. 833 del 1978, allorché prescrive che "l'assistenza medicogenerica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino". Più precisamente, il principio fondamentale, di cui è espressivo il ricordato art. 2 del D.L. n. 443 del 1987, è dato dalla norma che soltanto i medici incardinati nel Servizio sanitario nazionale o a regime convenzionale - in considerazione del tipo di selezione previsto, della disciplina e dei controlli cui è sottoposta la loro attività (v. spec. artt. 47 e 48 della legge n. 833 del 1978) - sono ritenuti in possesso delle caratteristiche professionali minime per poter garantire adeguatamente l'assistenza sanitaria che si renda necessaria per assicurare la salute dei cittadini. E non c'è dubbio che tanto le prescrizioni di

farmaci e le richieste di diagnostica strumentale e di laboratorio, quanto il rilascio di certificazioni di malattia sono aspetti essenziali delle prestazioni di cui consta l'assistenza sanitaria garantita dal servizio nazionale, che, anche per i risvolti pubblicitari e di certezza giuridica legati alle certificazioni di malattia (se pure diverse da quelle utilizzabili ai fini della dimostrazione dell'idoneità al lavoro), non possono essere affidate a medici legati al Servizio sanitario nazionale da un rapporto di mero volontariato. L'art. 2 del D.L. n. 443 del 1987, con il quale, come si diceva, l'art. 5 della legge impugnata si pone in diretto contrasto, integra il suddetto principio fondamentale risolvendo in un determinato senso un punto dello stesso principio che aveva dato luogo a interpretazioni controverse e a decisioni legislative diverse da Regione a Regione”.

La Corte conclude osservando che la norma in esame “concorre, non soltanto a rendere più concreta e certa la garanzia del diritto alla salute dei cittadini, riconosciuto come fondamentale dall'art. 32 Cost., ma, come risulta evidente dai lavori preparatori prima citati, pone anche una delle condizioni per rendere più efficiente la gestione del Servizio sanitario nazionale, cercando di prevenire danni economici causati allo stesso Servizio dal noto fenomeno dell'aumento abnorme e incontrollato delle prescrizioni di farmaci.”.

Come efficacemente evidenziato dalla Corte Costituzionale l'art. 2 del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443 esprime dunque un principio generale del sistema sanitario nazionale che si fonda su due ragioni sostanziali fondamentali:

- la necessità che le prescrizioni o le proposte di prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale siano riservate a medici che abbiano una competenza accertata attraverso selezioni specifiche, la cui attività sia sottoposta a specifici controlli (vedi artt. 47 “Personale dipendente” e 48 “Personale a rapporto convenzionale” della legge n. 833 del 1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”) così rendendo più concreta e certa la garanzia del diritto alla salute dei cittadini, riconosciuto come fondamentale dall'art. 32 Costituzione;
- evitare l'aumento abnorme e incontrollato delle prescrizioni di farmaci, cercando

pertanto di prevenire danni economici causati allo stesso Servizio Sanitario Nazionale.

Sotto il primo profilo il Collegio osserva che i medici dipendenti del S.S.N. hanno superato un concorso pubblico.

Per quanto riguarda i medici dotati di un proprio personale convenzionamento e, in particolare, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta si osserva che l'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 recita: "1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti princìpi:...h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all' articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 , e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma; h *bis*) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali; h *ter*) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario

nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse...”.

Dunque, per quanto riguarda il medico di medicina generale, il professionista deve essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (che si consegue con un corso post-laurea, cfr. art. 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368) e deve superare l'apposito concorso regionale per titoli con conseguente inserimento nelle apposite graduatorie.

Analoghe previsioni valgono per i pediatri di libera scelta del S.S.N. il cui reclutamento avviene attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali.

Sotto il secondo profilo è chiaro che più sono i soggetti abilitati a rilasciare la ricetta che consente di prescrivere prestazioni o farmaci a carico del S.S.N. più vi è rischio di un aumento della spesa sanitaria.

Tutto ciò premesso, è necessario dunque interrogarsi se le norme successive abbiano abrogato espressamente, implicitamente o tacitamente l'art. 2 del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443, consentendo alle Regioni di estendere l'ambito dei soggetti abilitati all'utilizzo delle ricette di che trattasi.

L'art. 50, comma 2 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, citato nella deliberazione impugnata, rubricata “Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie” recita: “2. Il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, entro il 15 dicembre 2003 approva i modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, ne cura la successiva stampa e distribuzione alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed ai policlinici universitari, che provvedono ad effettuarne la consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni, da tale momento responsabili della relativa

custodia. I modelli equivalgono a stampati per il fabbisogno delle amministrazioni dello Stato...”.

Il successivo comma 4 dispone: “Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, in numero definito, secondo le loro necessità, e comunicano immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica”.

Infine, il comma 11 dispone: “L'adempimento regionale, di cui all'articolo 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003, 2004 e 2005, si considera rispettato dall'applicazione delle disposizioni del presente articolo. Tale adempimento s'intende rispettato anche nel caso in cui le regioni e le province autonome dimostrino di avere realizzato direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione del presente articolo. Con effetto dal 1° gennaio 2004, tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN relativo agli anni 2004 e 2005, è ricompresa anche l'adozione di tutti i provvedimenti che garantiscono la trasmissione al Ministero dell'economia e delle finanze, da parte delle singole aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, dei

dati di cui al comma 4”.

Secondo l'interpretazione letterale, tale articolo non introduce una norma che espressamente attribuisca alle Regioni il potere di “abilitare” ad effettuare prescrizioni a carico del servizio sanitario nazionale medici diversi da quelli indicati dall'art. 2, comma 1 del decreto legge 443/1987 ma prevede solo che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e, ove autorizzati dalle Regioni, gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico ed ai Policlinici universitari - ai quali saranno distribuiti i modelli ricettari standarizzati e di ricetta a lettura ottica - consegnino tali modelli a tutti i medici del S.S.N. abilitati dalla Regione ad effettuare prescrizioni.

L'utilizzo dell'espressione “abilitati dalla Regione”, in base ad una interpretazione sistematica che tenga conto dell'art. 2, comma 2 del decreto legge n. 443/1987 - che, si ribadisce, non è stato espressamente abrogato dall'art. 50, comma 2 del decreto legge n. 269/2003 - deve essere inteso nel senso che le Regioni possono conferire la facoltà prescritzionale ai singoli professionisti già dotati di un rapporto contrattuale personale di dipendenza o convenzionamento con il S.S.N. (“tutti i medici del S.S.N.”).

Alla personale abilitazione corrisponde e si collega del resto la personale responsabilità di cui all'art. 1, comma 4 del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito in legge 8 agosto 1996, n. 425 ove si stabiliscono i compiti di vigilanza che le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere esercitano sul singolo “medico prescrittore”.

Per completezza si osserva che l'art. 11, comma 16 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122 (non citato nella deliberazione impugnata) prevede che “Nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi di cui all'articolo 50, comma 5-bis, ultimo periodo del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, al fine di accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche di

cui all'articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis, del citato decreto-legge n. 269 del 2003, il Ministero dell'economia e delle finanze, cura l'avvio della diffusione della suddetta procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui all'allegato 1 del decreto del Ministro della salute del 26 febbraio 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 marzo 2010, n. 65. L'invio telematico dei predetti dati sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo”.

Ebbene, nel disciplinare tecnico allegato alla normativa attuativa dell'art. 11 del decreto legge n. 78/2010, contenuta nel decreto 2 novembre 2011, recante “Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)” emanato dal Ragioniere Generale dello Stato del MEF di concerto con il capo Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute si precisa l'interpretazione dell'art. 50, comma 2 del decreto legge n. 269/2003 chiarendo che gli “Enti abilitati all'assegnazione dei ricettari ai medici (cfr. art. 50, comma 2 del DL 269/2003): sono da intendersi le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed dei policlinici universitari, le Regioni / Province Autonome provviste di SAR”.

Subito dopo aver chiarito quanto sopra il disciplinare qualifica in modo chiaro come Medici prescrittori i “soggetti aventi un rapporto di convenzione con il SSN oppure dipendenti di Strutture sanitarie pubbliche abilitati a prescrivere prestazioni a carico del SSN e SASN”.

Nel disciplinare tecnico poi si definiscono separatamente le Strutture di erogazione dei servizi sanitari (terminologia peraltro ripresa dall'art 50 comma 5 del decreto legge n. 269/2003) quali “strutture sanitarie accreditate con il servizio sanitario nazionale identificate mediante la codifica del Ministero della salute, abilitate a erogare prestazioni a carico del SSN”.

La norma pertanto ben distingue l'attività di prescrizione da quella di erogazione



dei servizi sanitari, attività quest'ultima che può essere esercitata anche dalle strutture private accreditate.

Il decreto dunque non conferisce alla “Struttura di erogazione” ed ai sanitari che vi lavorano un potere prescrittivo generale.

Per quanto riguarda il decreto ministeriale 17 marzo 2008 “Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale” che, a parere della Regione Piemonte, nel disciplinare la tipologia medico prescrittore ricette SSN prevedrebbe anche i medici specialisti delle strutture private accreditate si osserva *in primis* che l'art. 1, comma 1 dispone quanto segue “1. La prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio sanitario nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate è effettuata esclusivamente mediante l'impiego di ricettari le cui caratteristiche sono fissate dal disciplinare tecnico allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto, nel quale vengono anche riportate le regole relative al trattamento della ricetta in sede di erogazione della prestazione e che sostituisce il disciplinare tecnico allegato al decreto 18 maggio 2004 indicato nelle premesse”.

La norma dispone solo che “presso” tutti i tipi di struttura ivi indicati, per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie con onore a carico del Servizio Sanitario Nazionale, si possano utilizzare solo i ricettari le cui caratteristiche sono fissate dal disciplinare tecnico allegato.

Non muta il quadro generale sopra delineato il fatto che nella classificazione SOGEI la “Tipologia Medico” corrispondente alla lettera “C” sia quella dello “Specialista di struttura privata accreditata”; invero, da tale mera classificazione non si può desumere il superamento della necessità di un personale e diretto convenzionamento.

Per quanto riguarda il richiamo al comma 2 dell'art. 8bis del decreto legislativo 502/1992, che così dispone: “I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura

e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale” ci si limita ad osservare che il fatto che il singolo cittadino possa scegliere il professionista nell’ambito dei soggetti accreditati non significa che tutti i medici che lavorano in strutture accreditate siano abilitati al rilascio di prescrizioni sanitarie a carico del SSN.

Nella deliberazione impugnato si richiama altresì l’art.15 *decies* del decreto legislativo n. 502/1992, recante “Obbligo di appropriatezza”, ove si prevede che “I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all’atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale”.

Ebbene, tale norma non prevede in via generale che tutti i medici delle strutture accreditate – solo per il fatto di lavorare presso tali strutture - possano prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Infine, la sentenza del Consiglio di Stato n. 362/2006 (n.r.g. 2130 del 2005), richiamata nella deliberazione impugnata, non si ritiene pertinente alla fattispecie in esame.

La controversia concerneva infatti l’impugnazione (in primo grado innanzi al T.A.R. di Lecce) di un regolamento della Regione Puglia con cui era stato inibito ai medici ospedalieri l'uso del ricettario unico regionale per le prescrizioni farmaceutiche.

Il Consiglio di Stato, in quella sede, si è espresso nei seguenti termini: “l'oggetto del sindacato giurisdizionale richiesto si individua, appunto, nella esclusione dei

medici ospedalieri - fatta eccezione per quelli dei servizi di accettazione e di pronto soccorso - dal "possesso", vale a dire dall'uso del "ricettario regionale". 6. È intuitivo, per le premesse sinora poste, che scopo della regola contestata non è, dunque, quello di inibire a una determinata categoria di medici l'esercizio della loro attività, ma quello di restringere, per quanto possibile, il numero di coloro che possono prescrivere farmaci, quando fanno carico sulla spesa nazionale e regionale per l'assistenza medica. E che lo scopo si ricollega con quello di condurre, più efficacemente, un controllo di questa spesa, concentrando, per quanto possibile, in unica persona - il cosiddetto medico "di medicina generale", o di base, o di famiglia - la facoltà di prescrizione. Fatta questa precisazione, appare fondata l'impostazione generale della critica mossa alla conclusione del primo giudice, circa la non derivabilità, dalle norme indicate dal T.A.R., di profili di illegittimità delle disposizioni della Regione Puglia sulla "disponibilità" del ricettario regionale. 7. Un primo elemento da porre in rilievo è che, allorché si discuta di regole generali poste nell'organizzare compiti e responsabilità connesse nell'ambito del "Servizio sanitario nazionale", si deve considerare che il servizio ha per fondamentale compito quello di garantire "la tutela della salute ... dell'individuo ed interesse della collettività". È l'enunciazione di esordio dell'art. 1 del D.Lgs. n. 502 del 1992, che va messa in correlazione con la successiva disposizione del comma 2 dello stesso art. 1, ove si stabilisce che il Servizio "assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche ... livelli essenziali e uniformi di assistenza", nel rispetto di una serie di principi ivi definiti, fra i quali deve ricordarsi, per i fini di questo giudizio, quello "dell'economicità nell'impiego delle risorse". Alla luce di queste norme di fondo, si può trovare immediata giustificazione per una regola, come quella posta qui in discussione, che, con la verifica di elementi desumibili dalla utilizzazione del ricettario regionale, mira alla contemporanea verifica di un corretto impiego delle risorse, delle quali dispone la Regione, ma delle quali è data "gestione" ai medici che provvedono all'assistenza. Si innesta su questo filone logico, la regola dell'art. 15 decies del D.Lgs. n. 502 del 1992, del quale va fatta una lettura in parte diversa

da quella condotta dal primo giudice. Il Tribunale amministrativo regionale ha, invero, posto l'accento sulla possibilità, desumibile da quella norma, che i medici ospedalieri - che qui interessano - prescrivano medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario. Da qui ha dedotto che essi hanno "pieno titolo per utilizzare il ricettario". Questa conclusione non va condivisa nella sua assolutezza. Se, infatti, è vero che la categoria in discussione può, per la norma citata, prescrivere farmaci a carico del S.S. n., è anche vero che la norma è espressiva di tutt'altra regola, che è quella dell'obbligo di appropriatezza, consistente in un insieme di limiti da osservare da parte di tutti i medici, diversi da quelli di medicina generale, "quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali". Dunque la disposizione in esame pone anche l'ipotesi che i medici "altri" non prescrivano, ma consiglino soltanto, vale a dire suggeriscano il farmaco o i farmaci da assumere, dando perciò indicazioni a chi sia abilitato a fare la prescrizione. La norma, in conclusione, è soltanto espressiva di regole nella esplicazione un compito possibile dei medici ospedalieri. Dà ad essi un possibile "titolo", non già "pieno titolo", a prescrivere medicinali erogabili direttamente dal Servizio sanitario. Non si pone in contrasto con essa, di conseguenza, una misura organizzativa che, salvi i casi di urgenza, trasferisce nel medico di medicina generale la prescrizione del farmaco - anche se indicato da altro sanitario, curante sino ad un certo momento della vicenda patologica - per una terapia da seguire dopo la dimissione ospedaliera".

Non si trattava dunque, nella fattispecie decisa dal Consiglio di Stato, di sindacare la legittimità di un'estensione della categoria dei medici abilitati a prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale; invero l'oggetto del sindacato giurisdizionale richiesto al Consiglio di Stato si individuava nella esclusione dei medici ospedalieri - fatta eccezione per quelli dei servizi di accettazione e di pronto soccorso - dall'uso del "ricettario regionale".

In un passaggio della sentenza n. 362/2006 il Consiglio di Stato evidenzia come

l'art. 50 comma 2 del decreto legge n. 269 del 2003 "...indirizzata al controllo della spesa sanitaria, dà riconoscimento alla facoltà delle regioni di regolare il settore dei soggetti cui è connessa la responsabilità delle prescrizioni. Se, dunque, come nella Regione appellante, sono emanate misure limitative di distribuzione dei ricettari medici, queste si inseriscono nel disegno di "sorveglianza" stabilito dalla generale disposizione che mira al contenimento della spesa".

Da tale affermazione tuttavia non deriva il riconoscimento da parte del Consiglio di Stato del potere delle Regioni di estendere l'ambito dei medici prescrittori ma solo di regolare il settore dei soggetti cui è connessa la responsabilità delle prescrizioni. Il potere regolatorio riconosciuto alle Regioni non può comunque porsi in contrasto con l'art. 2, comma 1, del decreto legge n. 443/1987 che, come ha evidenziato la Corte Costituzionale nella sentenza n. 1103 del 1988, è espressivo di un principio fondamentale del nostro ordinamento.

Si ricorda che l'art. 2, comma 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 dispone che "Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera".

Del resto, anche nella circolare regionale prot. n. 8714 del 19 aprile 2016, avente ad oggetto "Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale". Invio nota ministeriale recante le prime indicazioni per l'applicazione dello stesso" (documento citato nella deliberazione impugnata e depositato in giudizio dalla Regione Piemonte) è previsto che le categorie di medici abilitate alla prescrizione delle prestazioni, e che quindi devono essere dotate di ricettario, siano: "Medici di Medicina Generale; Pediatri di Libera Scelta; Tutti i medici specialisti che operano nei servizi del Sistema Sanitario Regionale dipendenti e convenzionati interni, i medici operanti nel SSR con contratti atipici, che li pongono in situazione analoga a quella del dipendente".

Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso è fondato e va accolto per tale assorbente censura e, per l'effetto, va annullata la deliberazione della Giunta regionale 22 giugno 2018, n. 40-7097.

La complessità e la novità della questione oggetto della controversia in esame giustifica l'integrale compensazione delle spese di lite tra le parti costituite.

P.Q.M.

il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte, Sezione Prima, definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie nei termini di cui in motivazione e, per l'effetto, annulla la deliberazione della Giunta regionale 22 giugno 2018, n. 40-7097.

Spese compensate.

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

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 5 dicembre 2018 con l'intervento dei magistrati:

Domenico Giordano, Presidente

Flavia Risso, Primo Referendario, Estensore

Paolo Nasini, Referendario

**L'ESTENSORE**

**Flavia Risso**

**IL PRESIDENTE**

**Domenico Giordano**

**IL SEGRETARIO**