



Reg.Dec. 362/06

N. Reg.Ric. n. 2130

Anno: 2005

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Quinta) ha pronunciato la seguente

DECISIONE

sul ricorso in appello n.r.g. 2130 del 2005, proposto dalla Regione Puglia, rappresentata e difesa dall'avv. Luciano Ancora e con lui elettivamente domiciliata in Roma, via L. Mantegazza, n. 24, presso il sig. Luigi Gardin,

contro

l'ANAAO – ASSOMED, segreteria regionale per la Puglia, in persona del segretario regionale, rappresentata e difesa dall'avv. Antonio P. Nichil e con lui elettivamente domiciliata in Roma, via L. Mantegazza, n. 24, presso il sig. Luigi Gardin,

per l'annullamento

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale della Puglia, Sez. staccata di Lecce II, n. 6905/2004, pubblicata il 5 ottobre 2004.

Visto il ricorso con i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della parte sopra indicata;

Viste le memorie prodotte dalle parti a sostegno delle rispettive difese;

Visti gli atti tutti della causa;

Designato relatore, alla pubblica udienza del 12 luglio 2005, il consigliere Giuseppe Farina ed uditi, altresì, gli avv. Notarnicola su delega dell'avv. Ancora e l'avv. Di Cagno su delega dell'avv. Nichil;

Ritenuto e considerato in fatto e in diritto quanto segue.

FATTO

1. Il ricorso in appello n. 2130 del 2005 è proposto dalla Regione Puglia. È stato notificato in data 16 febbraio 2005 alla associazione ANAAO – ASSOMED della Regione. È stato depositato il 15 marzo.

2. È impugnata la sentenza n. 6905 del 2004 della II Sezione del Tribunale amministrativo regionale della Puglia – Sezione staccata di Lecce, pubblicata in data 5 ottobre 2004. Con detta pronuncia è stato annullato *in parte qua* il regolamento regionale n. 17 del 17 novembre 2003.

3. Il ricorso in appello è affidato a censure di inammissibilità del ricorso introduttivo ed a censure di sua infondatezza nel merito.

Con memoria depositata il 30 giugno 2005 sono state illustrate ulteriormente le critiche alla suddetta pronuncia.

4. L'ANAAO si è costituita, per resistere al ricorso, in data 22 marzo 2005. Ha controdedotto con memoria del 28 aprile e del 30 giugno 2005.

5. Nella camera di consiglio del 29 aprile 2005, è stata accolta la domanda di sospensione dell'efficacia della sentenza impugnata.

6: All'udienza del 12 luglio 2005, il ricorso è stato chiamato per la discussione e, poi, è stato trattenuto in decisione.

DIRITTO

1. Con la sentenza impugnata, il Tribunale amministrativo regionale della Puglia – Sezione staccata di Lecce – si è pronunciato sul ricorso del segretario regionale della “Associazione nazionale assistenti ed aiuti ospedalieri – Associazione medici dirigenti”, per l'annullamento del regolamento regionale n. 17 del 17 novembre 2003, nella parte in cui:

1.1. inibisce ai medici ospedalieri l'uso del ricettario unico regionale per le prescrizioni farmaceutiche;

1.2. stabilisce che essi, nella proposta di prescrizione farmaceutica al “medico di assistenza primaria”, indichino esclusivamente il “principio attivo e non il nome commerciale della specialità”;

1.3. dispone che, nei casi di urgenza, con dimissione ospedaliera, richiedano ad altri medici ospedalieri – del “pronto soccorso” o del “servizio accettazione” – la trascrizione della terapia consigliata sul ricettario unico regionale (che soltanto a questi ultimi medici è assegnato), con obbligo/compito del “medico curante” di “verificare la corrispondenza tra la diagnosi e le Imitazioni prescrittive emanate dalla” commissione unica del farmaco

(CUF) e con riconoscimento del “titolo” a modificare o a non procedere alla prescrizione.

2. Il Tribunale amministrativo regionale:

2.1. ha riconosciuto la legittimazione del segretario regionale dell’associazione a tutelare l’interesse collettivo dei medici ospedalieri;

2.2. ha negato l’esistenza di controinteressati al ricorso, trattandosi di impugnazione di norma regolamentare;

2.3. ha riconosciuto l’immediata lesività delle norme contestate, “nella parte in cui limitano l’attività di prescrizione farmaceutica”;

2.4. ha rilevato l’illegittimità delle suddette prescrizioni regolamentari:

2.4.1. per contrasto con l’art. 15 decies del decreto legislativo n. 502/1992, che dà, secondo il primo giudice, ai medici ospedalieri “pieno titolo per utilizzare il ricettario del S.S.N. nel prescrivere medicinali” non soltanto nei casi di urgenza;

2.4.2. per contrasto con l’art. 15, comma 3, dello stesso decreto legislativo, che sancisce “l’autonomia tecnico-professionale” del medico ospedaliero, il che implicitamente presuppone che “non può essere limitato nell’esercizio della prescrizione dei medicinali”;

2.4.3. perché la diversa clausola dell’art. 36, comma 7, del d.p.r. 270/2000 (sulla facoltà dei medici ospedalieri di prescrivere medicinali in casi di urgenza), in quanto disciplina dei rapporti fra

medici di medicina generale e Servizio sanitario nazionale, non può modificare una norma legislativa, come il citato art. 15 decies, né è significativa di un divieto di prescrizione in ogni altra ipotesi;

2.4.4. perché, in virtù della migliore conoscenza, in molti casi, della patologia del paziente, da parte del medico ospedaliero, non è opportuno impedirgli di specificare il nome commerciale del farmaco di cui ha bisogno la persona da curare;

2.4.5. perché è illogico e totalmente inutile trasferire sul medico del “pronto soccorso” la trascrizione della terapia sul ricettario;

2.4.6. perché, infine, le esigenze di contenimento della spesa farmaceutica, poste dall’art. 5 del d.l. n. 347 del 2001, sono efficacemente soddisfatte con l’art. 7 dello stesso d.l. che “obbliga il farmacista a consegnare il farmaco avente il prezzo più basso”, tranne alcune ipotesi.

3. Il ricorso in appello della Regione si appunta, con il primo motivo, contro la statuizione positiva del T.A.R. sulla legittimazione del segretario regionale della predetta associazione ad impugnare il provvedimento in questione.

La censura non ha pregio.

La regola da applicare, per quanto riguarda le associazioni non riconosciute – come non è contestato che sia l’ANAAO regionale in esame – è stabilita nell’art. 36, comma 2, del codice civile. Ivi si dispone che le associazioni non riconosciute possono stare in giudizio in persona di coloro ai quali è conferita, dagli ac-

cordi degli associati sull'ordinamento interno e l'amministrazione, la presidenza o la direzione.

Secondo lo statuto dell'associazione in esame, come ha rilevato il Tribunale amministrativo regionale, e precisamente secondo l'art. 26, il segretario regionale ha la rappresentanza della associazione. Lo statuto è derivazione di un accordo fra gli associati e perciò ad esso si deve aver riguardo per quanto concerne la rappresentanza della detta organizzazione sindacale, anche in sede giudiziaria. Va confermata, perciò, la statuizione sulla legittimazione del segretario regionale a proporre il ricorso in parola.

4. Con il secondo motivo la Regione sostiene che il ricorso introduttivo doveva essere notificato al sindacato dei medici di medici generale "sicuramente controinteressato alla decisione".

Anche questa censura non va condivisa.

In primo luogo, il sindacato cui ha riguardo la Regione appellante non è soggetto conosciuto o facilmente conoscibile. Manca perciò il principale requisito stabilito dall'art. 21 della l. 6 dicembre 1971, n. 1034, dove, in linea di continuità con le precedenti norme che regolavano il ricorso dinanzi al Consiglio di Stato, si dispone che il ricorso va notificato ai controinteressati ai quali l'atto direttamente si riferisce. Non già, di conseguenza, ad una associazione di presunti controinteressati non riconosciuta giuridicamente.

In secondo luogo, l'appellante trascura inammissibilmente che il primo giudice ha rilevato, per negare l'esistenza di controin-

interessati alla pronunzia di annullamento, che si discute, nella fattispecie, di un atto regolamentare, che, per definizione, non può avere destinatari personalmente individuabili. Anche se, stando alla forma ed al contenuto dell'atto impugnato, si può avanzare qualche dubbio che si tratti di un atto con regole innovative ed astratte, quali deve esprimere un provvedimento normativo – giacché reca una autodefinizione, nella premessa, di “atto di indirizzo e di coordinamento” e seguita con una serie di proposizioni sulla “formazione ed informazione” e sulla “attuazione del programma regionale” sanitario, che sembrano configurarsi come una esposizione di motivi che giustificano una serie di soluzioni organizzative per una adeguata “sorveglianza” (definita, secondo un linguaggio corrente, come “monitoraggio) dell'andamento delle prescrizioni di farmaci – sta di fatto che quelle, sopra riferite come oggetto di critica del ricorso introduttivo, sono, di certo, clausole generali, per le quali vale la regola riferita dal T.A.R. e seguita da una giurisprudenza, che non presenta eccezioni, secondo la quale non si configurano situazioni di controinteressati alla loro impugnazione.

5. Con le osservazioni ora espresse, trova confutazione anche una terza censura, per vero molto concisa, del ricorso in appello, sull'interesse a tutela del quale si è agito. Giacché 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. 30 dicembre 1992, n. 502, 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.

8. Si innesta su questo filone logico, la regola dell’art. 15 decies del d. lgs. 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 occa-

sione 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.

9. E, poiché rimane ferma la possibilità di dare, da parte del sanitario che nell’ambito ospedaliero ha prestato le cure, la precisazione del farmaco che ritiene appropriato per l’eventuale prosecuzione della terapia, la disposizione contestata del cennato regolamento regionale non compromette la funzione medica di questo, né le scelte che egli può indirizzare sulle terapie che possibilmente devono essere seguite. Tiene, invece ed anche, legittimamente conto del venir meno di una sua responsabilità professionale, con la dimissione ospedaliera, e del subentrare di quella di un altro sanitario.

Ne segue che non può neppure essere condiviso l'assunto del contrasto – affermato in prime cure – della disposta restrizione di disponibilità del ricettario regionale, nei riguardi dei medici ospedalieri, con l'art. 15, comma 3, del d. lgs. 502/1992 citato. Questa norma salvaguarda, è vero, l'autonomia "tecnico - professionale" dei dirigenti sanitari, fra i quali sono da annoverare i medici ospedalieri. Ma si tratta dell'autonomia riconosciuta nella esplicazione della loro attività specifica. In seno, quindi, alla organizzazione ospedaliera. Non può, per conseguenza, se non a prezzo della non ammessa compressione di altra autonomia di altri sanitari, affermarsi che la disposizione in parola esiga che i medici ospedalieri debbano essere in possesso del ricettario per il quale si disputa.

10. Si possono fare ancora alcune brevi osservazioni che appaiono sorreggere la legittimità delle disposizioni in esame.

Nella parte riguardante l'attuazione della programmazione regionale è stabilito che gli oneri derivanti da non corrette prescrizioni devono essere posti "a carico del medico prescrittore dipendente o specialista convenzionato interno".

Nell'ultima parte del provvedimento regionale è disposta la istituzione di un "osservatorio regionale sulla appropriatezza prescrittiva". A questo organo è assegnato il "compito di verificare la corretta applicazione, da parte dei medici prescrittori, delle norme relative al presente regolamento".

Si tratta di elementi che concorrono, insieme alla limitazione dell'uso del ricettario regionale e ad altre recate dal provvedimento regionale, ad una meglio organizzata attenzione verso la spesa farmaceutica e per accertamenti diagnostici. In particolare, la limitazione del possesso del ricettario regionale riduce la platea dei soggetti le cui prescrizioni possono controllarsi, sotto l'aspetto della appropriatezza, secondo un presumibile disegno di interventi più tempestivi e puntuali volti a frenare operazioni non conformi a legge.

Sono perciò disposizioni che si iscrivono in un quadro di coerenza con l'art. 50, comma 2, del d.l. 30 settembre 2003, n. 269, conv. in l. 24 novembre 2003, n. 326. Qui si sancisce, infatti, per “potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni” (comma 1), la previsione di modelli di ricettari medici “standardizzati” e di ricetta medica “a lettura ottica”, da distribuire alle aziende sanitarie e ad altri organi, per la “consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni”.

La stessa formula della legge statale, indirizzata al controllo della spesa sanitaria, dà riconoscimento alla facoltà delle regioni di regolare il settore dei soggetti cui è commessa 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.

Anche sotto il profilo ora considerato, la misura contestata appare dunque legittima.

11. Alla riforma della sentenza impugnata, con reiezione del ricorso introduttivo, può farsi seguire, poiché ricorrono giusti motivi, la compensazione delle spese di entrambi i gradi del giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Quinta) accoglie l'appello e, per l'effetto, in riforma della sentenza impugnata, respinge il ricorso introduttivo.

Spese compensate.

Ordina che la presente decisione sia eseguita dall'Autorità amministrativa.

Così deciso in Roma, dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Quinta), nella camera di consiglio del 12 luglio 2005, con l'intervento dei Signori:

Sergio Santoro	Presidente
Giuseppe Farina estens.	Consigliere
Paolo Buonvino	Consigliere
Aldo Fera	Consigliere
Gabriele Carlotti	Consigliere

L'Estensore	Il Presidente
f.to Giuseppe Farina	f.to Sergio Santoro

Il Segretario
f.to Rosi Graziano

DEPOSITATA IN SEGRETERIA
IL 31 GENNAIO 2006
(Art. 55, L. 27/4/1982, n. 186)
Il Dirigente
F.to Antonio Natale