

CONSIGLIO DI STATO - Sezione II – sentenza n. 8166 del 18 dicembre 2020

VISITE DOMICILIARI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI PAZIENTI COVID

Non sussistono preclusioni per i medici di medicina generale ad effettuare visite domiciliari ai pazienti Covid in quarantena domiciliare.

La Sezione ha riformato la sentenza del Tra Lazio che aveva accolto il ricorso, proposto avverso provvedimenti della Regione Lazio sull'assunto che gli stessi avrebbero gravato i medici di medicina generale di una funzione di assistenza domiciliare ai pazienti Covid del tutto impropria, spettante, in base all'art. 8, d.l. n. 14 del 2020 prima e all'art. 4-bis, d.l. n. 18 del 2020 poi, unicamente alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (c.d. USCA) istituite dal Legislatore nazionale d'urgenza proprio ed esattamente a questo scopo. L'estensione della competenza ai malati Covid comporterebbe la distrazione di tali medici dal loro precipuo compito, che è quello di prestare l'assistenza ordinaria, a tutto detrimento della concreta possibilità di assistere i tanti pazienti non Covid, molti dei quali affetti da patologie anche gravi.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 8943 del 2020, proposto da

Regione Lazio, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Rodolfo Murra, Giuseppe Allocca, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio Giuseppe Allocca in Roma, via Marcantonio Colonna 27;

contro

Cristina Patrizi, Giuseppina Onotri, Gian Marco Polselli, Sindacato dei Medici Italiani, in persona del legale rappresentante pro tempore, 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 Alberto Saraceno in Roma, via degli Scipioni n. 265;

nei confronti

Inmi Lazzaro Spallanzani I.R.C.C.S., Goglia Paola Barbara, non costituiti in giudizio;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:

Codacons – Coordinamento delle Associazioni A Tutela dei Diritti degli Utenti e dei Consumatori; Articolo 32-97 – Associazione Italiana per i Diritti del Malato e del Cittadino, in persona del rispettivo legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dagli avvocati Gino Giuliano, Carlo Rienzi, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto in Roma, viale Giuseppe Mazzini n. 73;

Regione Puglia, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Isabella Fornelli, Rossana Lanza, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio Isabella Fornelli in Roma, via Barberini 36;

Regione Veneto, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Franco Botteon, Chiara Drago, Andrea Manzi, Cristina Zampieri, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio Andrea Manzi in Roma, via Confalonieri n. 5;

Regione Molise, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Claudia Angiolini, Annamaria Macchiarola, con domicilio eletto presso lo studio Ufficio Delegazione Roma Regione Molise in Roma, via del Pozzetto n. 117;

Regione Liguria, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Aurelio Domenico Masuelli, Andrea Bozzini, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Regione Lombardia, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Sabrina Gallonetto, Maria Emilia Moretti, Pio Dario Vivone, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio Stefano Gattamelata in Roma, via di Monte Fiore 22;

Regione Calabria, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Angela Marafioti, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Regione Autonoma Valle D'Aosta / Vallée D'Aoste, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Francesco Pastorino, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Regione Piemonte, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Marco Piovano, Marialaura Piovano, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Regione Basilicata, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Maddalena Bruno, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Nizza 56;

Regione Autonoma della Sardegna, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Alessandra Camba, Sonia Sau, con domicilio eletto presso lo studio Sonia Sau in Roma, via Lucullo 24;

Regione Emilia Romagna, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Maria Rosaria Russo Valentini, Roberto Bonatti, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Regione Campania, in persona del Presidente pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Massimo Consoli, con domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Poli, n. 29;

Azienda Sanitaria Locale Roma 3, in persona del Direttore generale pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Fabio Ferrara, con domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Casal Bernocchi, 73;

per opposizione di terzo ex art.109 comma 2 c.p.a.:

Sezione Provinciale Latina Fimmg - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Sezione Regionale Lazio Fimmg - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Cirilli Giovanni, Sezione Provinciale Roma Fimmg - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Bartoletti Pier Luigi, Moscatelli Marina, Chiriatti Alberto, Valente Fabio, Dutti Giovanni Marco, Fal-

cione Alessandro, Reggiani Chiara, Maglie Maria Grazia, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dall'avvocato Beniamino Caravita Di Toritto, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via di Porta Pinciana n. 6;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza) n. 11991/2020, resa tra le parti, concernente l'annullamento dell'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00009 del 17.03.2020 (Proposta n. 3999 del 16.03.2020), recante «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica», in BUR Lazio n. 27, Suppl. n. 3 del 17.03.2020.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio dei dott.ri Cristina Patrizi, Giuseppina Onotri, Gian Marco Polselli e del Sindacato dei Medici Italiani;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nella camera di consiglio del giorno 15 dicembre 2020 il Cons. Giulio Veltri e uditi per le parti gli avvocati Rodolfo Murra, Giuseppe Allocca, Stefano Tarullo, Alberto Saraceno, Isabella Fornelli, Francesco Pastorino, Sabrina Gallonetto, Maria Emilia Moretti, Gino Giuliano, Carlo Rienzi, Aurelio Domenico Masuelli, Annamaria Macchiarola, Claudia Angiolini, Andrea Manzi, Cristina Zampieri, Beniamino Caravita Di Toritto, Fabio Ferrara, Marco Piovano, Sonia Sau, Maria Rosaria Russo Valentini e Consoli Massimo;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Con l'appello oggetto dell'odierno esame, la Regione Lazio ha impugnato la sentenza del TAR Lazio, in epigrafe indicata, con la quale è stato accolto il ricorso proposto dal Sindacato dei Medici Italiani – SMI, e da alcuni medici di medicina generale, proposto avverso alcuni provvedimenti adottati dalla regione Lazio per il contrasto all'emergenza COVID.

1.1. Segnatamente, è stato chiesto l'annullamento:

- dell'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00009 del 17.03.2020, recante «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica»;

- del provvedimento della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. «Int. 0314552.10-04-2020», recante «Procedura speciale legata all'emergenza COVID. Programma di potenziamento cure primarie. Avviso volto ad acquisire manifestazione di interesse per svolgere attività nella USCAR»;

- della Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane, a firma del Direttore regionale, prot. G04569 del 20.04.2020 recante «Approvazione del regolamento di funzionamento USCAR LAZIO» e del Regolamento ivi accluso quale sua parte integrante e sostanziale, in BURL n. 59 del 7.05.2020; - della Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria- Area Risorse Umane, a firma del Direttore regionale, prot. G04586 del 20.04.2020, recante «Procedura speciale legata alla Emergenza Covid. Programma di potenziamento cure primarie — USCAR Lazio – approvazione elenchi manifestazione di interesse di medici e infermieri» e degli ivi acclusi «Elenco Medici – Uscar», «Elenco Infermieri – Uscar», e «Allegato C - Ammessi con riserva»;

- della Nota della Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Direzione Regionale per l’Inclusione Sociale prot. 301502 del 9.04.2020, a firma dei Direttori Botti e Guglielmino, avente ad oggetto «Ulteriori indicazioni per prevenire l’infezione da nuovo coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19) nelle strutture territoriali residenziali sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali», nonché dell’ivi accluso «Programma di potenziamento delle cure primarie - Emergenza COVID-19».

2. In sintesi e per quanto qui ancora rileva, i ricorrenti hanno dedotto, dinanzi al primo giudice, che in conseguenza dei provvedimenti regionali impugnati i medici di medicina generale sarebbero stati investiti di una funzione di assistenza domiciliare ai pazienti Covid del tutto impropria, spettante, in base all’art. 8 D.L. n. 14/2020 prima ed art. 4-bis D.L. n. 18/2020 (conv. in L. 27/2020) poi, unicamente alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (c.d. USCA) istituite dal Legislatore nazionale d’urgenza proprio ed esattamente a questo scopo. Funzione che distarrebbe i ricorrenti dal loro precipuo compito, che è quello di prestare l’assistenza ordinaria, a tutto detrimento della concreta possibilità di assistere i tanti pazienti non Covid, molti dei quali affetti da patologie anche gravi.

3. Il TAR ha accolto il ricorso e annullato in parte qua gli atti impugnati, ritenendo fondata la tesi dei ricorrenti. Ha affermato, in particolare, il primo giudice, che “Nel prevedere che le Regioni “istituiscono” una unità speciale “per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero”, la citata disposizione rende illegittima l’attribuzione di tale compito ai MMG, che invece dovrebbero occuparsi soltanto dell’assistenza domiciliare ordinaria (non Covid)”.

4. La Regione Lazio ha proposto appello con contestuale domanda di inibitoria dei provvisori effetti della sentenza gravata.

5. Nel giudizio di appello si sono costituiti ad adiuvandum il Codacons e Articolo 32-97 – Associazione Italiana per i diritti del malato e del cittadino, nonché le Regioni Puglia, Veneto, Molise, Liguria, Lombardia, Calabria, Valle d’Aosta, Piemonte, Basilicata, Sardegna, Emilia Romagna; infine l’Azienda Sanitaria Locale Roma 3.

6. Hanno proposto opposizione di terzo ex art.109 comma 2 c.p.a. la Sezione regionale del Lazio e le Sezioni provinciali di Roma e Latina della FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, nonché i dott.ri Moscatelli, Chiriatti, Valente, Dutti, Falcione, Reggiani e Maglie.

7. Nel giudizio si è costituito il S.M.I. - Sindacato dei medici italiani – e la dott.ssa Patrizi, originari ricorrenti.

8. La causa è stata chiamata all'udienza camerale del 15 dicembre 2020 e discussa da remoto ai sensi del combinato disposto dell'art. 4 D.L. n. 28/2020 e art. 25 D.L. n.137/2020.

9. In sede di discussione il Collegio ha dato avviso alle parti della sussistenza dei presupposti per l'emissione di una sentenza definitiva in forma semplificata in luogo dell'invocata pronuncia cautelare.

DIRITTO

1. Come accennato nella premessa in fatto, il contenzioso concerne i provvedimenti con i quali la regione Lazio, al fine di fronteggiare l'emergenza pandemica in atto, ha dato ulteriore sviluppo al modello organizzativo regionale varato in attuazione dell'art. 1 legge n. 189/2012. Modello che da tempo ha visto la costituzione di Unità di Cure Primarie UCP (ossia forme organizzative monoprofessionali), nonché di Unità Complesse di Cure Primarie (forme organizzative invece multiprofessionali) aventi essenzialmente lo scopo di creare una rete sanitaria immediatamente reperibile, utile a evitare il sovraffollamento dei presidi di emergenza e urgenza.

1.1. La Regione Lazio, in sintesi, ha ritenuto di poter adeguatamente rispondere all'emergenza epidemiologica anche attraverso l'utilizzo delle succitate aggregazioni territoriali, individuando in ciascuna di esse un Referente COVID, dotato di tutti i presidi di prevenzione, cui affidare l'assistenza, anche a domicilio, dei pazienti affetti dal virus, così affiancando tale modulo di intervento all'Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR) per COVID-19, pure istituita ai sensi della disposizione nazionale prevista dall'art. 4 bis D.L. 17.03.2020, n. 18 per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 non necessitanti di ricovero ospedaliero.

2. Il Giudice di prime cure, nell'accogliere il ricorso del Sindacato dei Medici Italiani - una delle diverse associazioni rappresentative dei medici di medicina generale - ha affrontato il nodo dell'esegesi dell'art. 4-bis D.L. n. 18/2020, e affermato un principio che per la sua valenza generale ha inciso sul complessivo approccio sanitario e organizzativo nella lotta all'epidemia e sui rapporti che tra i soggetti istituzionali e di governo in tale contesto: il principio, secondo il quale, la citata disposizione normativa statale, nel prevedere che le Regioni "istituiscono" una unità speciale "per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero", implicitamente esonera de tale compito i medici di medicina generale e rende conseguentemente illegittima ogni disposizione regionale che distolga questi ultimi dai compiti "ordinari" (i.e. non covid).

2.1. L'ampiezza, la rilevanza e l'effetto potenzialmente generale della statuizione, è alla base dell'intervento, in questo grado di appello, di molte Regioni, le quali, affiancandosi alla difesa della Regione Lazio, odierna appellante, sostengono i motivi di critica da quest'ultima promossi e così enucleabili:

a) sarebbe erronea l'affermazione secondo la quale la ratio dell'art. 4-bis DL 18/2020 deve individuarsi nella necessità di non "distrarre" i medici di base dal proprio compito d'istituto, con attribuzione di "compiti del tutto avulsi dal loro ruolo all'interno del SSR", atteso che, secondo la

regione appellante: a) i compiti non sarebbero affatto “avulsi” dal Servizio Sanitario, il quale, in forza dell’art. 4 del DPCM del 12 gennaio 2017 (avente ad oggetto i LEA) e dell’art. 33 dell’Accordo Nazionale che riguarda i medici di medicina generale, assicura le visite domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo da parte del medico di medicina generale che ha in carico il paziente, senza che si debba e possa discernere se il paziente ha o meno malattie infettive (primo motivo d’appello);

b) tali compiti sarebbero viepiù confermati dal recente accordo Nazionale Collettivo che attribuisce ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, un ruolo proattivo nel rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione nella trasmissione della Sars-Cov 2 (secondo motivo d’appello);

c) nessuna “distrazione” dai propri compiti di istituto vi sarebbe, posto che la visita domiciliare del proprio assistito costituisce parte integrante dei compiti del medico di medicina generale, in specie nell’attuale fase epidemiologica in cui l’elevatissimo numero di contagi richiede sinergia degli interventi e pluralità di risorse mediche, non affrontabili con le pur numerose USCAR istituite (il Lazio ne ha istituite 150 di unità, impiegando 1100 unità di personale tra medici e infermieri, eppure – secondo il report dell’appellante – sono ben poca cosa dinanzi ai 65.000 malati Covid nella regione Lazio, ai quali si chiede di stare a casa, senza cure, al fine di non intasare le strutture ospedaliere) (terzo motivo);

d) in ogni caso le misure adottate rientrerebbero appieno nei profili organizzativi e gestionali della sanità, riservati dall’art. 117 cost. alle Regioni.

3. Il sindacato dei medici controinteressati (FIMMG), il Codacons, l’Articolo 32-97 – Associazione Italiana per i diritti del malato e del cittadino, nonché le Regioni Puglia, Veneto, Molise, Liguria, Lombardia, Calabria, Valle d’Aosta, Piemonte, Basilicata, Sardegna, Emilia Romagna e, infine, l’Azienda Sanitaria Locale Roma 3, ribadiscono, seppur con diverso lessico e stile argomentativo, i medesimi concetti posti a base dei motivi d’appello.

4. Il sindacato dei medici italiani (S.M.I), originario ricorrente, replica invece alle censure avversarie sostenendone la mancanza di fondamento.

4.1. Innanzitutto, sul piano processuale, eccepisce che nessuno dei soggetti intervenuti ad adiuvandum (rispetto alla regione appellante) risulta titolare di «una situazione giuridica autonoma e incompatibile, rispetto a quella riferibile alla parte risultata vittoriosa per effetto della sentenza oggetto di opposizione», né «titolare di una posizione giuridica collegata o dipendente da quella del ricorrente in via principale» (Cons. Stato, Ad. Plen., 27.02.2019 n. 4), con la conseguente inammissibilità degli interventi de quibus.

4.2. Nel merito controdeduce evidenziando che la norma ha indissolubilmente legato l’istituzione delle USCA alla «gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero», individuando per queste Unità una missione specifica ed esclusiva: occuparsi unicamente di assistenza domiciliare e non di altre tipologia di intervento. Al contrario, in forza dei provvedimenti impugnati le USCAR laziali verrebbero indirizzate verso altri obiettivi (case di cura, comunità, istituti penitenziari e altre strutture) e solo in via residuale si occuperebbero dell’assistenza domiciliare, “scaricando” gli incumbenti sui medici di medicina gene-

rale, con ricadute sulla normalità e continuità di funzionamento della rete assistenziale territoriale nel periodo pandemico.

4.3. Inoltre il DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA (citato dall'appellante) prevederebbe le visite domiciliari dei MMG solo ed esclusivamente per le patologie acute e croniche, fra le quali non rientrerebbero quelle infettive, e quelle non programmate. A tale proposito l'associazione appellata ripropone un motivo assorbito in prime cure, teso proprio a rilevare che le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono analiticamente descritti nell'art. 45 dell'ACN, a mente del quale la gestione dei malati nell'ambito dell'assistenza domiciliare può avvenire solo se questa è «programmata» e quindi, evidentemente, concordata a monte. Evnenienza asseritamente non sussistente nel caso di specie. Del resto – chiosa l'associazione appellata - occorre rifuggire dalla suggestione della regione appellante e di quelle intervenute, secondo la quale l'evidente insufficienza degli addetti alle USCAR, la loro non conoscenza della storia clinica dei pazienti e l'inclusione nelle stesse anche di medici non specializzati rischierebbe di privare molti italiani, già svantaggiati perché affetti da Covid, di una adeguata assistenza sanitaria, atteso che delle USCA fanno parte anche medici, e queste sono (a differenza dei medici di medicina generale) realmente dotati dei presidi per la sicurezza propria e altrui. Del resto, la comunicazione tra le USCA e i medici di medicina generale renderebbe perfettamente trasparente la storia clinica del paziente al team che si reca a domicilio del sospetto Covid.

4.4. Nessuna rilevanza potrebbe poi avere l'accordo collettivo stipulato il 28.10.2020, citato dall'appellante, che pone l'obbligo a carico dei medici di medicina generale di effettuare tamponi a domicilio, poiché tale accordo nel corso del primo giudizio si trovava allo stato di bozza, né è stato sottoposto al vaglio del giudice; comunque non lo stesso non potrebbe intendersi come deponente per un obbligo di visita domiciliare del paziente Covid. L'associazione appellata insiste poi nel denunciare “la totale assenza di adeguata protezione personale per i MMG che effettuano visite a domicilio dei pazienti” e il rischio che da ciò discende, posto che se il medico potrebbe contagiare a sua volta centinaia di pazienti.

5. Ritiene, innanzitutto il Collegio, in deliberazione dell'eccezione avanzata dall'associazione appellata, che l'intervento in appello delle varie Regioni sia ammissibile. Trattasi di un intervento che mira a difendere la legittimità dei provvedimenti impugnati in primo grado, attraverso l'argomentata adesione alle tesi dell'amministrazione appellante, senza ampliamento del thema decidendum. La giurisprudenza ha chiarito che l'intervento a supporto della legittimità del provvedimento impugnato può essere giustificato anche dalla titolarità di un interesse di fatto che consenta alla parte di ritrarre un vantaggio indiretto e riflesso dalla reiezione del ricorso (Cons. Stato, sez. IV, 10 febbraio 2020, n. 573 e, da ultimo 7 agosto 2020, n.4973). Non occorre, come sostenuto dall'appellata, che ricorra “una situazione giuridica autonoma e incompatibile, rispetto a quella riferibile alla parte risultata vittoriosa”. Situazione invece pretesa dalla giurisprudenza per la diversa ipotesi di opposizione del terzo pretermesso.

Lo stesso dicasi per il Codacons e Articolo 32-97 – Associazione Italiana per i diritti del malato e del cittadino, il cui intervento è da ritenere pienamente ammissibile.

6. Differenziata è invece la situazione processuale della FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, nonché dei dott.ri Moscatelli, Chiriatti, Valente, Dutti, Falcione, Reggiani e Maglie, i quali hanno dichiarato di voler proporre opposizione di terzo, id est di avvalersi di un mezzo di gravame autonomo, svincolato dall'appello principale. Ritiene il Collegio che nel caso di specie nondimeno sussista una situazione giuridica autonoma e incompatibile, rispetto a quella riferibile alla parte risultata vittoriosa, atteso che associazione e medici opposenti hanno dichiarato di avere un interesse di pari spessore e di segno opposto a quello del sindacato ricorrente in primo gradi (in sostanza trattasi di soggetti interessati dagli effetti dei provvedimenti impugnati che si ritengono “valorizzati” più che “distratti” dall’approccio organizzativo della Regione Lazio).

La legittimazione all’opposizione di terzo quindi sussiste. In ogni caso, a ben vedere, la questione dello spessore e della rilevanza giuridica dell’interesse è stemperata dalla mancanza di autonome censure, ulteriori rispetto a quelle proposte dalla Regione Lazio, sì che l’opposizione in esame finisce per avere effetti analoghi a quelli dell’intervento adesivo svolto dagli altri intervenienti.

7. Ciò chiarito, può passarsi all’esame dei motivi d’appello.

8. Ritiene il Collegio che il gravame, i cui motivi possono essere congiuntamente esaminati, sia nel complesso fondato.

8.1. La sentenza di prime cure, e la tesi del Sindacato medici italiani, in prime cure accolta e qui riproposta, si fonda su due (inespressi) postulati: a) il primo, è quello secondo il quale l’esplosione di un evento pandemico e le conseguenze dello stesso sulla salute degli individui, in quanto evento straordinario e non previsto, immutano implicitamente i concetti di malattia acuta e cronica sui quali basano i LEA e i connessi accessi domiciliari nell’ambito della medicina generale; b) il secondo - nella tesi degli originari ricorrenti implicitamente collegato al primo - è che l’evento pandemico produca una sorta di tabula rasa organizzativa in ambito sanitario, in guisa che le disposizioni legislative emergenziali adottate per affrontare efficacemente l’evento e diminuirne le letali conseguenze epidemiologiche, costituiscano, anche in assenza di esplicite indicazioni in tal senso, strumento esaustivo ed esclusivo, capace di sostituirsi integralmente all’assetto ordinario delle competenze, attraverso non il meccanismo della deroga puntuale ma quello, appunto, dell’azzeramento del pregresso.

8.2. I postulati sono entrambi errati.

8.2.1. Il primo nonostante gli sforzi argomentativi dell’associazione appellata, non trova alcun appiglio normativo nel DPCM 12.01.2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. L’art. 4 comma 1 della fonte appena citata prevede infatti che “nell’ambito dell’assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute”. La tesi secondo la quale l’influenza da COVID-19 non sarebbe una patologia acuta sussumibile nel disposto appena citato, si risolve in

una mera illazione, posto che la patologia acuta è proprio il processo morboso funzionale o organico a rapida evoluzione, cui tipicamente è riconducibile quello conseguente a virus influenzale.

Dunque non c'è dubbio che se il legislatore non fosse affatto intervenuto, nessuno avrebbe dubitato che i medici di medicina generale, in forza del DPCM 12.01.2017 e dell'accordo collettivo che ne dà attuazione sul versante della medicina generale, avrebbero avuto l'obbligo di effettuare accessi domiciliari ove richiesto e ritenuto necessario in scienza e coscienza, a prescindere dalla sussistenza in atto di una patologia infettiva, e nel rispetto ovviamente dei protocolli di prevenzione e tutela.

8.2.2. Il legislatore è tuttavia intervenuto, e com'è noto, ha approntato soluzioni organizzative emergenziali. Qui viene il rilievo la fallacia del secondo postulato.

Le norme emergenziali, anche di carattere organizzativo, sono sempre norme speciali e derogatorie che si innestano in un contesto noto e presupposto dal legislatore, in modo da modellare l'assetto organizzativo ordinario e renderlo maggiormente idoneo a fronteggiare l'emergenza. È chiaro, dal punto di vista della tecnica legislativa, che per raggiungere tale finalità non occorre confermare espressamente l'ultravigenza di tutte le norme organizzative ordinarie pregresse, vigendo il generale criterio esegetico secondo il quale continua ad applicarsi ciò che non è espressamente derogato dalla norma emergenziale; così come è chiaro, dal punto di vista della scienza delle organizzazioni complesse, che un legislatore che voglia affrontare con la massima rapidità ed efficienza, senza lacune e soluzioni di continuità, una situazione emergenziale, non potrebbe giammai privarsi di un modello organizzativo già funzionante e testato, in favore di un modello interamente nuovo e sostitutivo, la cui concreta implementazione, tra l'altro, è rimessa all'iniziativa di ulteriori soggetti istituzionali e al reperimento di risorse umane e strumentali. Il principio della tabula rasa dell'organizzazione pregressa costituirebbe, in situazione emergenziale, un salto nel vuoto.

9. Ciò detto, l'esegesi dell'art. 4-bis D.L. n. 18/2020 appare al Collegio estremamente chiara. Esso ha previsto che “Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dalla data del 10 marzo 2020, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, e per le attività svolte nell'ambito della stessa ai medici è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro per ora.

2. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nomina-

tivo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1. I medici dell'unità speciale, per lo svolgimento delle specifiche attività, devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale e di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte”.

10. Esaminata la norma con le giuste lenti, e sgomberato il campo dalle suggestioni scaturenti dagli erronei postulati sopra esaminati, appare chiaro che il senso della disposizione emergenziale in commento sia quello di alleggerire i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale, dal “carico” derivante dall’esplosione pandemica, affiancando loro una struttura capace di intervenire a domicilio del paziente, a richiesta dei primi, ove questi, attanagliati da un fase di così diffusa morbilità e astretti dalle intuibili limitazioni temporali e fisiche, o anche legate all’indisponibilità temporanea di presidi efficaci, non possano recarsi al domicilio del paziente, o ritengano, in scienza e coscienza, nell’ambito della propria autonoma e libera valutazione medica, che sia necessaria o preferibile l’intervento della struttura di supporto. 10.1. Nessuna deroga ai LEA, quindi, ma garanzia della loro effettività attraverso un supporto straordinario e temporaneo – gli USCAR - destinato ad operare in sinergia e nel rispetto delle competenze e prerogative dei medici di medicina generale e degli altri medici indicati.

11. Trarre dalle disposizioni in commento, un vero e proprio divieto per i medici di medicina generale di recarsi a domicilio per assistere i propri pazienti alle prese con il virus, come sostenuto in prime cure, costituirebbe, per converso, un grave errore esegetico, suscettibile di depotenziare la risposta del sistema sanitario alla pandemia e di provocare ulteriore e intollerabile disagio ai pazienti, che già affetti da patologie croniche, si vedrebbero (e si sono invero spesso visti), una volta colpiti dal virus, proiettati in una dimensione di incertezza e paura, e finanche abbandonati dal medico che li ha sempre seguiti.

12. Del resto, seppur si volessero valorizzare le considerazioni dell’associazione appellata, nella parte in cui prospettano il rischio di ulteriore veicolazione del virus legato all’accesso domiciliare del medico di medicina generale, si tratterebbe comunque di rischi che dovrebbero essere previamente ponderati dal legislatore nell’ambito di una analisi multifattoriale, per poi eventualmente sfociare in un divieto chiaro ed espresso (che allo stato pacificamente difetta nel disposto dell’art. 4 bis cit), non potendosi certo far discendere, da tale ipotizzato rischio, un’esegesi normativa soppressiva del contributo che in questa fase i medici di medicina generale, i pediatri e i medici di continuità assistenziale possono e debbono dare unitamente alle USCAR nella lotta al virus.

13. In ogni caso sussistono ormai chiari indici che tale rischio sia subvalente rispetto al fattivo contributo che le figure mediche or ora menzionate possono dare nella lotta alla diffusione del virus.

13.1. Come allegato dalla Regione appellante e dalle altre parti intervenute, le associazioni maggiormente rappresentative dei medici hanno già stipulato un accordo che va oltre la visita domiciliare (per la quale, com’anzi detto non c’era certo bisogno di nuovi accordi) e consente ai medici, in relazione alla grave situazione emergenziale che il Paese sta affrontando, e allo scenario epidemico che si prospetta per il periodo autunno-invernale, l’accesso domiciliare per

l'effettuazione di tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica. 13.2. L'accordo prevede che "L'attività è erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti, definite dagli organi di sanità pubblica", opportunamente prevedendo, a prevenzione dei rischi di incremento del contagio che "In assenza dei necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), forniti ai sensi del precedente comma 5 per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi, il medico non è tenuto ai compiti del presente articolo e il conseguente rifiuto non corrisponde ad omissione, né è motivo per l'attivazione di procedura di contestazione disciplinare".

14. L'accordo sottende e formalizza un principio che ad avviso del Collegio era già ricavabile in precedenza dall'ordinamento: quello secondo il quale il medico di medicina generale (e le altre figure mediche operanti sul territorio), in scienza e coscienza ordinariamente valutano e, se necessario, effettuano, l'accesso domiciliare anche per i malati covid, nel rispetto dei protocolli di sicurezza, fruendo, ove necessario o opportuno, anche in considerazione dell'eventuale insufficienza o inidoneità dei dispositivi di protezione disponibili, del supporto dei medici e del personale dell'USCAR.

15. Ovviamente l'accordo citato, in nulla influisce sulla valutazione di legittimità che compete al Collegio in relazione agli atti impugnati in primo grado, e che è fatta esclusivamente con riferimento alle norme e agli accordi vigenti al momento di emanazione di quegli atti. Esso è piuttosto preso qui in considerazione solo quale indice dell'evoluzione dell'ordinamento verso soluzioni coerenti con l'esegesi che il Collegio oggi fornisce dell'art. 4 bis D.L. n. 18/2020 sulla base degli argomenti che precedono.

16. Quanto argomentato conduce all'accoglimento dell'appello della Regione Lazio e, per l'effetto, in riforma della sentenza gravata, alla reiezione del ricorso introduttivo di primo grado.

17. Avuto riguardo alla novità delle questioni, il Collegio ravvisa giusti motivi per compensare tra le parti le spese del doppio grado di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie. Per l'effetto, in riforma della sentenza gravata, respinge il ricorso introduttivo del primo grado.

Spese del doppio grado compensate. Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 15 dicembre 2020