

Pubblicato il 16/03/2017

N. 00382/2017 REG.PROV.COLL.

N. 00810/2016 REG.RIC.



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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 810 del 2016, proposto da:
Astra Zeneca S.p.A., in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avvocati Diego Vaiano, Francesco Cataldo e Massimo Occhiena, con domicilio eletto presso quest'ultimo in Torino, via Lamarmora 6;

contro

Regione Piemonte, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avvocati Chiara Candiollo e Giovanna Scollo, con domicilio eletto presso quest'ultima in Torino, corso Regina Margherita, 174;

nei confronti di

Teva Italia S.r.l., in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avvocati Adriano Travaglia, Maria Rosaria Russo Valentini e Roberto Bonatti, con domicilio eletto presso il primo in Torino, c.so Matteotti, 42 Bis;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:

Fimmg - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Sezione Regionale Piemontese, in persona del legale rappresentante p.t., Marasso Roberto, Dibella Sergio, Fornara Savio Renato, Fassone Ruggero Natale Piero, tutti rappresentati e difeso dall'avvocato Roberto Longhin, con domicilio eletto presso il suo studio in Torino, via Vittorio Amedeo II, 19;

per l'annullamento

della Deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte 16.5.2016 n. 30-3307, pubblicata sul B.U.R. 20S1 in data 19.5.2016 recante assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016;

dell'allegato A alla delibera stessa, segnatamente nella parte relativa all'obiettivo 8 - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera e nella parte riguardante il punto 4 - inibitori della HMG coA reduttasi (ATC=C10AA);

delle previsioni dettate con riguardo alla "scala" da assegnare a ciascun obiettivo e della relativa tabella riportata a pag. 31 dell'allegato A;

della nota della Direzione Sanità 2.12.2015, protocollo 22.698/A14.000, citata al riferimento n. 4 dell'obiettivo 8.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Piemonte e di Teva Italia S.r.l.;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 8 marzo 2017 il dott. Giovanni Pescatore e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. La ricorrente AstraZeneca S.p.A. è un'azienda farmaceutica titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di numerose specialità farmaceutiche rimborsabili dal SSN, inserite nella c.d. classe A) di cui all'art. 8, comma 10, della l. n. 537/1993. Tra queste, il CRESTOR, principio attivo rosuvastatina, appartenente alla categoria terapeutica delle statine (attive nella riduzione del colesterolo nel sangue), il cui regime di rimborsabilità e prezzo di cessione al S.S.N. è stato definito con determinazione AIFA 9 maggio 2006.

La rosuvastatina commercializzata dall'odierna ricorrente costituisce l'unico principio attivo appartenente alla categoria terapeutica delle statine che conserva ancora il (più alto) originario prezzo contrattato con AIFA, secondo quanto disposto dall'art. 48, comma 33, del d.L. n. 269/2003, in quanto è l'unico che ancora gode di copertura brevettuale, oltre a vantare una documentata maggiore efficacia terapeutica nella riduzione del colesterolo, obiettivo specifico di tale categoria di farmaci.

2. La società ricorrente, ritenendosene lesa nei suoi interessi, impugna nell'odierno giudizio la delibera della Giunta regionale del Piemonte 16 maggio 2016, n. 30.3307, con la quale sono stati assegnati ai direttori generali e ai commissari delle aziende sanitarie piemontesi alcuni "obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi".

Degli undici obiettivi individuati, la ricorrente concentra la sua attenzione su quello di cui al n. 8, recante "assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione delle variabilità" e, ancor più in particolare, sul punto n. 4 dell'obiettivo medesimo ove, con specifico riferimento alla categoria terapeutica degli Inibitori della HMG CoA reduttasi (statine), viene stabilito che *"la spesa in regime convenzionale nel 2016 [...] ha quale riferimento il costo medio per confezione fatto registrare presso l'ASR best performer. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento"*.

In altri termini, una volta calcolato il costo medio delle confezioni cedute presso ciascuna azienda sanitaria piemontese e l'importo più basso fatto registrare dalla struttura best performer, ciascuna azienda sanitaria - è questo l'obiettivo - dovrà ridurre di almeno il 70% lo scostamento esistente tra il proprio costo medio per confezione e quello fatto registrare dall'azienda più performante, nell'arco temporale di dodici mesi.

Tanto nelle premesse, quanto all'allegato A della citata delibera, viene inoltre espressamente previsto che il mancato conseguimento dello stesso sarà qualificato alla stregua di un "grave inadempimento contrattuale" e comporterà, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d.lgs. n. 502/1992, la decadenza automatica dei direttori generali.

Al contempo, viene previsto un premio di risultato (sotto forma di trattamento retributivo integrativo) in favore dei Direttori Generali e dei Commissari delle ASL che abbiano conseguito una percentuale del 60% degli obiettivi prefissati.

La ricorrente teme che l'effetto del meccanismo premiale e incentivante insito nelle segnalate previsioni possa essere quello di indurre i medici delle ASL - chiamati a prescrivere uno tra i diversi farmaci a base dei differenti principi attivi, afferenti alla categoria terapeutica delle statine - ad optare sistematicamente per quello avente il prezzo/confezione più basso, così da determinare l'estromissione dal mercato piemontese del medicinale CRESTOR, che presenta un prezzo per confezione mediamente maggiore rispetto alle altre statine in commercio.

3. La delibera viene censurata sotto cinque distinti profili:

1) Con il primo motivo - *Violazione dell'art. 15, comma 11-ter, del D.L. n. 95/2012, inserito dall'articolo 13-bis, comma 1, del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito in legge n. 221/2012. Violazione dell'art. 117 Cost. Incompetenza. Sviamento di potere. Violazione dell'art. 32 Cost.* - la ricorrente osserva come: a) il provvedimento impugnato di fatto imponga ai direttori generali delle aziende sanitarie e, per il loro tramite, ai medici specialisti che devono prescrivere un farmaco afferente alla categoria terapeutica delle statine, di prediligere sistematicamente il prodotto disponibile al prezzo/confezione più basso; b) senonché, la sostituzione di un determinato prodotto con un altro presuppone necessariamente una valutazione di equivalenza terapeutica tra tutti i principi attivi appartenenti alla categoria alla quale detti medicinali si riferiscono; c) la valutazione di equivalenza terapeutica tra la rosuvastatina e le altre statine presenti in commercio, effettuata implicitamente da parte della Regione Piemonte nella delibera impugnata, è illegittima in quanto l'art. 15, comma 11-ter, del D.L. n. 95/2012, la riserva espressamente alla competenza dell'AIFA, con decisioni che abbiano a valere su tutto il territorio nazionale; d) con riguardo al caso di specie, non esiste alcuna pronuncia dell'AIFA nel senso dell'asserita equivalenza terapeutica. Al contrario,

dalla Nota 13 della stessa AIFA emerge, in senso diametralmente opposto a quanto sostenuto dalla Regione Piemonte, che il ricorso alla rosuvastatina è consigliato come trattamento di 2° livello nei casi in cui il trattamento con le altre statine a brevetto scaduto non dia sufficienti garanzie di potere ottenere il risultato terapeutico atteso, ovvero, nei casi in cui il trattamento avviato si sia rivelato insufficiente.

Osserva, infine, la ricorrente come il fatto stesso che la rosuvastatina sia ancora protetta dagli effetti di un valido brevetto costituisca un ulteriore indice delle differenze esistenti tra i principi attivi in questione e della oggettiva peculiarità e innovatività del principio dalla stessa ricorrente commercializzato.

II) Con il secondo motivo - *Eccesso di potere per difetto dei necessari presupposti di fatto e di diritto. Eccesso di potere per difetto di motivazione e di istruttoria. Violazione art. 32 Cost. Contraddittorietà con la nota AIFA n.13* - viene contestata l'assenza di alcuna motivazione e di adeguate basi istruttorie e scientifiche a fondamento della scelta adottata dalla Regione nel senso della ritenuta equivalenza e fungibilità dei diversi principi attivi in questione.

III) Il terzo motivo di censura - *Illegittimità della deliberazione impugnata per violazione del principio di libertà prescrittiva del medico curante, espressione dell'art. 32 Cost. Sviamento di potere* - è riferito alla lesione del principio della libertà prescrittiva del medico, la quale, attraverso il meccanismo incentivante e sanzionatorio sopra descritto, viene forzata da atti amministrativi dettati non per ragioni cliniche, ma unicamente per ragioni di "gestione amministrativa della spesa".

IV) *Violazione del principio della libertà prescrittiva del medico sotto altro e specifico profilo. Eccesso di potere per contraddittorietà con i contenuti della Nota AIFA n. 13, applicabile alla categoria terapeutica delle statine, e con il principio della retroattività delle Note AIFA, dettato per finalità di salvaguardia delle esigenze di continuità terapeutica. Eccesso di potere per grave sproporzione, difetto di istruttoria e di motivazione.*

Ulteriore profilo di illegittimità della delibera regionale viene ravvisato nella mancata considerazione delle fondamentali esigenze - evidenziate anche nella menzionata nota 13 - di continuità terapeutica dei pazienti già avviati al trattamento con il principio attivo rosuvastatina, i quali verrebbero esposti ad un oggettivo rischio per la salute nel caso dovessero passare da una cura stabilizzata ad un'altra nuova e meno efficace.

Il provvedimento impugnato non prevede, infatti, alcuna ipotesi di deroga al raggiungimento degli

obiettivi e non esclude dal computo del prezzo medio delle confezioni neppure quello relativo ai medicinali destinati alla cura dei pazienti già in trattamento.

V) Eccesso di potere per illogicità, irragionevolezza, travisamento dei fatti, difetto di istruttoria e dei presupposti. Violazione dell'art. 32 Cost.

La deliberazione impugnata viene censurata come palesemente illegittima anche nella parte in cui ha collegato il raggiungimento dell'obiettivo, e la connessa valutazione dei direttori generali, ad un parametro, quello del costo medio per confezione, del tutto inadeguato a riflettere in maniera corretta il livello di spesa sostenuto per una determinata categoria terapeutica. La Regione ha infatti mancato di individuare un criterio di valutazione dei direttori generali di tipo ponderato, che attribuisca cioè il giusto peso anche ad elementi ulteriori rispetto a quello economico, quale appunto il dosaggio necessario per il raggiungimento di un determinato obiettivo terapeutico.

4. Si sono costituite in giudizio la Regione Piemonte e la Teva Italia s.r.l., quale parte controinteressata, opponendosi entrambe, con difese argomentate, alle deduzioni avversarie.

La terza controinteressata ha inoltre sollevato una eccezione di inammissibilità del ricorso, per asserto difetto di interesse ad agire della ricorrente, alla quale ha successivamente rinunciato, con memoria del 15 febbraio 2017, riconoscendone l'infondatezza.

5. La Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Sezione Regionale Piemontese, ha spiegato atto di intervento nel giudizio, in adesione alle istanze e alle censure formulate nel ricorso introduttivo.

6. A seguito dell'accoglimento dell'istanza cautelare, disposta con ordinanza n. 316 del 15 settembre 2016 (confermata in appello), espletato lo scambio di memorie ex art. 73 c.p.a., la causa è stata discussa e posta in decisione all'udienza pubblica dell'8 marzo 2017.

DIRITTO

1. Ritiene il Collegio che il ricorso sia meritevole di accoglimento, dovendosi al riguardo confermare l'orientamento già espresso dalla Sezione in sede cautelare.

Meritevoli di condivisione risultano innanzitutto i primi due motivi d'impugnativa, tra di loro connessi, stante l'effettiva perpetrata violazione, da parte della Regione Piemonte, dell'art. 13 bis del DL n. 179/2012, convertito in legge n. 221/2012, il quale ha introdotto il comma 11 ter dell'art. 15 del DL

n. 95/2012 secondo cui: "*Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica tra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni si attengono alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'Agenzia Italiana del farmaco*".

Nel caso di specie la valutazione di sovrapponibilità tra la rosuvastatina e le altre statine, vale a dire tra medicinali con diversi principi attivi, appare operata dalla Regione Piemonte al di fuori delle sue competenze, poiché esprime un concetto del tutto analogo a quello di equivalenza terapeutica, per stabilire la quale la disposizione predetta predica la competenza esclusiva dell'Agenzia Italiana del Farmaco alla quale le Regioni non possono certamente sostituirsi.

Come più volte chiarito dalla giurisprudenza, il comma 11 ter dell'art. 15 del DL n. 95/2012 traduce un principio immanente nell'ordinamento in quanto rispondente a criteri costituzionali di ripartizione di competenze tra Stato e Regioni, ex art. 117 Cost., che riconoscono al primo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (comprendenti la fornitura di specialità medicinali classificate in classe A), il cui godimento è assicurato a tutti in condizioni di uguaglianza sul territorio nazionale; e, alle seconde, una competenza concorrente in materia di tutela della salute.

Proprio in ossequio a siffatta ripartizione è stata istituita l'AIFA che ha infatti la funzione primaria di "garantire l'unitarietà delle attività in materia farmaceutica...", ex art. 48 comma 2 del DL n. 269/2003.

Dunque all'AIFA, quale organismo nazionale, è tributata la competenza esclusiva in materia di valutazione circa l'effettiva equivalenza/sovrapponibilità terapeutica di farmaci inclusi nella medesima CTO, mentre l'intervento degli organismi regionali è riservato ad una fase successiva. Esigenza sottesa al descritto riparto di funzioni è quella di evitare che possano esserci determinazioni differenziate da Regione a Regione circa l'effettiva equivalenza terapeutica di principi attivi diversi.

Nel caso di specie, non sussistono motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA circa la sovrapponibilità tra il Crestor, principio attivo rosuvastatina, e i farmaci appartenenti alla stessa classe terapeutica (statine), e dunque circa la sostituibilità del primo con i secondi. Infatti, la nota AIFA n. 13 si limita a richiedere ai medici prescrittori di ricorrere a rosuvastatina nei casi in cui il trattamento con le altre statine a brevetto scaduto non dia sufficienti garanzie di potere ottenere il risultato terapeutico atteso, ovvero, nei casi in cui il trattamento avviato si sia rivelato insufficiente. Tali indicazioni costituiscono un

chiaro indice della presenza di una valutazione di non equivalenza terapeutica, da parte di AIFA, di tutte le statine presenti in commercio, e di una maggiore intensità terapeutica della rosuvastatina, che ne consiglia l'impiego solo nei casi maggiormente critici.

2. Indirettamente lesa dalla delibera impugnata è anche la libertà prescrittiva del medico curante, posizione questa esaminata nel terzo motivo di ricorso e dalla quale ha tratto spunto l'intervento adesivo svolto nel presente giudizio dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale.

La giurisprudenza ha chiarito che l'art. 15, comma 11-bis, del d.l. n. 95 del 2012, cit., implica la vigenza del principio generale secondo il quale spetta al medico la scelta in ordine al principio attivo da prescrivere e somministrare al paziente; mentre, nell'ipotesi in cui per la cura della patologia siano disponibili più medicinali, l'indicazione di uno specifico medicinale tra quelli contenenti tale principio attivo è considerata dalla norma vincolante solo in presenza di una motivata indicazione di insostituibilità o in assenza di un aggravio rispetto al prezzo rimborsabile (ex multis, Cons. Stato, sez. III, 10 agosto 2016, n. 3565).

Ora, la scelta del principio attivo più idoneo da parte del medico prescrittore può essere sottoposta dalla Regione a limitazioni, nell'esercizio del potere e per le finalità di risparmio della spesa farmaceutica, stabiliti dagli artt. 4 e 6, del d.l. n. 347 del 2001, in relazione al conseguimento delle "soglie di adeguatezza prescrittiva", definite ai sensi dell'art. 11, del d.l. n. 78 del 2010, cit.

Tali limitazioni, tuttavia, possono però essere disposte solo qualora risulti la equivalenza terapeutica tra medicinali basati su diversi principi attivi, che, come già esposto, non può essere oggetto della valutazione del singolo medico, né della Regione in sede di organizzazione della distribuzione dei farmaci. Al contrario, incidendo sui livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art. 15, comma 11-ter, del d.l. n. 95 del 2012, nella formulazione vigente, l'"equivalenza" deve risultare da " motivate e documentate valutazioni espresse dall'Agenzia italiana del farmaco".

Ne consegue che una limitazione regionale non assistita dalla mediazione della valutazione qualificata e insostituibile dell'AIFA finisce per risultare lesiva delle prerogative professionali dei medici in ordine alla scelta della cura più appropriata, ovvero invasiva di un ambito di competenza specialistico che la Regione non può condizionare se non nei limiti sopra segnalati.

3. va poi considerato che la legittimità della delibera impugnata non può ritenersi preservata dal fatto che le relative previsioni, oggetto di contestazione, sono strutturate attraverso raccomandazioni e incentivi non vincolanti, che fanno in ogni caso salva, almeno in linea di principio e in termini astratti, la libertà prescrittiva dei medici curanti.

Rileva il Collegio che la determinazione regionale implica comunque un forte vincolo di cui i direttori generali delle ASL e, loro tramite, i medici curanti operanti sotto le direttive delle rispettive ASL, devono ben tenere conto, limitandone di fatto la piena libertà prescrittiva attraverso meccanismi sanzionatori o premiali, oltre che di monitoraggio delle prescrizioni e dei trattamenti terapeutici, in grado di indurli a conformare la prescrizioni dei farmaci agli obiettivi prioritari di risparmio.

La riconosciuta facoltà delle Regioni, nell'esercizio delle proprie competenze, di enunciare direttive tese ad ottenere il risparmio di spesa - obiettivo in sé auspicabile e virtuoso - non può incidere in alcun modo sulla libera prescrivibilità e sulla piena rimborsabilità di farmaci essenziali di fascia A, in assenza del necessario passaggio tecnico di riconosciuta equipollenza da parte dell'AIFA.

Ora, le previsioni della delibera qui contestate correlano in modo rigido e automatico al mancato raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali (tra i quali sono inclusi anche gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria regionale), non solo la mancata attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei direttori generali, ma anche una valutazione in termini di grave inadempimento contrattuale, tale da comportare *ipso iure* la decadenza del dirigente dall'incarico.

Pertanto, le previsioni in esame, pur non vincolando direttamente libertà prescrittiva dei medici curanti, paiono certamente in grado di ingenerare nei destinatari (e nel personale medico operante sotto le direttive delle rispettive ASL) una propensione ad uniformarsi, facendo così prevalere logiche di risparmio a discapito del parametro dell'appropriatezza della cura.

In relazione a casi analoghi a quello qui in esame, la giurisprudenza ha già avuto modo di affermare, con statuizioni del tutto condivisibili e alle quali si presta adesione, che “se la raccomandazione muove da un presupposto erroneo e, come nella specie, proviene da un soggetto incompetente ad esprimersi in relazione ad una data materia (equipollenza/sovrapponibilità di medicinali con diversi principi attivi) in assenza della preventiva attivazione di altro organo competente, l'illegittimità della raccomandazione

stessa non viene meno in ragione della sua pretesa natura non vincolante. Del resto .. se la determinazione gravata non avesse alcuna attitudine ad orientare le prescrizioni dei medici .. lo strumento sarebbe totalmente inefficace ed inidoneo a raggiungere gli obiettivi di risparmio perseguiti e prefissati” (T.A.R. Lazio, sez. III, 29 aprile 2014, n. 4514).

Nello stesso senso il Consiglio di Stato, dopo aver premesso che è impedito all'autonomia regionale incidere sui livelli essenziali che devono essere garantiti su tutto il territorio regionale, espungendo dal regime di rimborsabilità farmaci senza la preventiva valutazione tecnica dell'Organo scientifico dell'AIFA, ha aggiunto che "tale divieto non può essere aggirato mediante l'adozione di provvedimenti amministrativi che, limitando la prescrivibilità di farmaci inseriti in fascia A, comportino di fatto la medesima conseguenza della non rimborsabilità, provocandone l'inibizione una volta superata la soglia consentita, con identica lesione dei livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale" (v. sez. V, n. 4084/2011).

Dunque, la natura surrettizia e indiretta dell'effetto finale con il quale la delibera incide sulla libertà prescrittiva del medico, non sottrae consistenza alla censura di illegittimità dedotta in ricorso, rilevando in senso contrario sia il forte meccanismo induttivo che, di fatto, il perseguimento degli obiettivi di risparmio e di gestione ottimale della spesa può innescare sulle strategie aziendali del comparto sanitario regionale; sia l'intensità e la rigidità dei meccanismi premiali e punitivi correlati al raggiungimento degli obiettivi prefissati, i quali, per il tramite degli organi di vertice delle singole ASL, saranno presumibilmente in grado di ingenerare una diffusa propensione dei medici curanti ad uniformarsi alle direttive dei superiori gerarchici.

4. In stretta connessione con il punto che precede viene in rilievo un ulteriore profilo di censura meritevole di condivisione (enunciato al terzo e quarto motivo di ricorso), correlato alla mancata previsione nella delibera impugnata di ipotesi di motivata deroga al raggiungimento degli obiettivi di risparmio, sinanche per i casi in cui il trattamento di secondo livello (quello che, per intendersi, prevede l'impiego del Crestor) si riveli come il più consigliato in ragione della particolare criticità delle condizioni del paziente, ovvero in considerazione delle esigenze di continuità terapeutica (evidenziate anche nella nota AIFA n. 13) che consiglino il mantenimento del trattamento farmacologico già in essere.

In effetti, un ragionevole punto di equilibrio tra i diversi interessi variamente implicati dalla delibera impugnata - quali le legittime aspettative di risparmio nella spesa sanitaria perseguite dalla Regione, le esigenze di cura dei pazienti e i vincoli di appropriatezza nella scelta della terapia imposti ai medici curanti - avrebbe potuto essere individuato temperando la rigidità dei meccanismi sanzionatori e premiali in relazione ad ipotesi di motivata deroga al raggiungimento degli obiettivi di risparmio. Detto meccanismo derogatorio avrebbe potuto consentire di ritenere irrilevanti - ai fini del computo delle percentuali di spesa definite negli obiettivi - le prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso i trattamenti farmacologici più costosi, laddove giustificate da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace.

Appare infatti corretto fornire indicazioni di massima che, per ragioni di sostenibilità finanziaria, inducano a privilegiare l'uso del farmaco meno costoso; ma tali indicazioni non possono essere vincolanti, dovendo rimanere in capo al medico, ove lo ritenga necessario, la possibilità di prescrivere un diverso farmaco, anche per i pazienti naive e a maggior ragione per i pazienti necessitanti di continuità di cura (cfr. TAR Palermo, sez. III, 28 febbraio 2014, n. 603).

5. Per quanto esposto, assorbite le ulteriori censure, il ricorso merita di essere accolto con conseguentemente annullamento della delibera regionale impugnata e del relativo allegato, limitatamente alle parti contestate (obiettivo 8 n. 4).

6. La complessità e peculiarità delle questioni trattate giustificano la compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Prima)

definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto,

lo accoglie e per l'effetto annulla la delibera impugnata, ai sensi e nei limiti di cui in motivazione.

Spese di lite compensate.

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

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 8 marzo 2017 con l'intervento dei magistrati:

Domenico Giordano, Presidente

Roberta Ravasio, Consigliere

Giovanni Pescatore, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE
Giovanni Pescatore

IL PRESIDENTE
Domenico Giordano

IL SEGRETARIO