

**TAR LAZIO
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

il Tribunale amministrativo regionale del Lazio, sede di Roma, sez. 3za-ter, composto dai Signori Francesco CORSARO, Presidente, Umberto REALFONZO, Consigliere; Silvestro Maria RUSSO, Consigliere, relatore, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sui ricorsi riuniti n. 2828/2002, proposto dalla URSAP-FEDERLAZIO (CONFAP) e consorti (come da elenco allegato alla presente), in persona dei rispettivi legali rappresentanti PRO TEMPORE e n. 2986/2002 proposto dai sigg. Vito D'AMMACCO e consorti (come da elenco allegato alla presente), tutti rappresentati e difesi dagli avvocati Vito BELLINI, Antonio GRAZIOSI ed Emanuele R. BALZANO ed elettivamente domiciliato in Roma, alla via Orazio n. 3,

CONTRO

la PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, in persona del sig. Presidente PRO TEMPORE ed i MINISTERI DELLA SALUTE E DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, in persona dei rispettivi sigg. Ministri PRO TEMPORE, tutti rappresentati e difesi OPE LEGIS dall'Avvocatura generale dello Stato, domiciliataria

E NEI CONFRONTI

- della REGIONE PUGLIA, in persona del Presidente PRO TEMPORE della Giunta regionale, rappresentata e difesa dagli avvocati Pier Luigi PORTALURI e Luciano ANCORA ed elettivamente domiciliata in Roma, al viale Gorizia n. 25/D, presso lo studio dell'avv. MICIONI,

- dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE - AUSL BA/4 di Bari, in persona del Direttore generale PRO TEMPORE, rappresentata e difesa dall'avv. Fabio LORENZONI ed elettivamente domiciliata in Roma, alla via del Vicinale n. 43,

- della REGIONE LAZIO e della REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, in persona dei rispettivi Presidenti PRO TEMPORE della Giunta regionale, non costituiti nel presente giudizio,

- della REGIONE EMILIA-ROMAGNA, in persona del Presidente PRO TEMPORE della Giunta regionale, interventrice AD OPPONENDUM, rappresentata e difesa dall'avv. Rosaria RUSSO VALENTINI ed elettivamente domiciliata in Roma, al corso Vittorio Emanuele II n. 284 e

- della REGIONE VENETO, in persona del Presidente PRO TEMPORE della Giunta Regionale, interventrice AD OPPONENDUM, rappresentata e difesa dall'avv. Andrea MANZI ed elettivamente domiciliata in Roma, alla via F. Confalonieri n. 5

PER L'ANNULLAMENTO

A) - del DPCM 29 novembre 2001 (in GU, s. ord., n. 26 dell'8 febbraio 2002), recante la determinazione dei livelli essenziali d'assistenza (LEA), nella parte in cui sono escluse da questi ultimi le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale (esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa repulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o pressodepressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea);

B) - della facolta', concessa alle Regioni, d'includere la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia tra le terapie rimborsabili a carico del SSN;

C) - dell'All. 2B, lett. c) al DPCM, contenente le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale, inserite nell'ambito delle prestazioni parzialmente escluse dai LEA, perche' erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche;

D) - d'ogni altro atto presupposto, connesso o consequenziale e, in particolare, dell'accordo Stato-Regioni in data 22 novembre 2001 e (limitatamente al ricorso n. 2986/2002) della nota dell'ASL BA/4 prot. n. 1974 del 28 febbraio 2002;

Visti i ricorsi con i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio delle Amministrazioni statali, della Regione e dell'ASL intimate, nonche' gli atti d'intervento AD OPPONENDUM delle Regioni Emilia - Romagna e Veneto;

Visti gli atti tutti della causa;

Relatore all'udienza pubblica dell'11 luglio 2002 il Consigliere dott. Silvestro Maria RUSSO e uditi altresì, per le parti, gli avvocati BELLINI, PORTALURI, ANCORA, CALAMITA DI TRIA (per delega dell'avv. LORENZONI), MANZI e RUSSO VALENTINI;

Ritenuto in fatto e considerato in diritto quanto segue:

FATTO

La URSAP - FEDERLAZIO e consorti ed i sigg. Vito D'AMMACCO e consorti assumono d'essere l'associazione di categoria e, rispettivamente, titolari di strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale, operanti in varie Regioni, per la branca di medicina fisica riabilitativa.

Con DPCM 29 novembre 2001 (in GU, s. ord., n. 26 dell'8 febbraio 2002), sono stati determinati i livelli essenziali d'assistenza (LEA) sanitaria, in base ai quali diciassette prestazioni relative a detta branca, fino ad ora indicate dal nomenclatore tariffario tra quelle erogabili a carico del SSN, non sono piu' tali.

La URSAP - FEDERLAZIO e consorti ed i sigg. D'AMMACCO e consorti si gravano allora, con i due distinti, ma sostanzialmente simili ricorsi in epigrafe, innanzi a questo Giudice avverso tale DPCM, relativamente a tre aspetti:

- 1) - l'esclusione delle prestazioni di medicina riabilitativa dai LEA e, quindi, dall'accreditamento con il SSN;
- 2) - la facolta' per le Regioni d'includere la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia tra le terapie rimborsabili a carico del SSN;
- 3) - l'All. 2B, lett. c) al DPCM, contenente le prestazioni di medicina fisica inserite tra quelle parzialmente escluse dai LEA, perche' erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche.

Al riguardo, i ricorrenti deducono in punto di diritto l'unico, articolato motivo della violazione ed errata applicazione del DlG 30 dicembre 1992 n. 502 (con specifico riferimento all'art. 1, commi 1, 2, 3 e 7 e dell'art. 6, c. 1 del DL 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla l. 16 novembre 2001 n. 405), degli artt. 1 e ss. della l. 23 dicembre 1978 n. 833 e dell'art. 32 Cost., nonche' dell'eccesso di potere sotto vari profili (carenza assoluta di motivazione, difetto d'istruttoria, illogicità manifesta, sviamento).

Resistono nel presente giudizio le Amministrazioni statali intimate, le quali eccepiscono puntualmente l'inammissibilità e l'infondatezza della pretesa attorea. Resistono altresì le intime Regione Puglia ed ASL BA/4 di Bari, che anch'esse eccepiscono l'infondatezza della pretesa attorea. Si sono costituite in giudizio, spiegando intervento AD OPPONENDUM le Regioni Emilia-Romagna e Veneto, le quali concludono per il rigetto del ricorso in epigrafe. Viceversa, le Regioni Lazio e Sardegna, pur se ritualmente intimate, non si sono costituite nel presente giudizio.

All'udienza pubblica dell'11 luglio 2002, su conforme richiesta dei patroni delle parti costituite, i due ricorsi in epigrafe sono congiuntamente assunto in decisione dal Collegio.

1. - I due ricorsi in epigrafe, stante sia la loro connessione soggettiva passiva, sia la sostanziale identità della RES CONTROVERSA, possono esser riuniti e contestualmente decisi con la presente sentenza.

2. - Come già accennato in epigrafe e, più diffusamente, nelle premesse in fatto, la presente controversia muove dall'impugnazione, da parte dell'URSAP - FEDERLAZIO e di alcuni operatori sanitari privati - operanti nella branca della medicina fisica riabilitativa ambulatoriale ed accreditati con il SSN in varie Regioni -, del DPCM 29 novembre 2001 (in GU, s. ord., n. 26 dell'8 febbraio 2002), sono stati determinati i livelli essenziali d'assistenza (LEA) sanitaria. In particolare, l'impugnato DPCM ha indicato all'All. 1 le prestazioni rientranti nei LEA, all'All. 2 quelle totalmente escluse (All. 2A), quelle parzialmente escluse (All. 2B) e quelle potenzialmente inappropriate (All. 2C) e, infine, all'All. 3 i limiti per l'assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica. In base a detti LEA, diciassette prestazioni relative alla branca DE QUA, fino ad ora indicate dal nomenclatore tariffario tra quelle erogabili a carico del SSN stesso, non sono più tali.

3. - Si puo' prescindere da ogni considerazione sull'ammissibilita', o meno, dei ricorsi in epigrafe, in quanto essi sono del tutto privo di pregio e, come tali, vanno integralmente rigettati, per le considerazioni qui di seguito indicate.

4. - Al riguardo, l'art. 1, commi 2 e 3 del Dlg 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo da ultimo risultante dalla novella recata dall'art. 1, c. 5 del DL 18 settembre 2001 n. 347 (convertito, con modificazioni, dalla l. 16 novembre 2001 n. 405), nel prevedere che la tutela della salute e' un diritto fondamentale dell'individuo ed e' garantita attraverso il SSN, stabilisce che l'individuazione dei LEA, definiti dal piano sanitario nazionale ed assicurati dal SSN stesso, sia effettuata contestualmente all'ammontare effettivo delle risorse finanziarie destinate a ques'ultimo. In particolare, i LEA vanno definiti in base a cinque principi essenziali:

- 1) - dignita' della persona umana;
- 2) - bisogno di salute;
- 3) - equita' nell'accesso all'assistenza sanitaria;
- 4) - qualita' ed appropriatezza delle cure, con riguardo alle specifiche esigenze;
- 5) - economicita' nell'impiego delle risorse.

Ne' basta: il successivo c. 7 pone a carico del SSN solo le tipologie d'assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, EVIDENZE SCIENTIFICHE DI UN SIGNIFICATIVO BENEFICIO IN TERMINI DI SALUTE, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate, onde devono esser esclusi dai LEA erogati a carico del SSN stesso servizi e le prestazioni sanitarie che non rispondono a necessita' assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori di cui al precedente c. 2, non soddisfano in varia guisa il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza oppure, in presenza d'altre forme d'assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicita' nell'impiego delle risorse o non ne garantiscono un uso efficiente. Coeva all'attuale definizione di LEA e di metodi per il relativo confezionamento e' la disposizione dell'art. 6, c. 1 del DL 347/2001, in virtu' della quale la definizione di tali LEA avviene, anche senza previa redazione (RECTE, giusta l'accordo Stato - Regioni dell'8 agosto 2001, a stralcio) del PSN ma in conformita' ai predetti principi ex art. 1 del Dlg 502/1992, con DPCM, da adottare entro il 30 novembre 2001 su proposta del Ministro della salute di concerto con quello dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni e Province autonome e, soprattutto, in relazione alle risorse rese disponibili con il citato accordo. Come si vede, la regola posta dall'art. 6, c. 1 del DL 347/2001 muove dall'esigenza di garantire che la spesa sanitaria complessiva, pur nella distinzione dei ruoli istituzionali dei vari livelli di governo coinvolti secondo il riparto di competenze da ultimo delineato all'art. 117, commi II e III, Cost. (sulla competenza esclusiva dello Stato a dettare i LEA sanitari, cfr., da ultimo, C. cost., 26 giugno 2002 n. 282), non solo sia governabile e non superi i limiti concordati nel relativo patto di stabilita' finanziaria interna, ma soprattutto, in coerenza con i principi ex art. 1, c. 3 del Dlg 502/1992, contemperi la tutela della salute con l'ammontare effettivo delle risorse pubbliche disponibili, oltretutto con l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza, alla luce delle conoscenze scientifiche mediche, delle prestazioni erogabili. Il richiamo al diritto alla salute ex art. 32 Cost. s'appalesa enfatico, se non e' accompagnato sia dall'esatta indicazione delle risorse finanziarie pubbliche da riservare ai vari settori della sanita' pubblica, sia da un complesso di stringenti regole che ne controllino ed ottimizzino la spesa, sfrondandola quanto piu' possibile da sprechi ed irrazionalita' e liberando cosi' ulteriori risorse per i settori sensibili e meno provveduti. In particolare, la fissazione di tetti di spesa o l'espunzione, per ragioni di scarsa efficacia o poca appropriatezza, di terapie o prestazioni dall'ambito di quelle a carico del SSN, non mirano certo a por vincoli o limitazioni al diritto fondamentale alla salute dell'individuo. Il contenuto minimo del diritto ex art. 32 Cost., ossia la tutela del diritto alla vita ed all'integrita' psico-fisica di tutti e di ciascun individuo, non e' di per se' comprimibile per ragioni finanziarie, essendo, al piu', condizionato dallo stato dell'arte. Ma, se il malato ha diritto ad esser rispettato come persona nella sua integrita', egli ha contemporaneamente titolo ad ottenere cure appropriate ed efficaci secondo i canoni dell'arte e della scienza medica, efficacia ed appropriatezza che, pur se definiti dalla legge non con un apprezzamento meramente discrezionale, ma in base allo stato dell'arte, non possono comunque prescindere dal tipo e dalla quantita' di risorse in concreto impiegabili per raggiungere, alla luce di tali conoscenze, il risultato terapeutico sperato. Invero, l'indicazione del limite massimo di spesa sopportabile o, per altro verso, la revisione critica di terapie e prestazioni alla luce di nuove valutazioni sulle loro efficacia, sicurezza ed appropriatezza vogliono indicare, per mezzo della fissazione delle risorse economiche massime disponibili d'anno in anno e la progressiva riduzione dei costi delle prestazioni medesime, la scala delle prioritari' d'intervento del SSN nell'approccio alla domanda collettiva di salute. In parole povere, la tutela del diritto alla salute, pur essenziale e da riconoscere comunque a tutti i consociati, coesiste con altre posizioni costituzionalmente tutelate e tali, quindi, da implicare, perlomeno alcune volte, il raggiungimento di equilibri e l'effettuazione di scelte prioritarie, volte, piu' che a sacrificare i vari obiettivi che s'intendono o che si devono raggiungere, a meglio distribuire tra questi ultimi le risorse disponibili (non solo finanziarie, ma anche di mezzi, uomini,

conoscenze e tempi). Non a caso, infatti, il diritto alla salute ex art. 32 Cost. pone sì in capo al titolare la pretesa ai trattamenti sanitari necessari per la sua tutela, ma è garantito ad ogni persona come un diritto condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà, attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui l'apparato dispone (giurisprudenza consolidata: cfr., per tutti, C. cost., 28 luglio 1993 n. 355; id., 17 luglio 1998 n. 267; id., 20 novembre 2000 n. 509; ma cfr. pure Cons. St., IV, 7 ottobre 1997 n. 1100). Questo è il significato da dare alla norma costituzionale, laddove devono essere assicurate cure gratuite agli indigenti, per cui è compito della Repubblica garantire le cure gratuite non a tutti i consociati, ma solo a quel più o meno ristretto novero di soggetti bisognosi non in senso assoluto (ossia ai soli poveri), bensì in senso medico (ossia a coloro all'integrità fisica e morale dei quali il costo, la durata, la complessità e/o la novità della terapia determinerebbero effetti nocivi irreversibili non men gravi della patologia da curare). Da ciò discende l'impossibilità (si OPE LEGIS, ma soprattutto JUSSU CONSTITUTIONIS) di mantenere cure gratuite ERGA OMNES, né di garantire prestazioni sanitarie un tempo considerate efficaci ed appropriate -e, come tali, assunte a totale carico del SSN -e, oggidi', non più reputate tali, per la loro inopportunità in sé o in ragione del loro rapporto costo-benefici.

5. - Da tanto discende altresì la manifesta infondatezza, anche sotto il mero profilo procedimentale e della scansione delle vicende prodromiche all'emanazione dell'impugnato DPCM, della doglianza attorea, secondo cui, diversamente da quanto disposto dall'art. 6, c. 1 del DL 347/2001, non vi sarebbe stata alcuna intesa tra lo Stato e le Regioni, essendo invece intervenuta autonomamente la Conferenza Stato-regioni con l'accordo del 22 novembre 2001 (in GU, s.o., del 23 gennaio 2002). In tutta franchezza, appare al Collegio contraddittoria, se non pretestuosa, quella censura con cui parte ricorrente lamenta, al contempo, che l'impugnato DPCM abbia recepito acriticamente le risultanze dell'accordo del 22 novembre 2001 e che, tuttavia, non vi sia stata alcuna intesa. Ora, non sfugge certo al Collegio la differenza, sancita dall'art. 3, c. 2 e, rispettivamente, dall'art. 4, c. 1 del Dlg 28 agosto 1997 n. 281, l'una servendo, a' sensi dell'art. 12, c. 1 della l. 23 agosto 1988 n. 400 e nei casi espressamente stabiliti dalla legge, al raccordo consensuale tra i diversi livelli di governo, in relazione agli indirizzi di politica generale suscettibili d'incidere nelle materie di spettanza regionale, l'altra a coordinare l'esercizio delle rispettive competenze ed a svolgere attività d'interesse comune, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa. Nella specie, però, la questione differenziale tra i due istituti s'appalesa uno pseudoproblema, giacché l'impugnato DPCM, nelle sue premesse, indica l'avvenuta intesa, nella stessa data dell'accordo DE QUO, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome sul contenuto dei LEA. In tal caso, s'è formato uno stretto rapporto se non di vera e propria presupposizione, certo d'interrelazione e d'interferenza reciproca tra l'accordo e la coeva intesa, nel senso che, definiti il ruolo che ciascun livello di governo gioca nella sede esecutiva ed applicativa dei LEA - anche in ragione del nuovo riparto di competenze per materia sancito dai commi II e III dell'art. 117 Cost. -, è stato possibile giungere ad un'intesa sul contenuto effettivo dei LEA, la quale descrive il grado di reale copertura amministrativa, in tutto il territorio della Repubblica, dei LEA stessi da parte delle Regioni. Diviene allora irrilevante la mancata trasfusione, in quest'ultimo, del preambolo di detto accordo, ancorché esso rechi, per le prestazioni di cui agli allegati 2A, 2B e 2C, l'indicazione del criterio di massima per l'esclusione di determinate prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale dai LEA. Come s'è visto, l'intesa su cui si basa il DPCM è stata raggiunta in perfetta conformità all'accordo del 22 novembre 2001, a sua volta fondato sul contenuto dell'accordo Stato-Regioni del precedente 8 agosto sui tetti della spesa sanitaria e, dunque, l'atto impugnato ne recepisce integralmente i contenuti essenziali, anche per ciò che riguarda le ragioni del giudizio compiuto sulle prestazioni inserite nei citati allegati. Se, poi, la doglianza in esame intende denunciare un difetto IN PARTE QUA della motivazione, giova rammentare, in disparte (come si vedrà un momento) la soggezione del DPCM all'obbligo di motivazione, che quest'ultimo dev'essere inteso nella sua essenzialità, senza inutili o fuorvianti formalismi. In tal caso l'oggettiva e facile rilevabilità delle ragioni sottese all'operato delle Amministrazioni resistenti (nella specie, ben note a parte ricorrente, che richiama il preambolo dell'accordo presupposto) esclude ogni carenza dell'apparato motivatorio, soprattutto se sia comunque possibile ricostruire (come in concreto ha fatto parte ricorrente) l'ITER logico essenziale seguito e sia possibile altresì esercitarvi il sindacato giurisdizionale (giurisprudenza consolidata: cfr., da ultimo, Cons. St., IV, 20 dicembre 2000 n. 6851; id., 29 agosto 2002 n. 4334). Del pari completamente infondato è l'assunto attoreo, secondo cui l'illegittimità dell'impugnato DPCM discenderebbe dall'omessa osservanza di ulteriori scansioni procedurali. Infatti, parte ricorrente si riferisce:

- A) - alle modifiche da apportare al Nomenclatore tariffario entro il 31 marzo 2002;
- B) - alla determinazione, da parte delle Regioni ed entro il 30 giugno 2002, dei criteri e delle modalità per contenere il ricorso all'erogazioni delle prestazioni che non soddisfano il principio d'appropriatezza organizzativa e di economicità;

- C) – alla definizione di criteri specifici di monitoraggio per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e da aggiornamento continuo;
- D) - alla costituzione, entro il 31 marzo 2002, di uno specifico organo a carattere nazionale, di cui facciano parte un numero adeguato di esperti designati dalle Regioni, cui affidare il compito di valutare nel tempo i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai LEA.

Come si vede, le vicende SUB A), B) e D) riguardano adempimenti e termini ben posteriori non solo al DPCM impugnato, ma addirittura alla notificazione del ricorso in epigrafe (7 marzo 2002), onde ogni riferimento ad esse è irrilevante per valutare l'eventuale illegittimità del DPCM stesso, valendo al più a giustificare impugnazioni autonome. Non a diversa conclusione reputa il Collegio di pervenire in ordine alla vicenda SUB C), la quale concerne in prima battuta il metodo di valutazione obiettiva delle prestazioni ora incluse nei LEA e, solo in via meramente eventuale, il reinserimento di quelle adesso escluse, esclusione, però, che è EX SE efficace e lesiva, indipendentemente, quindi, da ogni ulteriore situazione che potrebbe, o no, giustificare la rimessione delle prestazioni medesime nei futuri LEA.

6. Passando, ora, all'esame analitico dell'unico, articolato mezzo di gravame, il Collegio ritiene che, né di per sé solo, né per lo specifico contenuto ora in contestazione, l'impugnato DPCM implichi, come s'è osservato dianzi, alcuna violazione dell'art. 1 del Dlg 502/1992, il diverso avviso espresso da parte ricorrente risolvendosi in una mera petizione di principio per difetto di qualsivoglia serio principio di prova sulla rispondenza delle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale ai principi d'efficacia, sicurezza, appropriatezza ed economicità colà sanciti. Né occorre dimostrare l'inefficacia delle prestazioni escluse dai LEA, perché, nell'ambito degli stessi, possono esservi inserite solo quelle per le quali v'è la sicura o ragionevole prova, in base a dati scientifici certi, della loro attuale efficacia, in relazione al costo della loro erogazione. Non varrebbe allora obiettare che l'atto impugnato non ha dato alcuna giustificazione dell'inserimento di tante altre prestazioni, giacché difetta anche in questo caso la seria dimostrazione della manifesta irragionevolezza, allo stato dell'arte, della scelta della loro inclusione. Inoltre, parte ricorrente non considera che il suo continuo richiamo all'obbligo di motivazione, peraltro erroneo secondo i principi ora enunciati, non trova in diritto positivo alcun riscontro, l'art. 3, c. 2 della l. 7 agosto 1990 n. 241 non applicandosi, tra gli altri, agli atti a contenuto generale. E che il DPCM medesimo sia un atto a contenuto generale e d'indirizzo, non par dubbio, sol che si pensi che esso è un atto - fonte immediatamente esecutiva dell'art. 6, c. 1 del DL 347/2001 e dell'intesa Stato-Regioni del 22 novembre 2001, ad efficacia generale, sul contenuto concordato dei LEA e del livello di spesa che da loro significato concreto. Si tratta, come si vede, di una fonte sub-primaria, a sua volta recante l'unità d'indirizzo, pur se in ossequio alle rispettive competenze delineate dai commi II e III dell'art. 117 Cost., per assicurare su tutto il territorio della Repubblica la prestazione dei LEA e per conformare l'ulteriore attività regolamentare delle Regioni, la cui partecipazione manifesta al contempo il grado di consenso e d'effettiva attuabilità (e, dal lato dell'assistito, dell'esigibilità) dei LEA. Non conducente alla tesi attorea appare l'affermazione per cui le prestazioni oggi escluse dai LEA rientrano tra quelle poche prestazioni, che il Nomenclatore tariffario, di cui al DM 22 luglio 1996, dichiara espressamente efficaci. Invero, parte ricorrente non tiene conto di tre fattori: A) - il tempo trascorso tra l'atto impugnato ed il Nomenclatore tariffario invocato; B) - la circostanza che il giudizio sulle prestazioni ora espunte dai LEA è stato assunto non UNO ACTU, ma in esito ad un complesso ed approfondito ITER che ha coinvolto il consenso di Stato e Regioni sul patto di stabilità finanziaria (accordo dell'8 agosto 2001) e sul contenuto dei LEA stessi; C) - soprattutto, l'apporto tecnico-scientifico sviluppatosi nel c.d. "tavolo di lavoro", composto da rappresentanti qualificati dei Ministeri e delle Regioni interessati. Come si vede, non una scelta discrezionale del legislatore statale, racchiusa nell'art. 6, c. 1 del DL 347/201, bensì un atto regolamentare, strettamente basato sulle evidenze scientifiche attuali e sulle risorse effettivamente compatibili con l'economia nazionale, ha fissato i LEA, spettando appunto alla scienza medica di fornire il quadro tecnico di riferimento al riguardo. Del pari irrilevante è la doglianza attorea sull'eccessiva genericità dei criteri posti dall'impugnato DPCM, All. 2B, lett. c), secondo cui tutte le altre prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale sono state parzialmente escluse dai LEA, perché erogabili solo sulla base delle specifiche indicazioni cliniche indicate nell'Allegato stesso. Il riferimento alla presenza di quadri patologici definiti, all'età degli assistiti, ad un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, o ad altre specifiche modalità d'erogazione (p. es., durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni, ecc.), ben lungi dal rappresentare un quadro indefinito di criteri, forma una clausola generale che indica una vasta gamma di presupposti terapeutici, atti a valutare caso per caso l'eventuale efficacia dell'erogazione sui singoli pazienti. Contrariamente, quindi, a ciò che opina parte ricorrente, detta clausola generale amplia e non restringe il novero dei casi in cui le prestazioni DE QUIBUS, oggi espunte in linea di mero principio dai LEA, potranno essere nuovamente erogate agli assistiti del SSN, grazie, appunto, all'ampia casistica clinica in cui esse possono trovare applicazione. Non ha, dunque, senso, l'asserzione attorea - che esclude la possibilità che tali requisiti clinici possano essere stabiliti dalle singole Regioni -, giacché tali prestazioni non sono di per sé efficaci in senso assoluto e, quindi, non hanno titolo per essere incluse OPTIMO JURE ed in modo indiscutibile nei LEA, ma possono rientrarvi solo caso per caso. In altre parole, la loro erogazione non è

incondizionata o indiscriminata, ma resta subordinata proprio alla verifica della loro efficacia verso il singolo assistito considerato e per il solo tempo in cui cio' si rende necessario. Infine, e' specioso l'argomento di parte ricorrente, per cui il DPCM impugnato sarebbe "ricopiato" da un documento della Regione Emilia-Romagna (nella specie, alla circolare dell'Assessorato regionale alla sanita' n. 24 del 22 luglio 1997, in atti), giacche' le diciassette prestazioni oggi espunte dai LEA sono esattamente le stesse prestazioni che detta Regione a suo tempo classifico' "a bassa priorita'". Si puo' anche discettare in ordine all'ispirazione che detta circolare ha operato sulle conclusioni del c.d. "tavolo di lavoro", che ha predisposto il contenuto tecnico-scientifico dei nuovi LEA, ma non e' chi non veda come l'esistenza di un giudizio sfavorevole sulle prestazioni DE QUIBUS, contenute in un documento del 1997, manifesta che gia' da lungo tempo la dottrina e la prassi sono univocamente orientate a non considerarle piu' efficaci ed appropriate.

6. - I ricorsi in esame, qui riuniti, vanno percio' rigettati, ma la novita' della questione e giusti motivi suggeriscono l'integrale compensazione, tra le parti costituite, delle spese del presente giudizio.

P.Q.M.

il Tribunale amministrativo regionale del Lazio, sede di Roma, sez. 3zo-ter, riunisce e respinge i ricorsi n. 2828/2002 e n. 2986/2002 in epigrafe.

Spese compensate.

Ordina all'Autorita' amministrativa d'eseguire la presente sentenza.

Così' deciso in Roma, nella Camera di consiglio dell'11 luglio 2002.

Francesco CORSARO, Presidente

Silvestro Maria RUSSO, Estensore