

ORIGINALE



N. 2902/08 Reg. Sent..

N. 1775/2007 Reg. Ric.

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
IL TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER LA LOMBARDIA  
(Sezione III)

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso R.G. n. 1775/2007, proposto dai dott.ri Giovanni Drovanti, Massimo Magagnoli, Giovan Battista Rotella, Antonio Sabato, Antonietta Spadafora, Silvia Valdata e Maria Cristina Zanardi, tutti rappresentati e difesi dagli avv.ti Giovanni Sozzi, Alessia Bellini ed Alberto Ghidoni e con domicilio eletto presso lo studio dei primi due, in Milano, l.go Richini 4

contro la

Regione Lombardia, in persona del Presidente *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli avv.ti Pio Dario Vivone e Catia Gatto e con domicilio eletto presso gli uffici dell'Avvocatura Regionale, in Milano, via Filzi 22

nonché contro la

F.I.M.M.G. – Federazione Italiana dei Medici di Medicina generale, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, dott. Fiorenzo Corti, rappresentata e difesa dall'avv. Paola Ferrari ed elettivamente domiciliata presso lo studio della stessa, in Cassina de' Pecchi, via Carducci 1/f

e contro la

FEDERAZIONE MEDICI – Federazione Medici aderente all'Unione Italiana del Lavoro (U.I.L.) – Federazione Poteri Locali, non costituita in giudizio

e nei confronti del

S.U.M.A.I. – Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana, in persona del suo Presidente nazionale e legale rappresentante *pro tempore*, dott. Giuseppe Nielfi, rappresentato e difeso dall'avv. Paola Ferrari ed elettivamente domiciliato presso lo studio della stessa, in Cassina de' Pecchi, via Carducci 1/f

per l'annullamento, previa sospensione,

- della deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. VIII/4723 del 16 maggio 2007, contenente determinazioni in ordine alla stipulazione dell'accordo regionale per i rapporti con i medici di medicina generale, nella parte in cui eleva il rapporto ottimale medico-assistibili ad un massimale di un medico ogni 1.300 residenti;

- di tutti gli atti connessi, presupposti e/o consequenziali.

VISTO il ricorso con i relativi allegati;

VISTI gli atti di costituzione in giudizio della Regione Lombardia, del S.U.M.A.I. e della F.I.M.M.G.;

VISTA la domanda di sospensione della deliberazione impugnata, presentata in via incidentale dai ricorrenti e preso atto del suo rinvio al merito;  
VISTE l'ordinanza istruttoria di questo Tribunale n. 58/08 del 13 marzo 2008 e la documentazione fornita dalle parti in ottemperanza alla stessa;  
VISTE le memorie ed i documenti depositati dalle parti a sostegno delle rispettive tesi e difese;  
VISTI tutti gli atti della causa;  
NOMINATO relatore, alla pubblica udienza del 22 maggio 2008, il Referendario dr. Pietro De Berardinis ed udito lo stesso;  
UDITI, altresì, i difensori presenti delle parti costituite, come da verbale;  
RITENUTO in fatto e considerato in diritto quanto segue

#### FATTO

I ricorrenti, dott.ri Giovanni Drovanti, Massimo Magagnoli, Silvia Valdata, Maria Cristina Zanardi, Antonio Sabato, Antonietta Spadafora e Giovan Battista Rotella, espongono di esser medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale definitiva, valida per l'anno 2007, aggiornata annualmente per il conferimento di incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

In particolare, ai sensi degli artt. 15 e 16 dell'Accordo Collettivo Nazionale (d'ora in avanti: A.C.N.) per la disciplina dei medici di medicina generale sottoscritto nel 2005, la Regione predispone annualmente una graduatoria per titoli. Due volte per anno – entro la fine di aprile ed ottobre – la Regione pubblica l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria.

Tali ambiti sono coperti mediante iscrizione dei medici già titolari di incarico, ma che aspirano ad un trasferimento, e dei medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Peraltro, nell'individuazione dei medici che in concreto potranno coprire le zone carenti, si deve tener conto del rapporto ottimale (fissato dalle fonti collettive) medico/assistibile, nel senso che la convenzione e quindi il conferimento dell'incarico ha luogo per i medici collocati in posizione utile nella graduatoria: posizione utile che dipende dal fabbisogno, determinato dal rapporto medico/popolazione residente assistibile.

Con deliberazione della Giunta n. VIII/4723 in data 16 maggio 2007, la Regione Lombardia ha approvato la pre-intesa per la stipulazione dell'Accordo Regionale per i medici di medicina generale, sottoscritto il 27 aprile 2007 tra la delegazione di parte pubblica e talune organizzazioni sindacali. In detto accordo, per quanto qui interessa, viene individuato un rapporto ottimale medico/popolazione residente pari ad un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 600 su tutto il territorio regionale, in deroga all'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005, che ha, invece, individuato un rapporto ottimale pari ad un medico ogni 1.000 residenti, o frazione di 1.000 superiore a 500.

Dolendosi della previsione derogatoria ora menzionata – e sostenendo che questa si porrebbe in conflitto anche con le indicazioni fornite al Presidente della Regione Lombardia dal Garante della Concorrenza e del Mercato con segnalazione del 12

ottobre 2006, Rif. S/756 – gli esponenti hanno impugnato la deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/4723 del 16 maggio 2007, nella parte in cui ha approvato il suddetto rapporto ottimale di un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 600. I ricorrenti hanno domandato l'annullamento *in parte qua*, previa sospensione, della deliberazione gravata ed a supporto del gravame, hanno dedotto i seguenti motivi:

-violazione dell'art. 48 della l. n. 833/1978, degli artt. 9 e 33 dell'A.C.N. del 2005, nonché dei principi generali in materia di ripartizione degli ambiti di negoziazione nazionale e regionale, in quanto l'Accordo Regionale avrebbe elevato il rapporto ottimale medico/assistibili, regolamentando un ambito escluso dalla negoziazione regionale; inoltre, l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005 ammetterebbe deroghe solo in casi particolari, previsti per ambiti territoriali specifici;

-eccesso di potere per illogicità, contraddittorietà, violazione delle norme a tutela della libertà di concorrenza, poiché, da una parte, l'aumento del rapporto ottimale medico/assistibili determinerebbe un notevole incremento dei pazienti seguiti da un medico di base, influenzando negativamente sull'efficienza e sulla continuità della assistenza primaria e comprimendo il diritto del cittadino di scelta del medico di base; dall'altra, la ridefinizione degli ambiti ottimali sarebbe priva di motivazione specifica e, comunque, contraddittoria.

Si è costituita in giudizio la Regione Lombardia, eccependo pregiudizialmente il difetto di giurisdizione del G.A., nonché la carenza di interesse ad agire in capo ai ricorrenti. Nel merito, ha eccepito l'infondatezza del gravame, concludendo per il suo rigetto, previo rigetto, altresì, dell'istanza cautelare.

Si sono costituiti in giudizio, inoltre, la F.I.M.M.G. ed il S.U.M.A.I., eccependo entrambi in via pregiudiziale il difetto di giurisdizione del G.A., la tardività del ricorso e la carenza di legittimazione e di interesse ad agire in capo ai ricorrenti. Nel merito, hanno eccepito l'infondatezza del gravame, chiedendone la reiezione, previa reiezione, altresì, dell'istanza di sospensiva.

Nella Camera di Consiglio del 29 agosto 2007 i ricorrenti hanno chiesto il rinvio al merito dell'istanza incidentale di sospensione.

In vista dell'udienza pubblica le parti hanno depositato ulteriori memorie.

All'udienza del 13 marzo 2008 il Collegio, ritenuto necessario, onde verificare l'interesse a ricorrere, stabilire con maggiore precisione le conseguenze derivanti per i ricorrenti dall'applicazione del coefficiente di un medico ogni 1.000 abitanti, e di quello di un medico ogni 1.300 abitanti, con ordinanza n. 58/08 ha richiesto chiarimenti sul punto alle parti.

Tutte le parti hanno riscontrato la richiesta, depositando memorie.

All'udienza del 22 maggio 2008 la causa è stata riservata per la decisione.

### DIRITTO

I ricorrenti impugnano la deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. VIII/4723 del 16 maggio 2007, con cui è stata approvata la pre-intesa per la stipula dell'Accordo Regionale dei medici di medicina generale, nella parte relativa alla

elevazione del rapporto ottimale medico/assistibili ad un massimale di un medico ogni 1.300 residenti (o frazione di 1.300 superiore a 600).

In via preliminare si debbono esaminare le eccezioni pregiudiziali formulate dalla Regione Lombardia, dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I.

In primo luogo, la Regione Lombardia eccipe il difetto di giurisdizione del giudice amministrativo, in quanto la cognizione della materia della contrattazione collettiva relativa ai medici di medicina generale nell'ambito del S.S.N. sarebbe *in toto* devoluta alla giurisdizione del giudice ordinario. Ciò, anche alla stregua del richiamo operato dall'art. 52, comma 27, della l. n. 289/2002 (in tema di disciplina del procedimento di contrattazione collettiva relativo al rinnovo degli accordi per il personale sanitario a rapporto convenzionale), alle disposizioni di cui al d.lgs. n. 165/2001 (in specie, gli artt. da 40 a 42 e da 46 a 49).

Né la giurisdizione del giudice ordinario verrebbe meno per il fatto che nel caso di specie è impugnato un atto a carattere provvedimento e di portata generale, sia in quanto il giudice ordinario può disapplicare gli atti amministrativi illegittimi, sia in base all'art. 64, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001, che devolve al giudice ordinario le controversie in materia di accertamento pregiudiziale della validità, efficacia ed interpretazione delle clausole di un contratto o accordo collettivo di lavoro. Nella vicenda *de qua*, infatti, le doglianze avanzate dai ricorrenti atterrebbero ai rapporti intercorrenti tra fonti contrattuali di diverso rango e cogenza (A.C.N. ed Accordo Regionale), con la conseguente di dover affrontare e risolvere i connessi problemi interpretativi.

Aggiungono sul punto la F.I.M.M.G. ed il S.U.M.A.I. che la presente controversia riguarderebbe non già l'inserimento dei ricorrenti in graduatoria, ma il loro diritto all'eventuale scorrimento della stessa, che potrebbe essere rallentato a causa della scelta del diverso rapporto ottimale medico/assistibili da parte della deliberazione impugnata. Perciò, venendo in discussione il meccanismo dello scorrimento della graduatoria, la giurisdizione sarebbe del giudice ordinario.

Sotto altro profilo, non sarebbe possibile che un singolo medico impugni – e con effetti *erga omnes* – direttamente le clausole dei contratti collettivi, siano di livello nazionale o regionale, in quanto altrimenti si scardinerebbe l'intero sistema della contrattazione collettiva nel settore della medicina generale, esautorando di fatto le prerogative delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tramite il rischio costante di una surrettizia riapertura delle trattative tra le parti.

L'eccezione non può essere condivisa.

Ritiene, infatti, il Collegio di aderire alle conclusioni espresse sull'eccezione ora in esame dalla più recente giurisprudenza, chiamata a decidere controversie aventi contenuto analogo alla presente.

Si è così osservato, in una fattispecie del tutto simile a quella per cui è causa, che l'impugnativa delle norme di un atto pattizio – quali sono quelle contenute negli accordi di medicina generale – se non accompagnata dall'impugnativa contestuale degli atti che le approvano e ne recepiscono il contenuto, deve ritenersi rivolta nei

confronti di atti negoziali, non aventi forma e valore di atti amministrativi (T.A.R. Lazio, Roma, Sez. III *bis*, 10 ottobre 2007, n. 9909).

Quando però – com'è avvenuto anche con il ricorso in epigrafe – sia impugnata la deliberazione della Giunta Regionale recante approvazione del testo dell'Accordo Regionale, allegato quale parte integrante e sostanziale della deliberazione stessa (cfr. il dispositivo ed il settimo "visto" della deliberazione n. VIII/4723 cit.), deve ritenersi che il ricorso sia diretto contro un provvedimento amministrativo – tale essendo, senza dubbio, la deliberazione della Giunta Regionale – con il corollario del radicarsi della giurisdizione del giudice amministrativo (T.A.R. Lazio, Roma, n. 9909/2007, cit.).

Nello stesso senso, altra giurisprudenza ha precisato che il ricorso avverso un atto generale, qual è, appunto, la deliberazione della Giunta Regionale di approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale che eleva il rapporto ottimale medico/assistiti, rientra nella giurisdizione generale di legittimità del giudice amministrativo, atteso che, per di più, la controversia non concerne il rapporto di lavoro parasubordinato dei medici convenzionati, bensì la regolamentazione generale ed astratta di detto rapporto, anche preesistente alla sua stessa venuta in essere (T.A.R. Friuli Venezia Giulia, 11 gennaio 2007, n. 50).

A nulla vale, quindi, eccepire che le censure formulate nel ricorso riguarderebbero i rapporti intercorrenti tra fonti contrattuali di diverso rango, poiché, come si è già detto, la disciplina di cui alla pre-intesa sottoscritta il 27 aprile 2007 rappresenta, espressamente, "parte integrante e sostanziale" della deliberazione gravata e perciò viene a porsi direttamente un problema di legittimità di quest'ultima, avente natura di atto amministrativo.

In tal senso è la giurisprudenza già rammentata, secondo cui il fatto che gli assunti argomentativi del ricorso siano fondamentalmente diretti a contestare la legittimità di alcune norme contenute nel testo dell'Accordo (e cioè di quelle che elevano il rapporto ottimale medico/assistibili), fa sì che non possa dubitarsi che oggetto di impugnativa sia pure la deliberazione della Giunta che ha approvato e fatto proprio l'Accordo medesimo (T.A.R. Lazio, Roma, n. 9909/2007 cit.).

Nemmeno si può invocare in contrario il richiamo, operato dall'art. 52, comma 27, della l. n. 289/2002 ad alcune disposizioni del d.lgs. n. 165/2001, trattandosi del rinvio, appunto, solamente a talune disposizioni del decreto legislativo ora indicato (precisamente, agli artt. 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49).

Il fatto che in detto richiamo non siano compresi gli artt. 63 e segg. del d.lgs. n. 165/2001, in materia di controversie concernenti i rapporti di lavoro e la relativa giurisdizione, ed in particolare non sia compreso l'art. 64 del medesimo decreto, relativo all'accertamento pregiudiziale di validità, efficacia ed interpretazione dei contratti collettivi, conferma quindi, con *argumentum a contrario*, l'appartenenza della presente controversia alla giurisdizione generale di legittimità del giudice amministrativo.

A supportare l'eccezione di difetto di giurisdizione non può poi argomentarsi dalla attribuzione al giudice ordinario del potere di disapplicare gli atti amministrativi di cui riconosca l'illegittimità.

Ed infatti, nel caso di specie la controversia verte proprio sulla disciplina dettata in tema di rapporto ottimale medico/assistibili dalla pre-intesa, approvata e recepita dalla deliberazione regionale impugnata. Quest'ultima, pertanto, dovrebbe formare oggetto di cognizione principale da parte del giudice ordinario, in violazione delle regole in tema di disapplicazione, secondo cui il giudice ordinario può disapplicare un atto amministrativo solo quando la valutazione della legittimità di esso avvenga in via incidentale, e non anche quando la disapplicazione richieda un sindacato in via principale sull'atto stesso (Cass. civ., Sez. I, 27 dicembre 2007, n. 20321; id., Sez. III, 22 febbraio 2002, n. 2588).

Destituita di fondamento è poi l'osservazione della F.I.M.M.G. e del S.U.M.A.I., secondo cui nel caso di specie si tratterebbe di controversia avente ad oggetto lo scorrimento della graduatoria, in quanto questo è un profilo ulteriore e successivo rispetto alla controversia di cui si discute, concernente, invece, la determinazione del rapporto ottimale medico/assistibili.

Si è, al riguardo, osservato in giurisprudenza, in un caso analogo e sia pure in fase cautelare (C.d.S., Sez. V, 1° agosto 2007, ord. n. 4199), che, consistendo l'oggetto della controversia nell'individuazione delle zone carenti di assistenza primaria, si tratta di oggetto sottratto all'ambito cognitorio del giudice ordinario.

Come rilevano condivisibilmente i ricorrenti, in relazione alla deliberazione della Giunta Regionale, quale atto amministrativo generale, la situazione da essi vantata è di interesse legittimo, con il corollario dell'attribuzione della controversia alla giurisdizione generale di legittimità del giudice amministrativo.

Per poter vantare situazioni di diritto soggettivo, i ricorrenti avrebbero già dovuto trovarsi in rapporto convenzionale con l'Amministrazione, che lamentano essere precluso dalla deliberazione gravata: questa si pone, pertanto, a monte del rapporto stesso (come di ogni discorso di scorrimento di graduatoria).

Del resto, all'affermazione della giurisdizione del giudice amministrativo sembra doversi pervenire anche in base al combinato disposto degli art. 2 e 63, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001: da questi si desume che la giurisdizione sulle controversie aventi ad oggetto gli atti di macro-organizzazione, con cui le P.A. definiscono le linee fondamentali di organizzazione degli uffici (anche in vista della fornitura dei servizi) – atti tra cui potrebbe ben essere ricompresa la deliberazione impugnata – è devoluta al giudice amministrativo (cfr. T.A.R. Trentino Alto Adige, 13 febbraio 2006, n. 42).

Di nessun rilievo è, infine, l'osservazione, secondo cui ammettere l'impugnazione diretta da parte del singolo medico delle clausole dei contratti collettivi, porterebbe di fatto a scardinare l'intero sistema della contrattazione collettiva nel settore della Medicina generale, esautorando le organizzazioni sindacali, sia perché si tratta di problema che, quand'anche esistente, è estraneo alla questione della giurisdizione, sia perché oggetto del ricorso è comunque, come si è già detto, un provvedimento

amministrativo, sia, ancora, perché, a fronte dei pericoli paventati, c'è il diritto alla tutela giurisdizionale, che discende in capo agli interessati dagli artt. 24, 103 e 113 Cost..

Respinta l'eccezione di difetto di giurisdizione, va parimenti respinta l'eccezione di tardività del gravame, formulata dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I..

In particolare, la suddetta eccezione viene sollevata in forza dell'applicazione, alla fattispecie per cui è causa, della riduzione dei termini di cui all'art. 23-bis della l. n. 1034/1971 (aggiunto dall'art. 4 della l. n. 205/2000).

Ciò, alla luce del fatto che quello in discussione sarebbe l'affidamento in regime di convenzione di un pubblico servizio e pertanto la controversia in esame sarebbe compresa tra quelle di cui all'art. 23-bis cit., comma 1, lett. c) (controversie aventi ad oggetto "*i provvedimenti relativi alle procedure di aggiudicazione, affidamento ed esecuzione di servizi pubblici e forniture, ivi compresi i bandi di gara e gli atti di esclusione dei concorrenti*").

In particolare, nella vicenda in esame il termine dimezzato, non rispettato, sarebbe quello previsto per il deposito del ricorso.

Tale conclusione è, però, manifestamente errata, alla stregua di quanto affermato al riguardo dalla più recente giurisprudenza.

In un caso analogo a quello ora in esame – e di fronte ad un'eccezione di identico tenore – si è, infatti, chiarito che, nelle controversie relative alla regolamentazione del rapporto ottimale medico/assistibili derivante da un Accordo Regionale, non vi è spazio per la disciplina processuale acceleratoria introdotta dall'art. 23-bis della l. n. 1034/1971, essendo palese che oggetto del contendere non è in via immediata l'affidamento o l'esecuzione di un servizio pubblico, ma la disciplina normativa del servizio stesso, onde soddisfare, in un secondo momento, le esigenze sanitarie della collettività (T.A.R. Lazio, Roma, n. 9909/2007, cit.; C.d.S., Sez. V, 29 marzo 2006, n. 1603).

Se ne deduce l'infondatezza dell'eccezione ora analizzata.

Ancora in via pregiudiziale, è avanzata l'eccezione di inammissibilità del gravame per carenza di legittimazione e di interesse ad agire dei ricorrenti.

Nello specifico, la Regione Lombardia eccepisce come i ricorrenti si siano limitati ad affermare di essere inseriti nella graduatoria regionale definitiva dei medici di Medicina generale, senza specificare, né dimostrare che la loro collocazione nella graduatoria è tale da garantirgli, ove si adottasse il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 residenti (anziché un medico ogni 1.300), il conferimento dell'incarico in uno degli ambiti territoriali carenti. Per di più, i ricorrenti non hanno nemmeno specificato se e per quale delle zone carenti sarebbero interessati, cioè per quale o quali zone carenti hanno presentato domanda di incarico.

Ove poi si ipotizzasse che i ricorrenti, essendo tutti quanti residenti nella Provincia di Pavia, siano interessati solo agli ambiti territoriali carenti di tale Provincia, se ne dovrebbe desumere la carenza di interesse, in quanto il territorio di Pavia non è ricompreso tra gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria di cui all'elenco pubblicato nel *B.U.R.L.* del 18 aprile 2007.

Sotto altro profilo, la Regione eccepisce che il ricorso sembra rivolto avverso un atto non avente carattere provvedimento, bensì natura normativa e con efficacia *erga omnes*: esso si compone di doglianze volte a censurare le scelte discrezionali, la cui valutazione è riservata, in via esclusiva, all'autonomia collettiva delle parti sociali, rappresentate, nella fattispecie, dalla delegazione della Regione Lombardia e dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo.

Nel caso di specie, in definitiva, mancherebbero sia l'interesse a ricorrere, inteso quale concretezza ed attualità della lesione denunciata e vantaggio/utilità derivante dall'eventuale accoglimento del ricorso, sia la *legitimitatio ad causam*, intesa quale stretta correlazione tra interesse sostanziale protetto dall'ordinamento giuridico e diritto all'azione in sede giudiziaria.

Le stesse argomentazioni sono formulate anche dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I., che evidenziano, in aggiunta, i seguenti ulteriori profili:

- il rapporto ottimale previsto dall'Accordo Regionale recepito dalla deliberazione gravata abbasserebbe notevolmente la soglia di ingresso di nuovi medici rispetto al precedente accordo del 1999, permettendo l'ingresso di molti nuovi medici (quindi la nuova disciplina sarebbe in realtà favorevole ai ricorrenti);
- la titolarità di un interesse legittimo sussisterebbe in capo a questi ultimi soltanto all'atto dell'individuazione degli ambiti scoperti di assistenza;
- pertanto, l'eventuale pregiudizio lamentato non potrebbe ricondursi direttamente all'Accordo Integrativo Regionale, bensì all'adozione di un eventuale, successivo provvedimento;
- in definitiva, l'azione proposta avrebbe natura di vera e propria azione popolare, al di fuori dei limiti in cui questa è ammessa dall'ordinamento, e dunque sarebbe inammissibile.

L'eccezione deve essere respinta.

In proposito, va rammentato che, secondo la giurisprudenza più recente, sussiste un interesse ad agire dei ricorrenti per il solo fatto della loro collocazione nella graduatoria unica regionale della medicina generale, che li investe della posizione legittimante a contestare le determinazioni (come quella impugnata) naturalmente destinate a ripercuotersi sugli iscritti in detta graduatoria (T.A.R. Friuli Venezia Giulia, n. 50/2007 cit.).

Sul punto, il Collegio ha esperito comunque, con ordinanza n. 58/08 del 13 marzo 2008, apposita istruttoria, volta ad ottenere chiarimenti dalle parti circa gli effetti che sarebbero derivati ai ricorrenti dall'applicazione del coefficiente di un medico ogni 1.000 residenti e di quello di un medico ogni 1.300 residenti.

In esito alla disposta istruttoria, le parti hanno depositato documentazione, fondata sull'assunto – peraltro forse eccessivamente restrittivo – che i ricorrenti intendano concorrere solo per gli ambiti territoriali carenti riferiti al territorio della Provincia di Pavia. Ciò, in ragione del fatto che tutti i ricorrenti nel 2007 hanno presentato la domanda all'A.S.L. di Pavia per concorrere ad uno o più ambiti.

Ad ogni modo, pur limitando l'analisi, sulla scorta della documentazione prodotta, al solo territorio della Provincia di Pavia, il Collegio ritiene di poter concludere nel senso della sussistenza dell'interesse ad agire in capo ai ricorrenti.

Al riguardo, occorre partire dalle indicazioni fornite dalla Regione Lombardia con la nota della Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2008.0018413 dell'8 maggio 2008. In detta nota si rileva la necessità di tenere presenti tre variabili:

1) ciascun medico può fare domanda per uno o più ambiti e, pertanto, la posizione occupata nelle singole graduatorie formate da ogni A.S.L. non basta, di per sé, a stabilire se l'incarico verrà assegnato o meno, dovendosi considerare l'eventualità che il medico in graduatoria abbia fatto domanda per più ambiti, nel qual caso egli dovrà poi optare per uno di questi;

- è, inoltre, previsto dall'art. 34, commi 1 e 2, dell'A.C.N. del 2005, che i medici inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione possano concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici, fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ogni A.S.L.;

- infine, i posti disponibili – a parte la riserva ora vista in favore dei cd. trasfertisti – debbono essere suddivisi tra medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e medici privi di tale attestato, rispettivamente nella percentuale dell'80% e del 20%, o, in fase di prima applicazione (nonché in caso di revisione), del 60% e del 40%. D  
3

Tanto premesso, come sottolinea la Regione – ed ammettono, del resto, gli stessi ricorrenti – questi ultimi, essendo privi dell'attestato appena menzionato, possono concorrere soltanto sulla percentuale di posti fissati per i medici privi dell'attestato stesso, dunque su una percentuale del 20% o del 40% dei posti disponibili, al netto della riserva di un terzo prevista per i cd. trasfertisti.

Orbene, tanto la nota della Regione Lombardia ora citata, quanto la relazione della F.I.M.M.G. e del S.U.M.A.I. dimostrano la lesività, per i ricorrenti, dell'adozione del coefficiente ottimale medico/assistibili di cui alla deliberazione impugnata (un medico ogni 1.300 residenti).

Infatti detto coefficiente preclude ai ricorrenti ogni possibilità di assegnazione di incarichi in ambiti carenti relativi alla Provincia di Pavia, per il secondo semestre del 2007, perché la sua applicazione in tale semestre porta ad individuare un totale di quattordici posti carenti: a fronte di un simile dato, la posizione dei ricorrenti nella graduatoria locale della Provincia di Pavia non gli consente, con l'eccezione (forse) del dr. Drovanti, di aspirare al conferimento di un incarico.

A questo punto, si tratta di verificare gli effetti dell'applicazione del coefficiente di calcolo di un medico ogni 1.000 residenti. In proposito, è evidente che l'utilizzo di un tale coefficiente comporterebbe un allargamento notevole del numero delle "carenze" e quindi dei posti disponibili.

Precisamente, secondo la Regione Lombardia, l'applicazione (simulata) ai dati del secondo semestre del 2007 del rapporto ottimale di 1/1.000 fa sì che il totale delle "carenze", variamente distribuite su tutto il territorio della A.S.L. di Pavia, sia pari

a settantasette: pertanto, con ben sessantatre posti in più rispetto a quelli risultati disponibili in base all'applicazione del rapporto 1/1.300.

Ad un risultato quasi uguale perviene la relazione depositata dai ricorrenti, i quali individuano tredici ambiti carenti in base al coefficiente 1/1.300 e settantacinque in base al coefficiente 1/1.000, con un differenziale, perciò, di sessantadue posti in più.

Questi dati, ad avviso del Collegio, già bastano a dimostrare l'interesse a ricorrere degli odierni ricorrenti, atteso il vantaggio per essi derivante dall'applicazione del rapporto di un medico ogni 1.000 residenti, in luogo di quello, ben più restrittivo, di un medico ogni 1.300 residenti.

Infatti, in disparte altre variabili, come le domande per più ambiti e poi le relative opzioni, o le richieste di trasferimento, è evidente che una cosa è essere inseriti in una graduatoria per una selezione a complessivi quattordici posti, tutt'altra cosa è esserlo in una graduatoria relativa ad una selezione per complessivi settantasette (o settantacinque) posti.

Ma la questione pare suscettibile di ulteriori approfondimenti.

In argomento, infatti, risulta eccessiva l'affermazione della Regione, secondo cui più in là della generica indicazione di un aumento delle probabilità di inserimento dei ricorrenti non si può andare, giacché le variabili più sopra ricordate finirebbero per consentire solo mere supposizioni.

Tuttavia, da un lato talune, almeno, delle suddette variabili (per es. il dato relativo alle richieste di trasferimenti) sono già note. Inoltre va rimarcato che una parte dei ricorrenti (i dott.ri Rotella, Sabato, Spadafora, Valdata e Zanardi) risulta aver fatto domanda per tutti gli ambiti. Tenuto conto della posizione da essi occupata nella graduatoria, si può allora concludere, con un grado di sufficiente verosimiglianza, che per questi ricorrenti l'applicazione del rapporto ottimale di 1/1.000, in luogo di quello di 1/1.300, comportando un notevole aumento di "carenze" per il territorio della A.S.L. di Pavia, determinerebbe il conferimento di un incarico, relativamente ad uno degli ambiti.

In questo senso, risultano significative le conclusioni cui pervengono i ricorrenti nella loro relazione, che contiene dati numerici e calcoli per certi versi assai vicini (come già visto) a quelli della Regione, in esito ai quali i medici poc'anzi indicati (i dott.ri Rotella, Sabato, Spadafora, Valdata e Zanardi) vengono individuati quali destinatari di un incarico per effetto dell'applicazione del rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 residenti.

Ciò, tenuto anche conto che, versandosi nella fase di prima applicazione del nuovo rapporto ottimale – sia pure non il rapporto previsto dall'Accordo Regionale del 2007, ma, in ipotesi, quello stabilito dall'A.C.N. del 2005, comunque diverso dal rapporto ottimale indicato dalla previgente disciplina – si dovrebbe ritenere che gli interessati concorrano sulla percentuale del 40% dei posti disponibili, al netto della riserva per i "trasfertisti". Si è già visto, infatti, che in fase di prima applicazione del nuovo rapporto ottimale medico/assistibili, l'Accordo Regionale prevede, per i

medici sforniti dell'attestato di formazione in medicina generale, una percentuale di posti pari al 40%.

In base a detta percentuale, dunque, gli ambiti carenti, per i quali poter concorrere, sarebbero venti.

Peraltro, per alcuni dei ricorrenti (i dott.ri Rotella, Sabato e Valdata), la previsione ragionevole di un conferimento dell'incarico, grazie all'applicazione del rapporto ottimale 1/1.000, persisterebbe anche a ritenere che essi possano concorrere solo per una percentuale del 20% dei posti disponibili, al netto della riserva prima citata e dunque solo per un totale di dieci posti.

In conclusione, soltanto per i dott.ri Drovanti e Magagnoli potrebbe, allora, porsi il problema dell'insussistenza dell'interesse ad agire, sia pure per motivi tra loro ben diversi e cioè, nel primo caso, per essere il ricorrente forse destinatario di incarico anche con l'applicazione del coefficiente 1/1.300, nell'altro caso, per non avere il ricorrente presentato domanda per il secondo semestre 2007.

Anche a questo riguardo, può, tuttavia, obiettarsi che, in relazione al dr. Drovanti, l'applicazione del coefficiente di 1/1.000 rende certo il conferimento dell'incarico, cioè rende praticamente certa quella che era solo un'eventualità. In ordine, poi, al dr. Magagnoli, potrebbe beneficiare dell'applicazione del suddetto coefficiente più favorevole, quantomeno nella ricognizione degli ambiti carenti per i due semestri del 2008.

Va detto, a completamento del discorso, che non possono essere invece condivisi i dati risultanti dalla relazione depositata dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I.: ciò, in primo luogo perché detta relazione effettua proiezioni per la Provincia di Pavia riferite al 2008 e quindi con dati non solo molto discordanti rispetto a quelli forniti dalla Regione, ma anche – e soprattutto – molto parziali (e quindi insoddisfacenti) perché ricavati solo dai primi quattro ambiti banditi. Inoltre, perché comunque la relazione prevede la possibilità per i ricorrenti di concorrere solo per il 20% dei posti disponibili, senza porsi il problema della diversa disciplina che governerebbe la fase di prima applicazione del nuovo rapporto ottimale (e che implicherebbe la possibilità dei ricorrenti di concorrere per il 40% dei posti).

In definitiva, pertanto, respinta l'eccezione di carenza di *legitimatio ad causam* e di carenza di interesse ad agire, il ricorso va dichiarato ammissibile.

Nel merito, inoltre, esso è fondato.

Ed infatti, con il primo motivo di gravame viene lamentata la violazione dell'art. 48 della l. n. 833/1978, degli artt. 3 e 33 dell'A.C.N. del 2005, nonché dei principi generali in tema di ripartizione degli ambiti di negoziazione nazionale e regionale.

In sintesi, i ricorrenti sottolineano come l'art. 48 cit., al punto 1) del terzo comma attribuisca agli accordi collettivi nazionali l'individuazione del rapporto ottimale medico/assistibili per la medicina generale. Nello stesso senso è anche l'art. 3, lett. d), dell'A.C.N. del 2005, il quale devolve a sua volta alla negoziazione nazionale la definizione del predetto rapporto ottimale.

Vero è che l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N., nel fissare il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 residenti, ammette le deroghe, ma solo per ipotesi particolari e

ambiti territoriali specifici, laddove invece l'art. 5 della Parte Seconda, Sezione 1, dell'Accordo Regionale recepito dalla deliberazione gravata introduce un rapporto ottimale di un medico ogni 1.300 residenti "per ciascun ambito territoriale", cioè su tutto il territorio regionale. Donde l'illegittimità di tale previsione.

Il motivo deve essere condiviso.

Sul punto, infatti, basta porre a raffronto l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005 ed il terzo periodo dell'art. 5, Parte Seconda, Sezione 1, dell'Accordo Regionale di cui si discute.

L'art. 33, comma 9, cit., nel disciplinare il rapporto ottimale medico/assistibili, è invero chiarissimo:

- a) nel fissare in un preciso rapporto numerico, individuato in 1 a 1.000 (o frazione di 1.000 superiore a 500) il rapporto medico/popolazione residente;
- b) nel prevedere la possibilità che, in sede di Accordo Integrativo Regionale, siano concordate variazioni di detto rapporto ottimale per determinati ambiti territoriali dell'assistenza primaria;
- c) nel restringere la possibilità di un aumento del citato rapporto ottimale fino a un massimo del 30%, senza invece prevedere limiti per una variazione in diminuzione del rapporto stesso.

L'A.C.N. del 2005, pertanto, consente alle Regioni di variare il rapporto ottimale, ma non in maniera generalizzata (T.A.R. Lazio, Roma, n. 9909/2007, cit.): quelle ammesse sono, infatti, deroghe al rapporto ottimale, che si pongono in relazione di eccezione rispetto alla regola generale, che resta quella fissata nell'art. 33, comma 9, del medesimo A.C.N. (T.A.R. Friuli Venezia Giulia, n. 50/2007, cit.).

L'art. 5 della Parte Seconda, Sezione 1, dell'Accordo Regionale del 2007 dispone invece, in pretesa applicazione dell'art. 33, comma 9, cit., che per ciascun ambito territoriale possa essere iscritto un medico ogni 1.300 abitanti residenti, o frazione superiore a 600.

Appare evidente – e del resto in questo senso sono anche le difese della Regione e di F.I.M.M.G. e S.U.M.A.I. – che la previsione, recepita nella deliberazione della Giunta Regionale oggetto di gravame, contrasta con l'A.C.N. del 2005 e, perciò, è illegittima.

Donde la fondatezza della doglianza.

Non possono essere condivise, infatti, le obiezioni formulate sul punto dalla difesa regionale.

Invero, se, come dice la Regione, l'art. 12 delle preleggi prescrive che la legge va interpretata attribuendole il senso fatto palese dal significato proprio delle parole, secondo la connessione di esse, anche ammesso che tale criterio, valido per gli atti normativi, possa applicarsi al caso di specie – in cui la deliberazione gravata pare rivestire, piuttosto, il carattere di atto generale (arg. ex C.d.S., Sez. IV, 28 luglio 1982, n. 522) – non può che ribadirsi che l'art. 33, comma 9, cit., è chiarissimo nel circoscrivere la possibilità di deroghe a livello locale, al rapporto ottimale da esso stabilito, solo in ambiti territorialmente limitati.

L'aver previsto che le Regioni possano indicare un diverso rapporto ottimale "*per ambiti territoriali dell'assistenza primaria*" significa, senza dubbio, che la deroga non può riguardare l'intero territorio regionale, ma solo ambiti limitati e rispetto ai quali l'introduzione di un diverso rapporto va specificamente motivata.

Ciò si desume anche dal fatto che la disposizione *de qua*, mentre quando parla del rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 residenti, lo riferisce a "*ciascun ambito territoriale*", quando parla della deroga al predetto rapporto, la riferisce ad "*ambiti territoriali dell'assistenza primaria*".

In altri termini, l'art. 33, comma 9, cit., utilizza per il rapporto ottimale 1/1.000 la medesima espressione che l'Accordo Integrativo Regionale impiega, invece, per il rapporto 1/1.300. Di qui l'illegittimità di quest'ultimo.

Non è pertanto vero che il solo limite, previsto dall'A.C.N. del 2005 per l'Accordo Regionale, sarebbe quello che la variazione in aumento del rapporto ottimale non superi il limite del 30%. Al contrario, l'A.C.N. non abilita le Regioni a variare il predetto rapporto in via generalizzata su tutto il loro territorio, essendo tale potestà riservata agli accordi collettivi nazionali dall'art. 48, terzo comma, punto 1), della l. n. 833/1978 (C.d.S., Sez. V, ord. n. 4199/07, cit.).

Priva di pregio è poi l'ulteriore obiezione, basata sulla circostanza che la questione del rapporto ottimale medico/assistibili in Lombardia è stata da sempre regolata da Accordi decentrati.

Ed invero, l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005 circoscrive, ma non esclude la possibilità di una disciplina regionale di detto rapporto, sempreché, si ribadisce, la deroga regionale sia territorialmente limitata nonché, per l'ipotesi di aumento del coefficiente, si contenga in un aumento massimo del 30%.

Del tutto erronea è, quindi, l'obiezione secondo cui un'interpretazione restrittiva dell'art. 33, comma 9, cit., non terrebbe conto della più rilevante novità introdotta dall'Accordo Nazionale stesso, da individuare nell'accresciuta area di intervento riconosciuta alla contrattazione collettiva di secondo livello.

L'obiezione è erronea, anzitutto perché, come rileva la stessa Regione Lombardia, nella materia del rapporto ottimale medico/assistibili, la previgente contrattazione nazionale già assegnava un significativo spazio alla regolamentazione dettata dagli Accordi Regionali, sicché in questo settore non pare che l'A.C.N. del 2005 abbia quel carattere innovativo che la difesa regionale pretende di attribuirgli.

Inoltre – si deve ancora ripetere – l'art. 33, comma 9, non esclude affatto qualsiasi intervento in sede decentrata sulla questione del coefficiente medico/assistibili, ma si limita a fissarne i confini (all'interno dei quali residuano, invero, ampi margini di intervento).

Sul piano più prettamente sostanziale, gli argomenti della Regione a supporto della elevazione del rapporto ottimale – riassumibili nell'opportunità che, con l'aumento del numero degli assistiti e perciò dell'impegno lavorativo, il medico di medicina generale sia incentivato all'esclusività del rapporto con il S.S.N. – pur ragionevoli, non sono comunque decisivi.

Essi, a ben vedere, risultano superati dalla riflessione secondo cui, proprio per le diverse necessità che il servizio di medicina generale può presentare, è necessario avere una disciplina flessibile del rapporto ottimale medico/assistibili, in grado di contemperare le diverse esigenze ed i diversi interessi, pubblici e privati, coinvolti, ma sempre senza perdere di vista l'obiettivo preminente della tutela del diritto alla salute, costituzionalmente garantito ad ogni individuo. In questo senso, allora, è la disciplina dell'Accordo Nazionale ad essere flessibile, in quanto essa consente, sia pur nei limiti di cui all'art. 33, comma 9, deroghe ritagliate sulle esigenze a livello locale (così per es. per le necessità territoriali delle zone disagiate, funzionali alle quali risulta la possibilità di una diminuzione del predetto rapporto: T.A.R. Friuli Venezia Giulia, n. 50/2007 cit.).

Ed invece, è proprio l'applicazione indifferenziata a tutto il territorio regionale del rapporto ottimale 1/1.300, derivante dall'art. 5 dell'Accordo Regionale, a peccare di rigidità e totale assenza di flessibilità, dimostrandosi inadatta a rispondere alle molteplici esigenze del servizio di medicina generale sopra ricordate.

Al riguardo, resta da precisare che la clausola di cui al quarto periodo dell'art. 5 cit., per la quale sono fatte salve particolari condizioni documentate dalle singole A.S.L. previo parere del Comitato Aziendale, ovvero la valutazione, se necessaria, da parte del comitato regionale, non è rimedio sufficiente.

Infatti, essa non comporta l'automatico ripudio del coefficiente di 1/1.300, ma solo la valutazione della possibilità di abbandonarlo. Si tratta, pertanto, di una clausola che non infirma la conclusione più sopra vista, secondo cui l'Accordo Regionale impone l'adozione di un nuovo rapporto su tutto il territorio regionale, diverso dal rapporto previsto dall'A.C.N. del 2005, in violazione di quest'ultimo.

Infine, a sostegno della legittimità della deliberazione gravata non si può ricavare alcun elemento dall'ordinanza di questa Sezione n. 233/2008 del 31 gennaio 2008, che si è limitata a sancire, in sede cautelare, l'illegittimità dell'adozione, da parte della Regione Lombardia, in punto di fatto, di un criterio di calcolo del rapporto ottimale medico/assistibili pari ad un medico ogni 1.500 abitanti e perciò difforme sia dall'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005, sia dallo stesso art. 5 dell'Accordo Regionale del 2007.

Anche le obiezioni mosse dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I. (di uguale contenuto) si rivelano non condivisibili.

E così, in primo luogo, va respinta l'obiezione per cui, avendo l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005, dettato un rapporto ottimale di 1/1.000, "*fino alla stipula dei nuovi contratti regionali*", demandando alle Regioni l'indicazione di un differente coefficiente "*per ambiti territoriali dell'assistenza primaria*", l'art. 5 dell'Accordo Regionale si sarebbe limitato, in realtà, a dare puntuale attuazione al citato art. 33, comma 9.

In proposito, non resta che rinviare a quanto sopra osservato circa il fatto che l'art. 5 non costituisce fedele attuazione dell'art. 33, comma 9, cit., ma a ben vedere ne travisa il senso (così, in un caso analogo, T.A.R. Friuli Venezia Giulia, n. 50/2007, cit.). Si può inoltre aggiungere che, contrariamente a quanto sembrano suggerire le

organizzazioni controinteressate, l'art. 33, comma 9, cit. non detta una disciplina integralmente cedevole, potendo la regolamentazione regionale sostituirla solo nei limiti in cui è ammessa e quindi – ancora una volta – soltanto per ambiti territoriali specifici e delimitati.

Del resto, sarebbe del tutto contraria alla lettera dell'art. 33, comma 9, cit. (ed anzi uno stravolgimento di questo), un'interpretazione di detto articolo che ammettesse la possibilità, per le Regioni, di individuare, per ambiti determinati dell'assistenza primaria, un rapporto ottimale medico/residenti diverso da quello di 1/1.000 fino alla stipula di nuovi accordi regionali (che potrebbero, dunque, introdurre nuove e maggiori deroghe).

Nemmeno può condividersi l'obiezione per cui l'Accordo Regionale indicherebbe non uno, bensì tre rapporti ottimali.

Invero, l'analisi dell'art. 5 dell'Accordo non conferma che il coefficiente 1/1.300 si applicherebbe solo per i servizi previsti nelle aree urbane, pianeggianti, ad alta concentrazione abitativa e/o con alti costi di esercizio della professione. Inoltre, il successivo art. 8 non indica alcun diverso coefficiente per le zone disagiate, dove risulta più difficile garantire la copertura dell'assistenza primaria.

Quanto, poi, alle obiezioni basate sul carattere maggiormente "satisfattivo", anche – pare di capire – per il pubblico interesse, del criterio di 1/1.300, rispetto a quello di 1/1.000, in disparte la circostanza che F.I.M.M.G. e S.U.M.A.I. risultano tra le organizzazioni firmatarie dell'A.C.N. del 2005, si tratta di osservazioni che vanno ad impingere nel "merito" delle scelte programmatiche.

Ad ogni modo – e come già si è rilevato per l'analoga argomentazione della difesa regionale – il fatto che l'Accordo Regionale cercasse di garantire l'esclusività del rapporto del medico di medicina generale con il S.S.N. attraverso l'aumento del numero di assistiti, non implicava affatto la necessità di adottare uniformemente, su tutto il territorio regionale, un coefficiente diverso da quello fissato dall'A.C.N. e dunque in violazione di quest'ultimo.

In sostanza, è proprio la disciplina dell'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. a consentire quei margini di flessibilità onde poter perseguire i diversi obiettivi elencati dalla F.I.M.M.G. e dal S.U.M.A.I., mentre l'art. 5 dell'Accordo Regionale non consente analoga flessibilità e finisce, quindi, per essere contraddittorio rispetto alle stesse finalità indicate dalle suddette organizzazioni sindacali.

Quanto, infine, all'osservazione per cui l'art. 48, terzo comma, punto 1) della l. n. 833/1978 non sarebbe più la fonte esclusiva della disciplina del rapporto ottimale medico/assistibili, atteso l'accresciuto ruolo della contrattazione collettiva, specie di livello regionale, ed alla luce delle novità introdotte dalla l. cost. n. 3/2001, di modifica del Titolo V della Costituzione, si tratta di osservazione del tutto priva di pregio.

Come ha infatti rilevato altra – e già richiamata – giurisprudenza in una fattispecie analoga (T.A.R. Friuli Venezia Giulia, n. 50/2007, cit.), l'argomento del contesto istituzionale mutato, a seguito della l. cost. n. 3/2001, appare del tutto inconferente e non consente in alcun modo di sostenere che l'art. 48 della l. n. 833 cit. sia stato

abrogato o comunque superato. Ulteriore prova di ciò è, del resto, data dallo stesso art. 33 del vigente A.C.N., il quale, ben lungi dal delegare la decisione sul rapporto ottimale agli accordi regionali, al contrario circoscrive nettamente il loro possibile campo di intervento.

Sicché – pare di poter aggiungere – quand'anche si volesse ipotizzare un influsso (imprecisato) delle modifiche al Titolo V della Costituzione sull'interpretazione dell'art. 48 cit., resterebbe fermo il profilo di illegittimità dell'Accordo Regionale (e, perciò, dell'impugnata deliberazione di recepimento dello stesso), consistente nella violazione dell'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. del 2005.

In definitiva, il ricorso è fondato e deve essere accolto.

Per conseguenza, va disposto l'annullamento della deliberazione regionale gravata nella parte in cui, nel recepire la pre-intesa firmata il 27 aprile 2007, assume quale rapporto ottimale medico/assistibili per la medicina generale, su tutto il territorio regionale, quello di un medico ogni 1.300 residenti, invece di quello di un medico ogni 1.000 residenti.

Sussistono, comunque, giusti motivi per disporre la compensazione delle spese, in considerazione della complessità delle questioni trattate.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, Milano, Sezione Terza, così definitivamente pronunciando sul ricorso indicato in epigrafe, lo accoglie.

Compensa le spese.

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

Così deciso in Milano, nella Camera di Consiglio del 22 maggio 2008, con l'intervento dei signori magistrati:

DOMENICO GIORDANO

Presidente



PIETRO DE BERARDINIS

Ref., estensore



RAFFAELLO GISONDI

Referendario

