

Sentenza del 28/03/2023 n. 8791 - Corte di Cassazione - Sezione/Collegio 5

Testo

Testo:

con sentenza n. 340/2019 la Corte d'appello di L'Aquila, adita dall'Azienda Sanitaria Locale Avezzano Sulmona L'Aquila e nel contraddittorio con A.A., medico di medicina generale operante in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, confermava la decisione del Tribunale di L'Aquila che aveva respinto l'opposizione della ASL avverso il decreto monitorio con il quale le era stato ingiunto il pagamento nella misura intera dei corrispettivi previsti dall'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale approvato con Delib. di Giunta Regionale 9 agosto 2006, n. 916 in relazione alle voci "NCP in gruppo e relativo personale" nonchè "assistenza domiciliare integrata", il cui importo unitario mensile per assistito, era stato ridotto unilateralmente dall'ASL a fronte di prestazioni rimaste invariate;

2. la Corte territoriale rilevava, in sintesi, che le esigenze di contenimento della spesa sanitaria, pur legittime, non autorizzavano la modifica unilaterale degli impegni assunti in sede di contrattazione collettiva, tanto più che l'intervento unilaterale aveva riguardato il solo corrispettivo, mentre era rimasta immutata, quanto ad impegno qualitativo e quantitativo, la prestazione richiesta al medico convenzionato;

3. precisava che la Delib. G.R. Abruzzo n. 592 del 2008, nel fissare alle ASL i tetti di spesa, aveva dettato le linee guida alle quali le aziende avrebbero dovuto attenersi specificando che la riduzione doveva essere attuata attraverso la riapertura dei tavoli di concertazione e ciò in attuazione di un principio generale quale è quello della vincolatività dei contratti collettivi;

4. anche il decreto del Commissario ad acta n. 27 del 2011 aveva escluso che le ASL potessero unilateralmente modificare i contenuti normativi ed economici degli AIR, tanto più che occorreva evitare che si producessero di Spa rità di trattamento in ambito regionale per le medesime prestazioni ed indennità;

5. per la cassazione della sentenza ha proposto ricorso l'Azienda Sanitaria Locale di Avezzano Sulmona L'Aquila sulla base di sei motivi, ai quali A.A. ha replicato con controricorso.

Motivi della decisione

che:

1. la ricorrente antepone alla formulazione delle censure la ricostruzione del quadro normativo e, con il primo motivo, formulato ai sensi dell' art. 360 c.p.c. , n. 3, denuncia l'erroneità della sentenza per violazione e/o falsa applicazione della L. n. 311 del 2004, art. 1, commi 173 , 176 ,

178 e 180 , dell' art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, della L. n. 266 del 2005, art. 1, commi 278 e 281 , della L. n. 296 del 2006, art. 1, comma 796, lett. b) dell' art. 12 delle Disposizioni sulla legge in generale;

1.1. sostiene, in sintesi, che le delibere del D.G. dell'ASL e quelle del Commissario ad acta hanno natura autoritativa ed inderogabile e sono state adottate sulla base delle disposizioni richiamate in rubrica che hanno imposto alle Regioni di perseguire l'obiettivo del contenimento della complessiva spesa sanitaria e dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

1.2. deduce che la Regione Abruzzo, in quanto soggetta al Piano di Rientro, non poteva erogare servizi sanitari ulteriori a quelli previsti nei L.E.A., secondo i principi enunciati dalla Corte Costituzionale (dec. n. 117/2018) e rileva che nella fattispecie di causa erano in questione incentivi facoltativi e volontari, che esulavano dai L.E.A. e che, come tali, non potevano essere erogati nella loro interezza;

2. con il secondo motivo la ricorrente denuncia, sotto altro profilo e sempre ai sensi dell' art. 360 c.p.c. , n. 3, la violazione e/o falsa applicazione della L. n. 311 del 2004, art. 1, commi 173 , 176 , 178 e 180 , dell' art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, della L. n. 266 del 2005, art. 1, commi 278 e 281 , della L. n. 296 del 2006, art. 1, comma 796, lett. b) dell' art. 12 disp. gen. anche con riferimento alla Deliberazione del Commissario ad Acta n. 27 del 2011;

2.1. censura la sentenza nella parte in cui la Corte territoriale ha tratto conferma della necessità di una modifica consensuale dell'A.I.R. dai contenuti della Delib. di Giunta Regionale n. 592 del 2008 e della successiva Delib. Commissariale n. 27 del 2011, ed evidenzia che in detti atti si faceva riferimento alla sola riapertura dei tavoli di concertazione - nella specie avvenuta - e non anche alla modifica dell'A.I.R.;

la delibera Commissariale, poi, faceva espressamente salvi i contenimenti di spesa Pag.3 effettuati fino a quel momento dalle ASL e, dunque, anche di quelli adottati con la Delib. n. 563 del 2009 (poi modificata, in recepimento della Delib. del Commissario ad acta n. 24 del 2012, con la Delib. n. 150 del 2013);

2.2. rileva la contraddittorietà tra il riconoscimento del carattere vincolante del tetto di spesa fissato dal Commissario ad acta e dalla Regione e la conclusione secondo cui per la sua attuazione sarebbe stato necessario il consenso dei sindacati;

sostiene che la rimodulazione dei compensi poteva essere disposta unilateralmente a livello aziendale perchè imposta dai provvedimenti regionali, non sindacabili, a loro volta emanati in attuazione del piano di rientro dal deficit in materia di spese sanitarie;

3. con la terza critica, ricondotta al vizio di cui all' art. 360 c.p.c. , n. 3, denuncia la violazione e/o falsa applicazione delle disposizioni contenute nell'accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi della L. n. 421 del 1992, art. 1 e del D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 come modificato dal D.Lgs. n. 517 del 1993 ed in

particolare dell'art. 45 , nonché dell' art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale Abruzzo in relazione all' art. 1362 c.c. e 12 delle leggi in generale;

3.1. la ricorrente contesta la qualificazione del compenso previsto dall'art. 5 A.I.R. e dell'art. 54 A.C.N., per i "Nuclei di cure primarie" (e, in generale, per le altre voci contrattuali oggetto di riduzione) operata nella sentenza impugnata e deduce che si tratta di compensi di natura incentivante, corrisposti a fronte di una forma volontaria e facoltativa di esercizio dell'attività medica (aggregazione di medici, su base volontaria, per assicurare la copertura della assistenza nell'arco delle 24 ore) - e non già di corrispettivi di prestazioni che rendono più usurante l'attività;

4. con il quarto motivo, formulato ai sensi dell' art. 360 c.p.c. , n. 4, la ricorrente addebita alla sentenza impugnata la violazione dell' art. 112 c.p.c. , determinate la nullità della sentenza in rapporto all'omessa pronuncia su un motivo di appello e cioè l'applicazione del D.Lgs. n. 165 del 2001, artt. 40 e 40 bis e s.m.i.;

4.1. assume che la Corte d'Appello avrebbe dovuto ritenere nulle le clausole del contratto decentrato comportanti oneri economici non più compatibili con gli strumenti di programmazione economica ed in particolare con l'Accordo sottoscritto il 6 marzo 2007 dalla Regione Abruzzo con il Governo;

5. con il quinto motivo la ricorrente deduce, ai sensi dell' art. 360 c.p.c. , n. 5 l'omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti;

5.1. censura la sentenza impugnata per non aver considerato che i tavoli di concertazione erano stati riaperti;

6. la sesta censura, egualmente ricondotta al vizio di cui al n. 3 dell' art. 360 c.p.c. , addebita alla sentenza impugnata la violazione e falsa applicazione della L. n. 2248 del 1865 , allegato E, art. 5 , perchè non potevano essere disapplicati gli atti amministrativi con i quali la Pubblica Amministrazione, intervenendo sulla base di quanto disposto dalla Regione Abruzzo con D.G.R. n. 592 del 2008, aveva, in concreto, realizzato i ri Spm di spesa;

6.1. la ricorrente richiama giurisprudenza di questa Corte (Cass. n. 2244/2015) per sostenere che il potere di disapplicazione può essere esercitato unicamente nei giudizi tra privati e nei soli casi in cui l'atto non costituisca il fondamento del diritto dedotto in giudizio bensì rappresenti un mero antecedente logico, sì da integrare un pregiudiziale in senso tecnico;

7. è infondata l'eccezione di inammissibilità del ricorso sollevata dalla difesa della controricorrente perchè l' art. 366 c.p.c. , nell'elencare i contenuti necessari dell'atto, non ha inteso imporre il rigoroso rispetto di una data struttura del ricorso, sicchè allorquando quest'ultimo contenga tutti gli elementi indispensabili per porre la Corte in condizione di comprendere la censura e di valutarne la rilevanza in relazione allo sviluppo della vicenda processuale, non rilevano le modalità espositive e, quindi, ben può la parte premettere alla formulazione dei singoli motivi la trattazione di un tema, qual è la ricostruzione del quadro normativo, comune a tutte le censure;

7.1. non determina, poi, inammissibilità del ricorso il mancato rispetto del protocollo di intesa tra CNF e Corte di Cassazione e del principio di necessaria sinteticità degli atti processuali perchè, in assenza di una disposizione processuale che sanzioni espressamente con la declaratoria di inammissibilità l'omesso rispetto del dovere, è necessario che la mancanza di sinteticità si risolva nella violazione dell' art. 366 c.p.c. , applicabile anche al controricorso ex art. 370 c.p.c. , comma 2 , e pertanto l'inammissibilità dell'atto potrà essere dichiarata solo qualora l'irragionevole estensione del ricorso o del controricorso renda non intellegibili le questioni poste, oscura l'esposizione dei fatti di causa e confuse le argomentazioni esposte per censurare la sentenza gravata o per contraddire ai motivi di impugnazione (Cass. n. 21397/2019), evenienze, queste, che non ricorrono nella fattispecie;

8. il ricorso, seppure ammissibile, è infondato perchè la sentenza impugnata ha deciso la controversia in conformità ai principi di diritto recentemente enunciati da Cass. n. 11566/2021, Cass. n. 19327/2021, Cass. n. 22440/2021, Cass. n. 27782/2021 e da altre pronunce conformi, che hanno respinto analoghi ricorsi proposti dalle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo avverso le pronunce della Corte d'Appello di L'Aquila con le quali, sulla base delle medesime argomentazioni espresse nella pronuncia qui impugnata, era stata ritenuta illegittima la riduzione unilaterale dei compensi previsti dalla contrattazione, nazionale e integrativa regionale, seppure finalizzata al rispetto dei tetti di spesa imposti dal Piano di rientro;

8.1. con le richiamate pronunce, alla cui motivazione si rinvia ex art. 118 disp. att. c.p.c. , si è affermato che: a) il rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale è disciplinato, quanto agli aspetti economici, dagli accordi collettivi nazionali e integrativi ai quali devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali; b) la disciplina dettata dalla L. n. 833 del 1978, art. 48 e dal D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 non è derogata da quella speciale prevista per il rientro da eccessivi disavanzi del sistema sanitario e pertanto le esigenze di riduzione della spesa non legittimano la singola azienda sanitaria a ridurre unilateralmente i compensi previsti dalla contrattazione nazionale e da quella integrativa regionale; c) le richiamate esigenze, sopravvenute alla valutazione di compatibilità finanziaria dei costi della contrattazione, devono essere fatte valere nel rispetto delle procedure di negoziazione collettiva e degli ambiti di competenza dei diversi livelli di contrattazione; d) l'atto unilaterale di riduzione del compenso non ha natura autoritativa perchè il rapporto convenzionale si svolge su un piano di parità ed i comportamenti delle parti vanno valutati secondo i principi propri che regolano l'esercizio dell'autonomia privata;

9. all'enunciazione dei principi di diritto questa Corte è pervenuta sviluppando argomentazioni che comportano il rigetto di tutti i motivi di ricorso qui proposti dalla ASL ricorrente perchè, quanto alla prevalenza degli atti discrezionali finalizzati ad assicurare l'attuazione del Piano di rientro, sulla quale si incentrano le prime tre censure, si è osservato che l'obbligo imposto alle Regioni dalle L. n. 311 del 2004 , L. n. 296 del 2006 e L. n. 191 del 2009 di modificare gli atti in precedenza adottati è stato significativamente riferito a quelli normativi ed amministrativi inerenti la programmazione sanitaria, fra i quali non possono essere ricompresi gli accordi stipulati all'esito delle procedure di contrattazione regionale;

9.1. è stato precisato al riguardo che sia la L. n. 311 del 2004 che la L. n. 191 del 2009 contengono significative disposizioni dalle quali si evince che il legislatore non ha inteso sminuire il ruolo assegnato alla contrattazione collettiva, nazionale e decentrata, anche nel contesto particolare delle Regioni interessate dalla situazione di disavanzo, perchè la L. n. 311 del 2004, art. 1 al comma 178 , ha ribadito il principio secondo cui il rapporto fra il Servizio Sanitario nazionale ed i medici di medicina generale "è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi della L. 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 9 , e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale" e la L. n. 191 del 2009 , all'art. 2, commi 71 e 72 , pur imponendo adempimenti finalizzati alla riduzione della spesa complessiva del personale, anche a convenzione, ha richiamato significativamente la contrattazione ed ha stabilito che l'obiettivo del contenimento della spesa deve essere perseguito, non attraverso l'intervento unilaterale sul trattamento retributivo, bensì per mezzo del "ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa";

10. sono stati poi richiamati i principi affermati da questa Corte in tema di impiego pubblico contrattualizzato, estensibili anche al rapporto convenzionale in ragione di un sistema delle fonti modellato su quello previsto dal D.Lgs. n. 165 del 2001 (cfr. Corte Cost. n. 157/2019 e Corte Cost. n. 186/2016), secondo cui in siffatti rapporti occorre che sia assicurata la necessaria conformazione del contratto individuale a quello collettivo, perchè è la contrattazione che garantisce nell'impiego pubblico contrattualizzato la parità di trattamento e nel rapporto convenzionale l'uniformità sull'intero territorio nazionale di cui alla L. n. 833 del 1978, art. 48 ;

10.1. le considerazioni svolte sul punto comportano, quindi, il rigetto anche del quarto motivo di ricorso perchè, una volta esclusa la possibilità per la contrattazione individuale di modificare l'assetto stabilito dalla contrattazione nazionale e da quella decentrata, secondo le rispettive sfere di competenza, non può che essere privo di rilievo il comportamento tenuto di fatto dalle parti del singolo rapporto, alle quali non è consentito negoziare il contenuto delle rispettive obbligazioni;

10.2. per ragioni non dissimili si deve ritenere infondata anche la quinta censura, giacchè il carattere volontario dell'adesione alla cosiddetta medicina di gruppo e la possibilità di revocare l'adesione stessa, non possono certo essere invocati a giustificazione dell'inadempimento dell'Azienda nè escludono il diritto a ricevere il corrispettivo stabilito dalla contrattazione regionale per i servizi resi nel rispetto delle condizioni contrattualmente previste;

11. il potere unilaterale di riduzione dei compensi non può essere fondato sul D.Lgs. n. 165 del 2001, art. 40 , al quale rinvia la L. n. 289 del 2002, art. 52 e del quale è denunciata la violazione nel sesto motivo, perchè in tutte le versioni succedutesi nel tempo è rimasto immutato il comma 4 della disposizione in parola secondo cui "le pubbliche amministrazioni adempiono agli obblighi assunti con i contratti collettivi nazionali o integrativi dalla data della sottoscrizione definitiva e ne assicurano l'osservanza nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti";

11.1. quanto, poi, alla contrattazione integrativa il legislatore ne ha previsto la doverosa "disapplicazione" nelle sole ipotesi di nullità delle clausole contrattuali, espressamente affermata in relazione ai contratti che, al momento della sottoscrizione, risultino essere in contrasto con i

vincoli imposti dal contratto nazionale o comportino oneri non previsti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione (art. 40, comma 3, della versione originaria; art. 40, comma 3 quinquies del testo modificato dal D.Lgs. n. 150 del 2009);

la nullità prevista dall'art. 40 è quindi solo quella genetica del contratto, che rende inefficaci le clausole della contrattazione integrativa sin dal momento della loro stipulazione;

11.2. il potere unilaterale di intervento sulle materie riservate alla contrattazione integrativa è stato eccezionalmente attribuito al datore di lavoro pubblico dal D.Lgs. n. 150 del 2009 , ma solo alle condizioni previste dai commi 3 bis e 3 ter del modificato art. 40, ossia in via provvisoria e alla scadenza del termine fissato per la sessione negoziale in sede decentrata, dopo che le parti, in caso di mancato accordo, abbiano riassunto "le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e decisione";

11.3. detto potere unilaterale, lo si ripete eccezionale, è stato pensato dal legislatore, a partire dal D.Lgs. n. 150 del 2009 , al dichiarato fine di assicurare la funzionalità dell'azione amministrativa, ma è stato disciplinato in termini che non smentiscono il ruolo centrale attribuito alla contrattazione nè consentono di ricondurre il potere stesso all'esercizio di potestà autoritativa;

11.4. è poi assorbente rispetto ad ogni altra considerazione il rilievo che l'intervento unilaterale resta circoscritto all'ambito della contrattazione di competenza, sicchè lo stesso non può certo essere invocato per incidere su istituti contrattuali la cui disciplina sia riservata ad un altro livello di contrattazione;

12. infine, quanto all'asserita violazione della L. n. 2248 del 1865 , allegato E, artt. 4 e 5 , nei precedenti citati si è affermato, ed il principio deve essere qui ribadito, che l'atto con il quale la ASL ha unilateralmente ridotto il compenso non è espressione di un potere di supremazia e partecipa della medesima natura privatistica del rapporto che si instaura con il professionista convenzionato;

12.1. il rapporto di parasubordinazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera non è assimilabile a quello che si instaura con le strutture accreditate, oggetto di disposizioni specifiche, dettate dal D.Lgs. n. 502 del 1992, artt. da 8 quater a 8 sexies che, come sottolineato dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato (sentenza n. 3 del 2012), delineano un modello bifasico nel quale la determinazione delle tariffe ha matrice autoritativa e vincolante;

12.2. al contrario nel rapporto convenzionale con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale l'ente agisce su un piano di parità sicchè l'atto con il quale lo stesso pretende di rideterminare il compenso, in peius rispetto alle previsioni della contrattazione collettiva, non è espressione di potestà pubblica e va equiparato a quello con il quale il debitore, privato, rifiuta di adempiere, in toto o parzialmente, l'obbligazione posta a suo carico;

12.3. d'altro canto la Corte territoriale correttamente ha evidenziato che nella fattispecie non è stata posta in discussione la legittimità della delibera n. 592/2008 e del decreto del commissario n. 27/2011, nella parte concernente la fissazione dei tetti di spesa, perchè oggetto di

contestazione sono solo le modalità con le quali la ASL ha ritenuto di potere perseguire l'obiettivo fissato da quei provvedimenti e, quindi, gli atti unilaterali dei quali è contestata la legittimità non rientrano fra quelli contemplati dalla L. n. 2248 del 1865, artt. 4 e 5 dell'allegato E , perchè non sono espressione di potestà autoritativa;

13. in via conclusiva la ricorrente non prospetta argomenti nuovi ed ulteriori che giustifichino la rimeditazione dei principi già enunciati, sicchè il ricorso deve essere rigettato con conseguente condanna della ASL al pagamento delle spese del giudizio di legittimità, liquidate come da dispositivo;

14. ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater , come modificato dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228 , si deve dare atto, ai fini e per gli effetti precisati da Cass. S.U. n. 4315/2020, della ricorrenza delle condizioni processuali previste dalla legge per il raddoppio del contributo unificato, se dovuto dalla ricorrente.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al pagamento, in favore della controparte, delle spese del giudizio di legittimità, liquidate in Euro 200,00 per esborsi ed Euro 3.500,00 per competenze professionali, oltre al rimborso spese generali del 15% ed agli accessori di legge.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto, per il ricorso a norma del cit. art. 13, comma 1-bis, se dovuto.

Documenti citati



Documenti collegati

- Normativa
- Prassi
- Giurisprudenza