

Civile Ord. Sez. L Num. 6519 Anno 2023

Presidente: ESPOSITO LUCIA

Relatore: FEDELE ILEANA

Data pubblicazione: 03/03/2023



sul ricorso proposto da:

Azienda Sanitaria Locale (A.S.L. 1) Avezzano Sulmona L'Aquila, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. Vincenzo Santucci ed elettivamente domiciliata in Roma, Piazza San Pantaleo 3, presso lo studio dell'avv. Nicoletta Serrani

- ricorrente -

contro

Rufini Paolo Antonio, rappresentato e difeso dall'avv. Franco Crocetta unitamente e disgiuntamente all'avv. Marco Camarda, presso il cui studio sito in Roma, via F. Belloni n. 16 è elettivamente domiciliato

- controricorrente -

avverso la sentenza n. 376/2020 della Corte d'appello di L'Aquila, depositata il 16 luglio 2020.

Udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 10 gennaio 2023 dal Consigliere Ileana Fedele.

Rilevato che:

1. la Corte d'appello di L'Aquila, adita dall'Azienda Sanitaria Locale Avezzano Sulmona l'Aquila e nel contraddittorio con Paolo Antonio Rufini, medico di medicina generale operante in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, ha confermato la sentenza del Tribunale di Avezzano 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 prestazioni "NCP" nuclei di cure primarie in gruppo e personale, assistenza domiciliare integrata e governo clinico, il cui importo unitario mensile per assistito, era stato ridotto unilateralmente dall'ASL a fronte di prestazioni rimaste invariate;

2. la Corte territoriale ha rilevato, 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; ha precisato 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; 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 disparità di trattamento in ambito regionale per le medesime prestazioni ed indennità;

3. per la cassazione della sentenza ha proposto ricorso l'Azienda Sanitaria Locale di Avezzano Sulmona L'Aquila sulla base di sette motivi, ai quali Paolo Antonio Rufini con controricorso.

Considerato che:

1. premessa la ricostruzione del quadro normativo di riferimento, la ricorrente, con il primo motivo, formulato ai sensi dell'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., denuncia l'erroneità della sentenza per violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, della l. n. 311 del 2004, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dell'art. 1, commi 278 e 281, della l. n. 266 del 2005, dell'art. 1, comma 796, lett. b), della l. n. 296 del 2006, dell'art. 12 delle preleggi, degli artt. 1339, 1418, 1419 e 1374 cod. civ.;

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 cod. proc. civ., n. 3, la violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, della l. n. 311 del 2004, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dell'art. 1, commi 278 e 281, della l. n. 266 del 2005, dell'art. 1, comma 796, lett. b), della l. n. 296 del 2006, dell'art. 12 delle preleggi;

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 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;

3. con il terzo motivo la ricorrente denuncia, ancora sotto altro profilo e sempre ai sensi dell'art. 360 cod. proc. civ., n. 3, la violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, della l. n. 311 del 2004, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dell'art. 1, commi 278 e 281, della l. n. 266 del 2005, dell'art. 1, comma 796, lett. b), della l. n. 296 del 2006, dell'art. 12 delle preleggi

anche con riferimento alla deliberazione del Commissario *ad acta* n. 27 del 2011;

3.1. l'Azienda torna a sostenere che la rimodulazione dei compensi poteva essere disposta unilateralmente a livello aziendale perché imposta dai provvedimenti regionali, non sindacabili, a loro volta emanati in attuazione del piano di rientro dal deficit in materia di spese sanitarie;

4. con il quarto motivo, formulato sempre i sensi dell'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., la ricorrente addebita alla sentenza impugnata la violazione dell'art. 1326 cod. civ. e deduce che la riduzione aveva interessato prestazioni facoltative, non rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), sicché il medico convenzionato avrebbe potuto decidere di non accettare le nuove condizioni, astenendosi dal rendere le prestazioni accessorie perché non adeguatamente compensate;

4.1. il diverso comportamento concludente tenuto doveva essere valorizzato perché sintomatico della conclusione di un nuovo accordo fra le parti;

5. la quinta critica, ricondotta al vizio di cui all'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., 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 dell'art. 1 della l. n. 421 del 1992 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992, come modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993 ed in particolare dell'art. 54, nonché dell'art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale Abruzzo;

5.1. 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, e non già di corrispettivi di prestazioni che rendono più usurante l'attività;

6. con il sesto motivo è denunciata ex art. 360 n. 3 cod. proc. civ. la violazione e falsa applicazione degli artt. 40 e 40 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 perché 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;

7. la settima censura, egualmente ricondotta al vizio di cui al n. 3 dell'art. 360 cod. proc. civ., addebita alla sentenza impugnata la violazione e falsa applicazione dell'art. 5 della l. n. 2248 del 1865, allegato E, perché 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 risparmi di spesa;

7.1. 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;

8. l'eccezione di inammissibilità del ricorso sollevata dalla difesa del controricorrente è infondata, perché l'art. 366 cod. proc. civ., nell'elencare i contenuti necessari dell'atto, non ha inteso imporre il rigoroso rispetto di una data struttura del ricorso, sicché 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;

8.1. 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 perché, 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 cod. proc. civ., applicabile anche al controricorso ex art. 370, comma 2 cod. proc. civ., 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;

9. il ricorso, seppure ammissibile, è infondato perché la sentenza impugnata ha deciso la controversia in conformità ai principi di diritto recentemente enunciati da numerose pronunce di questa Corte (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;

9.1. in particolare, giova qui fare espresso riferimento all'ordinanza di questa Corte n. 27661 del 2022 - pronunciata in fattispecie speculare alla presente - la cui motivazione è integralmente condivisa dal Collegio e di seguito richiamata ex art. 118 disp. att. cod. proc. civ., come segue:

«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 dall'art. 48 della legge n. 833/1978 e dall'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 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 perché 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;

10. 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 perché, 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 leggi n. 311/2004, n. 296/2006 e n. 191/2009 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;

10.1. è stato precisato al riguardo che sia la legge n. 311/2004 che la legge n.191/2009 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, perché l'art. 1 della legge n. 311/2004, 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 dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale" e la legge n. 191/2009, 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";

11. 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. 165/2001 (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, perché 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 all'art. 48 della legge n. 833/1978;

11.1. le considerazioni svolte sul punto comportano, quindi, il rigetto anche del quarto motivo di ricorso perché, 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;

11.2. per ragioni non dissimili si deve ritenere infondata anche la quinta censura, giacché 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 né escludono il diritto a ricevere il corrispettivo stabilito dalla contrattazione regionale per i servizi resi nel rispetto delle condizioni contrattualmente previste;

12. il potere unilaterale di riduzione dei compensi non può essere fondato sull'art. 40 del d.lgs. n. 165/2001, al quale rinvia l'art. 52 della legge n. 289/2002 e del quale è denunciata la violazione nel sesto motivo, perché 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”;

12.1. 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. 150/2009). 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;

12.2. il potere unilaterale di intervento sulle materie riservate alla contrattazione integrativa è stato eccezionalmente attribuito al datore di lavoro pubblico dal d.lgs. n. 150/2009, 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”;

12.3. detto potere unilaterale, lo si ripete eccezionale, è stato pensato dal legislatore, a partire dal d.lgs. n. 150/2009, 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 né consentono di ricondurre il potere stesso all'esercizio di potestà autoritativa;

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

13. infine, quanto all'asserita violazione della legge n. 2248/1865, 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;

13.1. 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 dagli articoli da 8 quater a 8 sexies del d.lgs. n. 502/1992 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;

13.2. 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 sicché 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;

13.3. 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, perché 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 dagli artt. 4 e 5 dell'allegato E della legge n. 2248/1865 perché non sono espressione di potestà autoritativa»;

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

15. ai sensi dell'art. 13, comma 1 quater, del d.P.R. n. 115/2002, come modificato dalla l. 24.12.12 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.

rigetta il ricorso e condanna la parte ricorrente al pagamento delle spese del giudizio di legittimità, che liquida in euro 4.500,00 per compensi, oltre alle spese forfettarie nella misura del 15 per cento, agli esborsi liquidati in euro 200,00, 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.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del 10 gennaio 2023