

CASSAZIONE CIVILE - (mancanza della autorizzazione al superamento del massimale)

Cassazione Civile - Sez. lavoro, Sent. n. 9375 del 20.04.2010

Svolgimento del processo

Con sentenza in data 11.3.2004/12.7.2005 la Corte di appello di Roma confermava la sentenza resa dal Tribunale della stessa sede il 30.3.2001, impugnata da D.I.M.G., che rigettava la domanda da quest'ultimo proposta ai fini del riconoscimento dei compensi dovuti, quale medico generico convenzionato, per gli assistiti in carico oltre il massimale.

Osservava in sintesi la corte territoriale che ai medici con rapporto di convenzione è imposto ex lege un tetto massimo di assistiti acquisibili, suscettibile di eventuale deroga solo su autorizzazione della Regione, nella specie non intervenuta, e che, in ogni caso, nessun riconoscimento dell'utilità delle prestazioni eseguite era stata operata dalla ASL, che aveva, anzi, disconosciuto il diritto reclamato.

Per la cassazione della sentenza propone ricorso D.I.M. G. con tre motivi.

Resiste con controricorso la Regione Lazio.

Motivi della decisione

Con il primo motivo, svolto ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3 e 5, in relazione agli artt. 1453 ss c.c., il ricorrente si duole che la corte territoriale, erroneamente interpretando la normativa dell'Accordo nazionale regolante, ai sensi della L. n. 833 del 1978, la disciplina normativa ed economica dei medici generici e pediatri, aveva trascurato di considerare che, in forza di tale disciplina, le Aziende ospedaliere erano obbligate ad inviare periodicamente l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno dei sanitari, nonché a comunicare mensilmente agli stessi le variazioni nominative ed il riepilogo numerico relativi alle scelte ed alle revoche intervenute nel mese precedente, con la conseguenza che al medico non ricusante le scelte eccedenti il massimale, non per sua colpa, ma per effetto dell'inadempimento degli obblighi posti a carico dell'Azienda, dovevano riconoscersi i compensi corrispondenti all'effettivo numero degli assistiti in carico.

Con il secondo motivo, proposto ai sensi dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, il ricorrente lamenta violazione e falsa applicazione del D.P.R. 13 agosto 1981, art. 34, del D.P.R. 6 ottobre 1984, n. 882, del D.P.R. 8 giugno 1987, n. 289, nonché vizio di motivazione, prospettando, in punto di onere probatorio per l'attività eccedente il massimale, che, a differenza di quanto ritenuto dalla corte territoriale, l'evento di danno doveva ritenersi provato in via diretta e, comunque, presuntiva, competendo l'onorario professionale per ogni assistibile in carico.

Con l'ultimo motivo, infine, il ricorrente si duole, eccependo la violazione, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, degli art. 36 Cost., artt. 2041, 2729, 1226, 2126 c.c., che i giudici di merito avevano escluso il diritto del sanitario ad un equo indennizzo per l'attività eccedente il massimale, mai retribuita, sebbene tale attività, deontologicamente doverosa, avesse determinato un indebito arricchimento per le UU.SS.LL. Il primo motivo è infondato.

Giova, al riguardo, premettere che gli accordi collettivi nazionali per l'uniforme

trattamento economico e normativo, nell'intero territorio nazionale, del personale sanitario a rapporto convenzionale (ai sensi della L. n. 833 del 1978, art. 48 e, successivamente, ai sensi della L. n. 412 del 1991, art. 4, comma 9, e del D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8, come mod. dal D.Lgs. n. 517 del 1993, art. 9) non costituiscono fonte negoziale diretta di disciplina dei rapporti convenzionali, in quanto di per sè inadonei ad inserirsi nell'ordinamento con propria forza cogente, ma rappresentano, secondo la giurisprudenza consolidata di questa Suprema Corte, soltanto la fase consensuale di un complesso procedimento di produzione normativa, che si conclude con l'intervento del potere pubblico - nella forma del decreto presidenziale -, che ha contenuto ed efficacia di atto di normazione secondaria (cfr. sol da ultimo Cass. n. 2906/2006).

Ne discende che l'interpretazione data dal giudice di merito a tale disciplina può essere denunciata in sede di legittimità ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3 e che la corte regolatrice (per come la stessa ha in più occasioni affermato: v. ad es. Cass. n. 9953, 7615, 10168/2004; Cass. n. 2906/2006 cit) può sottoporre a diretto esame le relative norme in base ai criteri stabiliti per l'interpretazione della legge (artt. 12 ss. preleggi).

Ciò premesso, costituisce interpretazione del tutto acquisita della normativa posta dal D.P.R. 28 settembre 1990, n. 314 (che disciplina l'esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi della L. n. 833 del 1978, art. 48, con la previsione di un numero massimo di assistibili per singolo medico e la commisurazione del compenso con riferimento a "ciascun assistibile a carico": art. 13, comma 1 e art. 41) che - costituendo il massimale il limite oggettivo per la prestazione sanitaria - resta escluso per le prestazioni rese ad assistibili che eccedano tale limite il diritto dei medici a qualsiasi trattamento economico in base al regime convenzionale, a nulla valendo, in mancanza di autorizzazione a superare il massimale, l'eventuale inadempimento dell'Azienda sanitaria all'obbligo di trasmettere il tabulato periodico degli assistiti in carico al sanitario convenzionato.

Trattasi, infatti, di adempimenti che non si pongono in regime di complementarietà, strumentalità o reciproco condizionamento, dal momento che il sanitario in qualsiasi momento sa - o deve sapere - quanti e quali assistiti abbia in carico, con la conseguente inoperatività della regola inadimplenti non est adimplendum, dato che, a tali fine, bisognerebbe positivamente accertare che il medico non ha altro modo di conoscere il numero e l'identità degli assistiti se non attraverso il tabulato periodicamente inviato dall'amministrazione (e tanto non risulta), e, comunque, per la considerazione, del tutto assorbente, che, in presenza di un divieto legale a prendere in carico altri assistiti oltre il massimale, la violazione della norma non può in nessun caso giustificare il conseguimento di un vantaggio economico (v. sol da ultimo Cass. n. 2838/2009; Cass. n. 15144/2008; Cass. n. 12616/2007; Cass. n. 22443/2006; Cass. n. 2906/2006, la quale ultima sottolinea anche, in conformità ai precedenti, l'inapplicabilità dell'art. 2126 c.c., ai rapporti, quale quello in esame, di parasubordinazione).

In coerenza - giova conclusivamente rilevare - con il criterio direttivo stesso imposto dalla legge agli accordi collettivi nazionali, di prevedere, in modo uniforme nell'intero territorio nazionale, "il rapporto ottimale medico - assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta" (L. n. 833 del 1979, art. 48, comma 3, n. 1). Nel rigetto del primo motivo restano assorbite le censure svolte col secondo, mentre va disatteso, in quanto infondato, l'ultimo motivo.

Anche sul punto, questa Suprema Corte ha più volte precisato che l'azione di indebito arricchimento è esperibile nei confronti della Pubblica Amministrazione solo quando sia intervenuto, da parte di quest'ultima, il riconoscimento dell'utilità dell'opera, la cui mancanza è desumibile, come nel caso, dall'esistenza di un divieto per l'ente pubblico di eseguire la prestazione (v. per tutte Cass. n. 15144/2008), e che, comunque,

l'arricchimento senza causa, che giustifica l'erogazione di un indennizzo in favore del soggetto privato che assume di esser stato depauperato, deve consistere nell'acquisto di un bene o di una somma di denaro o, se trattasi di un pubblico servizio, in un miglioramento dello stesso o nel mantenimento della sua qualità con una spesa minore. Per come, invece, deve escludersi con riferimento all'ipotesi in esame, in quanto il medico convenzionato che abbia superato il numero massimo di assistibili consentito dalla legge si pone in condizione di non poter assicurare a ciascun paziente il livello minimo qualitativo, oltre che quantitativo, di assistenza che gli è dovuto (cfr. Cass. n. 6260/2006).

Il ricorso va, pertanto, rigettato. Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese, che liquida in Euro 17,00 per esborsi ed in Euro 2500,00 per onorario di avvocato, oltre a spese generali, IVA e CPA. Così deciso in Roma, il 9 febbraio 2010.