

Corte di Cassazione Sezione Lavoro

Sentenza 12 ottobre 2021 n. 27782

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE LAVORO

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. TRIA Lucia - Presidente

Dott. TORRICE Amelia - Consigliere

Dott. DI PAOLANTONIO Annalisa - Consigliere

Dott. MAROTTA Caterina - Consigliere

Dott. BELLE' Roberto - rel. Consigliere

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso 24385-2019 proposto da:

AZIENDA SANITARIA LOCALE [REDACTED], in
persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in [REDACTED] presso lo
studio dell'avvocato [REDACTED] rappresentata e difesa dagli avvocati [REDACTED];

- ricorrente -

contro

[REDACTED] elettivamente domiciliata in [REDACTED], presso lo studio dell'avvocato [REDACTED], che
la rappresenta e difende unitamente all'avvocato [REDACTED];

- controricorrente -

avverso la sentenza n. 335/2019 della CORTE D'APPELLO di L'AQUILA, depositata il 16/05/2019
R.G.N. 611/2018;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 10/03/2021 dal Consigliere Dott.
ROBERTO BELLE';

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. VISONA' STEFANO, che ha
concluso per accoglimento del ricorso;

uditi gli Avvocati [REDACTED];

udito l'Avvocato [REDACTED].

FATTI DI CAUSA

1. La Corte d'appello di L'Aquila rigettava l'impugnazione dell'Azienda Sanitaria Locale [REDACTED] Avezzano Sulmona l'Aquila nei confronti di [REDACTED] medico di medicina generale (medico di base) operante in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, proposta avverso la sentenza del Tribunale di l'Aquila che aveva respinto l'opposizione dell'Azienda Sanitaria al decreto ingiuntivo con il quale la stessa ASL era stata condannata al pagamento della misura intera dei corrispettivi previsti dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale approvato con Delib. Giunta Regionale 9 agosto 2006, n. 916 (in prosieguo: AIR) in relazione alle voci assistenza domiciliare integrata e compensi denominati NCP in gruppo, il cui importo unitario mensile per assistito, era stato ridotto unilateralmente dall'ASL a fronte di prestazioni rimaste invariate.
2. La Corte territoriale sosteneva che l'operato dell'Azienda non potesse essere ritenuto legittimo solo perche' finalizzato a salvaguardare l'equilibrio tra i livelli assistenziali e la disponibilita' finanziaria, atteso che nessuna ragione pubblica, seppur legittima e condivisibile, di contenimento della spesa autorizzava a modificare unilateralmente i termini economici di un rapporto di lavoro quale risultato di una contrattazione collettiva.
3. Precisava, al riguardo, 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 cio' in attuazione di un principio generale quale e' quello della vincolativita' dei contratti collettivi.
4. Rilevava che il decreto del Commissario ad acta del 19 luglio 2011, n. 27 aveva previsto che le Aziende USL non avrebbero potuto modificare gli AIR senza l'assenso dei Comitati Consultivi Regionali e che, in deroga a tale prescrizione, esse avrebbero potuto mantenere in essere i provvedimenti gia' adottati per il contenimento della spesa della medicina convenzionata fino alla definizione di nuovi accordi regionali e che, comunque, in caso di criticita', sarebbero stati attivati i tavoli di concertazione regionale, anche al fine di non creare disparita' di trattamento tra le Aziende USL e tra i medici per le medesime prestazioni ed indennita'.
5. Evidenziava che, nella specie, pur se era vero che erano stati avviati incontri tra la parte pubblica e le organizzazioni sindacali, tuttavia nessun accordo per la riduzione dei compensi era stato sottoscritto ed approvato.
6. Assumeva che non potesse pervenirsi a diverse conclusioni argomentando sul carattere facoltativo e di minor impatto sull'utenza delle prestazioni cui erano riferite le indennita' oggetto di contenzioso atteso che, pur ammettendo che tali prestazioni non rientrassero nei L.E.A., non si vedeva per quale ragione, avendo l'ASL continuato ad offrire i relativi servizi, il relativo costo dovesse gravare sui medici, contrattualmente obbligati a renderli e non sugli utenti che richiedevano prestazioni al di fuori dall'ambito dei predetti L.E.A.

7. Riteneva, in conseguenza, che non potesse l'ASL, in assenza della prevista contrattazione, pretendere di ridurre i compensi mantenendo inalterate le prestazioni richieste ai medici.

8. Per la cassazione della sentenza ha proposto ricorso l'Azienda Sanitaria Locale di [REDACTED] [REDACTED] sulla base di sei motivi, ai quali il medico ha replicato con tempestivo controricorso.

9. L'ASL ha depositato memoria.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo, formulato ai sensi dell'articolo 360 c.p.c., n. 3, la ricorrente deduce erroneità della sentenza per violazione e/o falsa applicazione della L. n. 311 del 2004, articolo 1, commi 173, 176, 178 e 180, dell'articolo 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, della L. n. 266 del 2005, articolo 1, commi 278 e 281, della L. n. 296 del 2006, articolo 1, comma 796, lettera b) dell'articolo 12 disp. gen..

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. I suddetti atti, della cui legittimità si discute, sono stati adottati nel pieno rispetto della legislazione statale perché le finalità perseguite dal legislatore sarebbero compromesse in radice qualora venissero riconosciuti ai medici convenzionati gli importi dagli stessi pretesi.

Assume che la riduzione dei costi della medicina convenzionata di base tramite l'assegnazione alle ASL dei limiti di spesa da applicare ai medici convenzionati, nel rispetto dei L.E.A., costituisce diretta e legittima attuazione degli obblighi conseguenti alla conclusione dell'accordo concluso con lo Stato e dei connessi obblighi di legge.

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 avrebbero potuto essere erogati nella loro interezza e rileva nella fattispecie di causa erano in questione incentivi facoltativi e volontari, che esulavano dai L.E.A. e che, come tali, non avrebbero potuto essere erogati nella loro interezza.

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

Sostiene, con doglianze che dichiaratamente costituiscono il precipitato logico di quelle di cui al motivo precedente, che avrebbe errato la Corte territoriale nel ritenere rilevante, ai fini della decisione, la circostanza che non fosse stato sottoscritto un nuovo A.I.R..

Censura la sentenza nella parte in cui la Corte territoriale ha tratto conferma della necessita' di una modifica consensuale dell'AIR dai contenuti della Delib. Giunta Regionale n. 592 del 2008 e della successiva Delib. Commissariale n. 27 del 2011, nella parte in cui esse facevano riferimento alla concertazione sindacale.

Assume che la Delib. di Giunta si riferiva alla sola riapertura dei tavoli di concertazione - nella specie avvenuta - e non anche alla modifica dell'A.I.R.; la Delib. 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. Commissario ad Acta n. 24 del 2012, con la Delib. n. 150 del 2013).

Rileva la contraddittorieta' 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. Si trattava di un adempimento al quale non poteva essere subordinata l'attuazione del piano di rientro, comunque impossibile da realizzare nei tempi necessitati dalla crisi finanziaria e che non era appannaggio della ASL ma della Regione.

3. Con il terzo motivo l'Azienda denuncia, ai sensi dell'articolo 360 c.p.c., n. 3, la erroneita' della sentenza per violazione e/o falsa applicazione delle disposizioni contenute nell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi della L. n. 421 del 1992, articolo 1 e del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, articolo 8 come modificato dal Decreto Legislativo n. 517 del 1993 ed in particolare dell'articolo 45, nonche' dell'articolo 5 dell'Accordo Integrativo Regionale Abruzzo in relazione all'articolo 1362 c.c. e articolo 12 disp. gen..

Contesta la qualificazione del compenso previsto dall'articolo 5 A.I.R. e dell'articolo 54 A.C.N., per i "Nuclei di cure primarie" (ed, in generale, per le altre voci contrattuali oggetto di riduzione) operata nella sentenza impugnata.

Deduce che si tratta di compensi di natura incentivante, corrisposti a fronte di una forma volontaria e facoltativa di esercizio dell'attivita' medica (aggregazione di medici, su base volontaria, per assicurare la copertura della assistenza nell'arco delle 24 ore) - e non gia' di indennita' corrisposte in corrispettivo di una attivita' usurante. Pertanto, a fronte della necessita' di contenere i costi per la medicina convenzionata ed, in particolare, sulle voci previste dall'A.I.R., non appariva erroneo contenere di pochi centesimi un incentivo che aveva gia' prodotto i suoi effetti e che non incideva in alcun modo sui costi.

4. Con il quarto motivo di ricorso l'Azienda denuncia, ai sensi dell'articolo 350 c.p.c., n. 4, la violazione dell'articolo 112 c.p.c. determinante la nullita' della sentenza in rapporto alla omessa pronuncia su un motivo di appello e cioe' su quello concernente l'applicazione del Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articoli 40 e 40 bis e s.m.i..

Assume che la sostenibilita' finanziaria e' posta a presidio degli equilibri di bilancio pubblico ed infatti sono previste sanzioni di nullita' per la sua violazione.

Rileva che tale questione era stata specificamente posta in sede di appello ma la stessa era stata immotivatamente disattesa dalla Corte territoriale.

Sostiene che il fatto sopravvenuto costituito dalle leggi statali di cui al primo ed al secondo motivo di ricorso aveva comportato la non compatibilita' degli accordi collettivi integrativi gia' stipulati con conseguente nullita' delle relative previsioni economiche nella parte in cui determinavano il superamento del tetto fissato.

5. Con il quinto motivo la ricorrente denuncia, ai sensi dell'articolo 360 c.p.c., n. 5, omesso esame circa un fatto decisivo per il giudizio ed oggetto di discussione tra le parti.

Rileva che, nella specie, non e' stato considerato l'avvenuto svolgimento della concertazione, che non aveva condotto ad un accordo a causa del comportamento dei medici. Il fatto era stato documentalmente provato con la produzione dei verbali del Comitato Regionale e risultava dalla premessa delle delibere commissariali. Via via che il confronto sindacale procedeva e si raggiungevano risultati condivisi - che poi il Commissario aveva mutuato si proponevano delle bozze di accordo per la formalizzazione di quei risultati, che invece venivano ignorate o superate dai tempi di risposta.

Eguale, a livello aziendale, nella seduta del 22 giugno 2009 del comitato permanente aziendale di medicina generale della ASL, alla presenza degli stessi sindacalisti che partecipavano al tavolo regionale, era stata decisa la riduzione del 20% di tutti gli istituti previsti nell'AIR per la medicina generale vigente.

6. Con il sesto motivo l'ASL denuncia, ai sensi dell'articolo 360 c.p.c., n. 3, la violazione e falsa applicazione della L. n. 2248 del 1865, articolo 5 allegato E.

Sostiene che non poteva la Corte territoriale disapplicare gli atti amministrativi con i quali la Pubblica Amministrazione (e cosi' l'ASL e il nominato Commissario ad acta della Regione Abruzzo), 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 e cosi' in particolare: a) riconfermato i tagli di spesa per l'anno 2009 e individuato i criteri di ripartizione delle risorse sia in relazione ai fondi di riparto sia in relazione alle spese per assistenza (Delib. n. 7 del 2009 del Commissario ad acta); b) stabilito per l'anno 2009 il tetto di spesa complessivo per le attivita' convenzionate della medicina di base di ogni singola ASL nonche' quello specifico per l'attuazione dell'A.I.R. di ogni categoria medica interessata (Delib. n. 22 del 2009 del Commissario ad acta); stabilito la riduzione dei compensi A.I.R. in attuazione e recepimento dei provvedimenti di contenimento della spesa (Delib. n. 539 del 2009 dell'ASL); c) stabilito per l'anno 2010 i tetti di spesa per la medicina convenzionata ripartendo le risorse disponibili tra fondi a riparto e spese per prestazioni (Delib. n. 47 del 2010 del Commissario ad acta); d) stabilizzato il regime introdotto fissando l'entita' della spesa in relazione a determinate prestazioni previste per la medicina generale (Delib. n. 27 del 2011 del Commissario ad acta); e) dato attuazione a tale regime (Delib. n. 150 del 2013 dell'ASL).

Richiama giurisprudenza di questa Corte (Cass. n. 2244/2015) per sostenere che il potere di disapplicazione puo' 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, si' da integrare un pregiudiziale in senso tecnico. Sostiene che nella fattispecie, poiche' veniva direttamente in rilievo la legittimita' degli atti amministrativi, la domanda doveva essere rigettata

perche' gli atti stessi non erano stati tempestivamente impugnati e dei medesimi non poteva essere richiesta la disapplicazione.

7. L'esame delle censure, da trattare unitariamente in ragione della loro connessione logica e giuridica, deve essere preceduto dalla sintetica ricostruzione del quadro normativo di specifico rilievo, che ricomprende sia la disciplina del rapporto convenzionale instaurato con il Servizio Sanitario Nazionale, sia gli interventi legislativi con i quali, nel settore della tutela della salute e della gestione del connesso servizio, il legislatore statale ha imposto vincoli alla spesa regionale al fine di contenere i disavanzi del settore sanitario e di assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica (cfr. Corte Cost. n. 91/2012).

7.1. Sin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, risalente alla L. n. 833 del 1978, la disciplina del rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e' stata configurata in termini di necessaria uniformita' sull'intero territorio nazionale. L'articolo 48 ha a tal fine previsto che le convenzioni debbano essere conformi agli accordi collettivi nazionali resi esecutivi con Decreto del Presidente della Repubblica ed ha assicurato la necessaria conformazione agli stessi attraverso la previsione della nullita' delle pattuizioni, individuali ed anche collettive, sottoscritte in contrasto con i richiamati accordi (commi 7 e 8).

7.2. Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 di riordino della disciplina in materia sanitaria ha ribadito, all'articolo 8, il ruolo centrale dell'accordo collettivo, assegnando allo stesso il compito di definire, fra l'altro, "la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attivita' previste negli accordi di livello regionale" (lettera f della formulazione originaria).

La disposizione in commento e' stata piu' volte modificata ed integrata dal legislatore e, a partire dal Decreto Legislativo n. 299 del 1999, la distinzione, contenuta nella lettera f), fra quota fissa e quota variabile e' stata sostituita da quella inserita nella lettera d) che, oltre a distinguere il compenso fisso da quello variabile, opera un'ulteriore suddivisione fra la quota variabile connessa al raggiungimento di obiettivi e quella, parimenti variabile, legata da nesso di corrispettivita' a prestazioni, previste dagli accordi nazionali e regionali, funzionali allo sviluppo di specifici programmi adottati dalle aziende sanitarie locali (la riformulata lettera d) recita: ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attivita' e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attivita' previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f)...).

In tutte le versioni succedutesi nel tempo, peraltro, e' rimasto pressoché immutato l'incipit della disposizione che, quanto al contenuto delle convenzioni, rinvia agli accordi collettivi nazionali da stipulare ai sensi della L. n. 412 del 1991, articolo 4.

7.3. Detta norma, nella sua formulazione originaria, al comma 9 disciplinava la composizione della delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti sia i dipendenti del comparto sanità sia il personale sanitario con rapporto convenzionale, e, quindi, equiparava già, quanto alle forme di contrattazione, quest'ultimo rapporto a quello di impiego pubblico.

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 la procedura è stata superata, per il personale del comparto sanità, da quella disciplinata dagli articoli 40 e ss. stesso decreto, mentre per i rapporti convenzionali, sottratti all'abrogazione della L. n. 412 del 1991, articolo 4, comma 9, disposta dal Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articolo 72 il legislatore è intervenuto a modificare il testo originario e, con la L. n. 289 del 2002, articolo 52, comma 27, ha istituito la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato, alla quale ha affidato il compito di rappresentare la parte pubblica in occasione dei rinnovi degli accordi collettivi.

Quanto alla procedura di contrattazione lo stesso articolo 52, pur affidandone la definizione all'accordo da adottare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha richiamato il Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articoli da 40 a 49 (ad eccezione degli articoli 43 e 45) riconoscendo, quindi, alla contrattazione collettiva il medesimo ruolo centrale che la stessa riveste nell'ambito dell'impiego pubblico contrattualizzato.

Questo ruolo centrale degli accordi collettivi è stato, poi, ribadito dal Decreto Legge n. 81 del 2004, articolo 2 nonies convertito dalla L. n. 138 del 2004, secondo cui "il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dalla L. 30 dicembre 1991, n. 412, articolo 4, comma 9, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui al Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, articolo 3".

8. Attraverso il rinvio alla disciplina dettata dal Decreto Legislativo n. 165 del 2001 il legislatore ha esteso al rapporto convenzionale il medesimo "equilibrato dosaggio di fonti regolatrici" (Corte Cost. nn. 313/1996 e 309/1997) che caratterizza l'impiego pubblico contrattualizzato, ed ha affidato la realizzazione dell'obiettivo della disciplina uniforme dei rapporti convenzionali alla "forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale, con una rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata e con un limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite" (Corte Cost. n. 157/2019 e Corte Cost. n. 186/2016).

Da ciò il giudice delle leggi ha tratto la conseguenza che, quanto ai limiti della potestà legislativa regionale, valgono i medesimi principi affermati per l'impiego pubblico e, pertanto, non è consentito alla legge regionale intervenire sulla fase esecutiva del rapporto in convenzione, ridisegnando i diritti ed i doveri delle parti relativamente alla percezione di compensi, perché all'adempimento delle obbligazioni, che rientra nell'ambito dell'ordinamento civile riservato al legislatore statale, si applicano gli istituti uniformi del diritto privato (cfr. le pronunce sopra richiamate).

9. A conclusioni non dissimili, circa la natura del rapporto convenzionale e degli atti che attengono alla gestione dello stesso, è pervenuta anche questa Corte la quale, con giurisprudenza costante, ha sottolineato che i rapporti tra i medici convenzionati e le aziende sanitarie locali, pur se costituiti allo

scopo di soddisfare le finalita' istituzionali del servizio sanitario nazionale in funzione della tutela della salute pubblica, hanno la natura di rapporti libero professionali parasubordinati, che si differenziano da quelli di pubblico impiego per il difetto del vincolo della subordinazione. L'ente pubblico opera, pertanto, nell'ambito esclusivo del diritto privato ed assume nei confronti del professionista gli obblighi che derivano dalla disciplina collettiva, alla quale la legge assegna un ruolo centrale, affidandole la funzione specifica di garantire, su base pattizia, "l'uniformita' del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale... sull'intero territorio nazionale".

Si e', di conseguenza, sottolineato che l'ente pubblico non esercita nei confronti del medico convenzionato alcun potere autoritativo, all'infuori di quello di sorveglianza, ne' puo' incidere unilateralmente, limitandole o degradandole ad interessi legittimi, sulle posizioni di diritto soggettivo nascenti, per il professionista, dal "rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato", sicche' le iniziative delle parti ed i rispettivi comportamenti vanno valutati secondo i principi propri che regolano l'esercizio dell'autonomia privata (Cass. S.U. n. 8632/1996; Cass. S.U. n. 813/1999; Cass. S.U. n. 20344/2005; Cass. S.U. n. 6574/2006; Cass. n. 13235/2009).

Muovendo da dette premesse le Sezioni Unite hanno, poi, affermato che il potere del giudice ordinario, al quale e' riservata la cognizione delle controversie riguardanti le obbligazioni che dal rapporto scaturiscono, si modella anch'esso su quello disciplinato per l'impiego pubblico contrattualizzato dal Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articolo 63 e, pertanto, qualora la domanda del professionista denunci, quale mezzo al fine della tutela dei diritti scaturenti dal detto rapporto, l'illegittimita' di atti regolamentari o provvedimenti emessi dalla pubblica amministrazione, degli stessi e' consentita la disapplicazione (cfr. le pronunce sopra richiamate).

10. Premesso, quindi, che la disciplina generale del rapporto convenzionale assegna un ruolo centrale alla contrattazione collettiva, non dissimile da quello a quest'ultima riconosciuto in relazione all'impiego pubblico contrattualizzato, occorre valutare l'incidenza, rispetto al delineato riparto delle fonti regolatrici, della normativa speciale dettata dal legislatore per il rientro da eccessivi disavanzi del sistema sanitario (a partire dal Decreto Legge n. 347 del 2001 e dalla Legge Finanziaria n. 448 del 2001).

Con la L. n. 311 del 2004, articolo 1 e' stata disciplinata la procedura per il ripianamento dei disavanzi di gestione ed il legislatore, al comma 174, ha previsto l'obbligo per le Regioni di adottare i provvedimenti necessari ai fini del rispetto dell'equilibrio economico finanziario.

Il piano di rientro, il cui contenuto e' indicato dal successivo comma 180, e' l'atto con il quale la Regione, previa ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione del disavanzo di gestione, elabora il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, prodromico all'accordo, da stipulare con il Ministero competente, "che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173".

La disposizione in commento, piu' volte modificata dal legislatore, nel testo risultante all'esito delle modifiche apportate dalla L. n. 266 del 2005, articolo 1 comma 277, dalla L. n. 296 del 2006, articolo 1, comma 796, e dalla L. n. 191 del 2009, articolo 2, comma 76, della prevede che in caso di mancata adozione delle misure "si applicano comunque il blocco automatico del turo over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica, il divieto di

effettuare spese non obbligatorie fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica e nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive". Aggiunge che sono nulli gli atti emanati e i contratti stipulati "in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie".

10.1. Non interessa in questa sede esaminare in dettaglio le misure alle quali la legislazione nazionale affida la realizzazione dell'obiettivo del rientro dal disavanzo. Ciò che rileva, ai fini della questione qui controversa, è sottolineare che né la L. n. 311 del 2004, né i successivi interventi normativi, applicabili alla fattispecie *ratione temporis*, hanno attribuito alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie Locali il potere di sottrarsi unilateralmente al rispetto delle obbligazioni contrattuali assunte quanto al trattamento economico spettante al personale del comparto sanità ed a quello in regime convenzionale sulla base delle previsioni contenute nei contratti e negli accordi collettivi nazionali ed integrativi.

Un siffatto potere non è desumibile dalla L. n. 296 del 2006, articolo 1, comma 796, (nella parte in cui prescrive che "gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico... sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria") perché la modificazione degli atti in precedenza adottati è significativamente riferita 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.

Analoghe considerazioni vanno espresse quanto all'ambito di applicazione della L. n. 191 del 2009, articolo 2, comma 95, che, parimenti, obbliga la Regione "a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro" e non si riferisce, quindi, agli atti negoziali che qui rilevano.

10.2. Al contrario 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 che la disciplina generale assegna alla contrattazione collettiva, nazionale e decentrata, anche nel contesto particolare delle Regioni interessate dalla situazione di disavanzo.

Invero la L. n. 311 del 2004, articolo 1 ribadisce, al comma 178, che "il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi della L. 30 dicembre 1991, n. 412, articolo 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'articolo 2, commi 71 e 72, impone adempimenti finalizzati alla riduzione della spesa complessiva del personale, anche a convenzione, ma richiama pur sempre la contrattazione e persegue l'obiettivo del contenimento attraverso "il ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa".

Resta, quindi, escluso il potere unilaterale di rideterminazione del trattamento retributivo, potere che questa Corte, con orientamento consolidato (cfr. fra le piu' recenti Cass. n. 31387/2019 e la giurisprudenza ivi richiamata), ha ritenuto non sussistere per l'impiego pubblico contrattualizzato sulla base di argomenti che, per quanto illustrato nei punti che precedono, devono valere anche in relazione ai rapporti convenzionali.

Al riguardo e' solo il caso di precisare che, sebbene quell'orientamento si sia formato in relazione a fattispecie nelle quali erano stati attribuiti trattamenti di miglior favore rispetto alla previsione della contrattazione collettiva, lo stesso fa leva sul sistema delle fonti regolatrici del rapporto delineato dal legislatore e sul ruolo centrale svolto dalla contrattazione, che nell'impiego pubblico, ma anche nel rapporto convenzionale, e' lo strumento attraverso il quale si realizza il principio della parita' di trattamento (non dissimile dall'uniformita' sull'intero territorio nazionale di cui alla L. n. 833 del 1978, articolo 48), e si valorizzano, attraverso gli spazi di intervento concessi alla contrattazione integrativa, le specificita' dei singoli enti. Si tratta, quindi, di principi che a maggior ragione impediscono la determinazione unilaterale in peius, che contrasta, oltre che con la necessaria conformazione del contratto individuale a quello collettivo, con la disciplina generale dettata in tema di adempimento delle obbligazioni negoziali.

11. Ne' si puo' sostenere che il potere unilaterale dell'ente pubblico di sottrarsi all'adempimento delle obbligazioni che trovano titolo nella contrattazione nazionale o integrativa sarebbe legittimato dalla disciplina dettata dal Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articolo 40 al quale, si e' detto, rinvia la L. n. 412 del 1991, articolo 4 come modificato dalla L. n. 289 del 2002, articolo 52.

11.1. Va, al riguardo, innanzitutto ritenuta l'inammissibilita' del motivo con il quale l'Azienda ricorrente denuncia la violazione dell'articolo 112 c.p.c. e la nullita' della sentenza per omessa pronuncia su motivo di appello concernente, appunto, il suddetto Decreto Legislativo n. 165 del 2001, articolo 40 dovendosi ricordare che non ricorre tale vizio qualora la questione non espressamente esaminata, risulti incompatibile con la statuizione di accoglimento della pretesa dell'attore, deponendo per l'implicita pronuncia di rigetto dell'eccezione medesima, sicche' il relativo mancato esame puo' farsi valere non gia' quale omessa pronuncia, e, dunque, violazione di una norma sul procedimento (articolo 112 c.p.c.), bensì come violazione di legge e difetto di motivazione, in modo da portare il controllo di legittimita' sulla conformita' a legge della decisione implicita e sulla decisivita' del punto non preso in considerazione (v. tra le piu' recenti Cass. n. 24953/2020).

11.2. Ad ogni buon conto, si osserva che il richiamato articolo 40 e' stato piu' volte modificato ed integrato dal legislatore, ma in tutte le versioni succedutesi nel tempo e' rimasto immutato il comma 4 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".

Quanto, poi, alla contrattazione integrativa il legislatore ne ha previsto la doverosa "disapplicazione" nelle sole ipotesi di nullita' 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 (articolo 40, comma 3, della versione originaria; articolo 40,

comma 3 quinquies del testo modificato dal Decreto Legislativo n. 150 del 2009). La nullità prevista dall'articolo 40 è quella genetica del contratto, che rende inefficaci le clausole della contrattazione integrativa sin dal momento della loro stipulazione.

11.3. Il potere unilaterale di intervento sulle materie riservate alla contrattazione integrativa è stato eccezionalmente attribuito al datore di lavoro pubblico dal Decreto Legislativo n. 150 del 2009 ma solo alle condizioni previste dai commi 3 bis e 3 ter del modificato articolo 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".

È significativo al riguardo evidenziare che il successivo Decreto Legislativo n. 75 del 2017, nel rimarcare il carattere eccezionale del potere unilaterale di intervento, ha ritenuto necessario richiamare il principio, immanente in tema di obbligazioni contrattuali, del necessario rispetto della correttezza e della buona fede ed ha reso esplicito l'obbligo, già desumibile dall'attribuzione di un potere provvisorio, di proseguire le trattative "al fine di pervenire in tempi celeri alla conclusione dell'accordo".

Il potere unilaterale, lo si ripete eccezionale, è stato pensato dal legislatore, a partire dal Decreto Legislativo 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 né consentono di ricondurre il potere stesso all'esercizio di potestà autoritativa.

11.4. Va, poi, aggiunto che il richiamato potere va esercitato nell'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.

Il principio rileva nella fattispecie oggetto di causa giacché per i rapporti convenzionali che si instaurano con i medici di medicina generale l'accordo collettivo nazionale del 28 settembre 2005 (non diversamente dall'accordo stipulato in pari data e relativo ai rapporti dei pediatri di libera scelta), all'articolo 2, riserva al livello di negoziazione aziendale solo il potere di definire "i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale", mentre attribuisce alla contrattazione regionale il compito di definire "obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati".

I compensi di cui si discute nella fattispecie (tutti riconducibili ai modelli organizzativi denominati Nuclei per le Cure Primarie della Medicina Generale) sono stati previsti dall'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale approvato con Delib. di Giunta Regionale 9 agosto 2006, n. 916 (si veda l'articolo 5 per la voce assistenza H 24 in gruppo e l'articolo 20, punto 4, per la voce assistenza domiciliare integrata) e non dalla contrattazione aziendale sicché sull'importo unitario dello stesso non poteva intervenire unilateralmente la singola Azienda Sanitaria per le plurime ragioni che sono state indicate nei punti che precedono.

Al riguardo va rimarcato che l'esigenza di assicurare sul territorio nazionale l'uniformita' di trattamento nei rapporti convenzionali, che ispira il sistema delle fonti illustrato nei punti 7 e 8 che precedono, impone anche che l'omogeneita' venga assicurata, nel piu' ristretto ambito territoriale della Regione, in relazione agli istituti la cui disciplina e' riservata alla contrattazione di competenza di quest'ultima e non a caso la Delib. n. 592 del 2008, richiamata dalla Corte territoriale e trascritta nel ricorso, faceva riferimento alla necessita' "di riaprire i tavoli di concertazione per le necessarie modifiche ed integrazioni da apportare agli Accordi Integrativi Regionali".

11.5. Non e' in contestazione fra le parti, e ne da' atto la sentenza impugnata, che non sia mai stata realizzata la condizione posta dalla richiamata Delib., sicche' non poteva la singola Azienda sottrarsi unilateralmente all'adempimento delle obbligazioni previste dalla contrattazione regionale.

Sul punto, la ricorrente, addebita alla Corte territoriale un vizio di omesso esame (v. quinto motivo di ricorso) assumendo che non avrebbe in alcun modo tenuto conto dello sviluppo che la concertazione nella specie aveva avuto.

La censura e', pero', inammissibile per plurime considerazioni.

In realta', la Corte territoriale ha valutato il fatto storico che si assume omesso avendo preso in considerazione l'evidenziato avvio dei tavoli di concertazione e tuttavia rilevando che nessun accordo per la riduzione dei compensi era stato raggiunto.

Peraltro, la circostanza prospettata dalla ricorrente (e cioe' le ragioni per le quali i suddetti incontri non avevano avuto l'esito per i quali erano stati attivati) non e', per quanto detto, decisiva, trattandosi, nella specie, di indennita' previste dagli A.I.R., insuscettibili di interventi modificativi da parte di livelli di contrattazione differenti da quelli regionali.

Il potere di disdetta non poteva, in ogni caso, essere esercitato dall'Azienda.

12. Con specifico riguardo al motivo di ricorso (sesto), che denuncia la violazione della L. n. 2248 del 1865, allegato E, articoli 4 e 5, occorre ribadire che l'atto con il quale la ASL ha unilateralmente ridotto il compenso non e' espressione di un potere di supremazia e partecipa della medesima natura privatistica del rapporto che si instaura con il professionista convenzionato, sicche' non pertinenti sono i richiami alla giurisprudenza di questa Corte in tema di disapplicazione dei provvedimenti amministrativi che la Regione adotta in relazione alla concessione di servizi pubblici.

Il rapporto di parasubordinazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e' soggetto alla disciplina di cui si e' dato conto e non e' assimilabile a quello che si instaura con le strutture accreditate, oggetto di disposizioni specifiche, dettate dal Decreto Legislativo n. 502 del 1992, articoli 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.

Al contrario nel rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta l'ente agisce su un piano di parita' sicche' l'atto con il quale lo stesso pretende di rideterminare il compenso, in peius rispetto alle previsioni della contrattazione collettiva, non e' espressione di potesta' 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.

Gli atti unilaterali che, nella specie, sono stati adottati senza il previo raggiungimento di un accordo per la riduzione dei compensi nei termini indicati non rientrano fra quelli contemplati dalla L. n. 2248 del 1865, all. E, articoli 4 e 5 perché gli stessi, lo si ripete, non sono espressione di potestà autoritativa, con la conseguenza che non ha rilievo in questa sede la questione inerente la possibilità dell'esercizio del potere di disapplicazione nei giudizi nei quali sia parte la Pubblica Amministrazione.

13. Il ricorso, pertanto, deve essere rigettato perché la sentenza impugnata è conforme ai principi di diritto di seguito enunciati:

"a) Il rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta 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, articolo 48 e dal Decreto Legislativo n. 502 del 1992, articolo 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 integrativa regionale.

c) Le esigenze di riduzione della spesa, 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, pertanto l'eventuale atto unilaterale di riduzione del compenso, adottato dalla P.A., 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".

14. Al rigetto del ricorso consegue la condanna della ricorrente al pagamento delle spese del giudizio di cassazione, liquidate come da dispositivo.

15. Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 115 del 2002, articolo 13, comma 1 quater, come modificato dalla L. n. 228 del 2012, 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 delle spese del giudizio di cassazione, liquidate in Euro 200,00 per esborsi ed Euro 3.500,00 per compensi professionali oltre accessori di legge e rimborso forfetario in misura del 15%.

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 115 del 2002, articolo 13, comma 1 quater da 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. articolo 13, comma 1 bis, se dovuto.