



LEGIONE CARABINIERI "PIEMONTE E VALLE D'AOSTA"

Comando Provinciale di Torino

Reparto Operativo - Nucleo Investigativo

Seconda Sezione

☎ 0116887630-38 - 📠 0116887608 - 📧 provtoninv@carabinieri.it

ALLEGATO N.1



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO
SEZIONE LAVORO

In persona del Giudice dott.ssa Aurora Filicetti ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile del lavoro iscritta al n.1548/2016 R.G.L. promossa da:

[REDACTED]

Ass. avv. ROBERTO LONGHIN

parte ricorrente

contro

ASL CITTA' DI TORINO (già ASLTO1)

Ass. avv.ti VITTORIO BAROSIO e CLAUDIA MARIA CICCHETTI

parte convenuta

Oggetto: ripetizione indebita

MOTIVI DELLA DECISIONE

[REDACTED] ha evocato in giudizio l'ASL TO 1, chiedendo: di accertare e dichiarare il suo diritto al pagamento dei corrispettivi per le prestazioni rese a favore delle pazienti [REDACTED]

[REDACTED] in regime di assistenza domiciliare programmata nel periodo gennaio 2013-marzo 2014; di dichiarare l'insussistenza dell'indebita ammontante ad euro 831,70; di condannare, conseguentemente, la convenuta all'immediata restituzione di tale somma con interessi e rivalutazione monetaria.

Il ricorrente ha dedotto: di essere medico chirurgo operante in regime convenzionale con l'ASL 1; che la convenuta, con specifici contratti per l'assistenza domiciliare, l'ha incaricato, in particolare, di seguire le pazienti [REDACTED] di avere eseguito tali incarichi visitando periodicamente le predette pazienti presso l'istituto residenziale "casa di riposo ebraica" di via Galliani 13 a Torino, laddove queste ultime avevano trasferito il loro domicilio; di aver ottenuto regolare remunerazione dall'ASL per le sue prestazioni di assistenza domiciliare programmata; che con lettera del 11/8/2015 l'ASL gli ha comunicato di aver provveduto al recupero delle somme corrisposte per l'attività di assistenza domiciliare programmata relativa alle sopraindicate pazienti per un importo complessivo di euro 831,70.

Si è costituita in giudizio l'ASL TO 1 chiedendo il rigetto del ricorso in quanto infondato

I fatti non contestati e/o documentali rilevanti ai fini del decidere sono i seguenti:

1

- il ricorrente è un medico chirurgo che opera in regime convenzionale con l'azienda sanitaria convenuta per l'erogazione delle prestazioni di medicina generale ai cittadini assistiti dal SSN che lo hanno scelto come medico di base;
 - tra le prestazioni che il medico di medicina generale è tenuto a garantire ai propri pazienti è compresa anche l'assistenza domiciliare programmata (per brevità ADP) nei confronti dei soggetti che non sono in grado di deambulare;
 - il ricorrente nel periodo oggetto di causa (gennaio 2013-marzo 2014) ha reso prestazioni di ADP a favore delle pazienti [redacted] pacificamente ricoverate in regime di convenzione con l'ASL presso la "casa di riposo ebraica" di via Galliani 13 a Torino, laddove avevano trasferito il loro domicilio;
 - le prestazioni di assistenza domiciliare programmate sono state rese dal ricorrente nei confronti delle tre predette pazienti, previa stipula con l'azienda sanitaria convenuta di contratti annuali per l'assistenza domiciliare, rinnovati di anno in anno;
 - la stipula di tali contratti è stata preceduta dalla presentazione, da parte del ricorrente, di una "scheda di segnalazione cure domiciliari" (cfr. doc. 6-10 del fascicolo di parte convenuta);
 - nelle schede relative alle pazienti [redacted] il ricorrente, pur indicando che le medesime provenivano da "struttura residenziale temporanea" e che risiedevano in via Bernardino Galliani n. 13, nulla ha specificato in ordine al loro ricovero presso la casa di cura ebraica;
 - le pazienti [redacted] come emerge dalle impegnative dell'Unità di Valutazione Geriatrica dell'ASL TO 1 (da quest'ultima depositate sub doc. 31 all'udienza dell'8/11/2016), risultano inserite in "RAF" presso la "Comunità Ebraica", le prime due dal 1/10/2009 e la terza dal 1/5/2007;
 - il ricorrente ha svolto l'attività di assistenza programmata a favore delle tre pazienti ed è stato regolarmente retribuito dall'ASL convenuta;
 - con provvedimento del 9/7/2014 l'azienda sanitaria convenuta ha comunicato al ricorrente la sua intenzione di procedere al recupero delle quote per visite ADP per un importo di euro 831,70 (doc. 12 di parte convenuta);
 - con nota del 30/3/2015 l'ASL ha comunicato a tutte le organizzazioni sindacali dei MMG che, in base alla normativa nazionale e regionale, non è consentita l'effettuazione di prestazioni di assistenza domiciliare programmata con riguardo a pazienti a qualsiasi titolo ricoverati presso una RSA (doc. 14 di parte convenuta);
 - con nota del 14/4/2015 e del 12/3/2015 (doc. 15 e 16 di parte convenuta) l'ASL ha revocato l'autorizzazione all'ADP per le pazienti [redacted] e con e mail del 4/5/2015 (doc. 17 di parte convenuta) ha ribadito al ricorrente l'impossibilità di effettuare prestazioni di assistenza domiciliare programmata in favore di pazienti, a qualsiasi titolo, ricoverati presso una RSA e che tutti i contratti dovevano intendersi chiusi al 30/3/2015.
- Con riguardo alla casa di riposo della comunità ebraica situata in via Galliani n. 13 a Torino, laddove nel periodo oggetto di causa erano ricoverate le pazienti Iachia Viani e Coaloa, seguite dal ricorrente in regime di ADP, si osserva che:

Rgl 1548/16

- con provvedimento n. 28 del 31/12/2009 il presidio socio-sanitario "casa di riposo della comunità ebraica di Torino", ubicato in Torino, Via Galliani n. 13, è stato autorizzato al funzionamento per 24 posti letto con i requisiti del regime transitorio di tipologia a bassa/media/medioalta intensità per soggetti non autosufficienti e per 11 posti letti con i requisiti del regime transitorio di tipologia R.A. per soggetti autosufficienti (cfr. contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra aziende sanitarie locali, comune di Torino e presidi accreditati per anziani non autosufficienti del 15/1/2014 depositato da parte convenuta sub doc. 30 all'udienza dell'8/11/2016);

- l'azienda sanitaria convenuta si avvale quindi del presidio socio-sanitario "casa di riposo della comunità ebraica di Torino" per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale socio/sanitaria integrata a favore degli anziani non autosufficienti" per 24 posti letto di tipologia RAF con prestazioni di bassa/media/medioalta intensità assistenziale (cfr. clausola 2 del contratto di cui al punto che precede);

- con DGR del 1/8/2013 n. 531 (prodotta da parte convenuta all'udienza dell'8/11/2016 sub doc. 29), il direttore generale, vista la DGR 45-4248 del 30/7/2012, che riconduceva le due differenti tipologie strutturali RSA e RAF ad un'unica tipologia denominata RSA, ha recepito gli elenchi allegati comprendenti le strutture di tipologia RAF, in regime definitivo e in regime transitorio autorizzate dal Comune di Torino - tra le quali è ricompresa la casa di riposo ebraica - e ne ha convertito il titolo autorizzativo in RSA per il medesimo numero di posti letto;

- con dichiarazione del 18/11/2016, versata in atti da parte ricorrente, la direttrice della casa di riposo ebraica, ha specificato che tale presidio è una struttura per anziani, accreditata in regime transitorio con approvazione del 23/12/2009 ai sensi della DGR 25-12.129 del 14/9/2009 per gestire 24 posti letto di anziani non autosufficienti valutati in media intensità (RAF) e di 10 posti letto di anziani autosufficienti (RA), i cui utenti sono seguiti "direttamente dal MMG, a cui erano assegnati, non essendo richiesta la presenza del direttore sanitario all'interno della residenza";

- nella predetta dichiarazione si legge altresì che presso la casa di cura ebraica non solo non è stato ancora nominato un direttore sanitario, ma non è neppure stato nominato "il medico di nucleo".

Ciò posto, pare opportuno aggiungere che l'azienda sanitaria convenuta non ha contestato né che il ricorrente abbia reso le prestazioni di assistenza domiciliare programmata, oggetto dei contratti relativi alle tre pazienti [REDACTED] né che, nonostante il ricovero di queste ultime presso la casa di cura ebraica, la scelta del medico di medicina generale originario (quindi nel caso di specie del ricorrente) sia stata mantenuta.

Secondo la prospettazione di parte ricorrente l'ASL non potrebbe recuperare le somme oggetto di causa in quanto le prestazioni di assistenza domiciliare programmata a favore delle tre pazienti ricoverate nella casa di cura ebraica sarebbero state effettivamente rese in forza di appositi contratti stipulati con l'amministrazione convenuta.

Secondo il ricorrente, inoltre, all'ASL sarebbe precluso sia di revocare unilateralmente i contratti regolarmente stipulati sia, in ogni caso, di ripetere le somme corrisposte per prestazioni ricevute, stante

il limite di cui all'articolo 2126 c.c. e stante altresì l'ingiustificato arricchimento dell'azienda sanitaria in danno del medico.

Parte convenuta sostiene che lo scopo dell'ADP sarebbe esclusivamente quello di prestare assistenza sanitaria a domicilio a favore di chi da tale domicilio non può allontanarsi e che, pertanto, questa circostanza verrebbe meno in caso di ricovero del paziente in una qualsiasi struttura socio-sanitaria.

Parte ricorrente, a fronte delle difese svolte dalla convenuta, ha sostenuto che nello specifico caso delle tre pazienti ricoverate presso la casa di riposo ebraica i presupposti legittimanti l'assistenza domiciliare programmata non sarebbero venuti meno, in quanto tale istituto sarebbe sprovvisto di medici appositamente deputati alla cura dei pazienti ricoverati.

L'istituto dell'ADP trova disciplina nell'art. 53 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23/3/2005 (doc. 22 di parte convenuta), ai sensi del quale l'assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili è disciplinata dal protocollo allegato sotto la lettera G (doc. 23 di parte convenuta) che, all'articolo 5, comma 3, prevede espressamente che il trattamento economico previsto per il medico di medicina generale che esegue le prestazioni in regime di assistenza domiciliare programmata "cessi immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali".

La ragione per cui in caso di ricovero al medico di medicina generale non viene più corrisposto il compenso previsto dal predetto articolo 5 si rinviene nella DGR n. 46-27.840 del 19/7/1999 (doc. 26 di parte convenuta), con la quale è stato approvato "l'accordo regionale disciplinante l'attività di assistenza dei medici di medicina generale agli ospiti in RSA e RAF della regione Piemonte".

Gli articoli 4 e 7 dell'accordo regionale sopra richiamato, infatti, prevedono che l'assistenza medica nelle RSA o RAF, presso le quali i pazienti vengono ricoverati a seguito di una preventiva valutazione da parte della commissione dell'unità valutativa geriatrica dell'azienda sanitaria di competenza, viene garantita attraverso medici di medicina generale convenzionati che intrattengono uno specifico rapporto convenzionale con l'ASL di competenza e che percepiscono, per ogni paziente ricoverato iscritto nel proprio elenco, una quota capitaria mensile.

All'articolo 7 l'accordo regionale stabilisce altresì che all'atto del ricovero in RSA o in RAF la scelta del medico di medicina generale originario viene congelata e quest'ultimo viene sostituito da un medico di medicina generale "tra quelli operanti in quella RSA o RAF", iscritti in una graduatoria.

Anche la DGR del 30 luglio 2012 n. 45-4248, intitolata "il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semi residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" (prodotta da parte ricorrente su ordine del giudice in data 27/12/2016), stabilisce che nell'unica tipologia di presidio di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti denominata "RSA" l'assistenza medica viene garantita attraverso i medici di medicina generale individuati dall'ASL di competenza (cfr. art. 5).

Una volta illustrata la normativa nazionale e regionale che disciplina l'istituto dell'ADP, occorre stabilire che valenza attribuire ai fini del decidere al fatto la "casa di cura ebraica" di Torino, presso la quale erano ricoverate le tre pazienti seguite dal ricorrente in regime di assistenza domiciliare programmata,

Rgl 1548/16

pur essendo stata accreditata come RAF in regime transitorio con provvedimento del 31/12/2009 ai sensi della DGR 25-12.129 del 14/9/2009 per gestire 24 posti letto di anziani non autosufficienti valutati in media intensità, fosse priva, nel periodo oggetto di causa, di un direttore generale e di MMG individuati dall'ASL e garantisse; pertanto, l'assistenza sanitaria agli utenti attraverso i medici di medicina generale dagli stessi scelti.

Tale circostanza legittimava il ricorrente a rendere le prestazioni di assistenza domiciliare programmata a favore delle signore [REDACTED] ricevendo dall'azienda sanitaria convenuta il relativo compenso?

In altre parole, l'assistenza domiciliare programmata attuata dal ricorrente a favore delle tre pazienti ricoverate poteva trovare giustificazione nel fatto che queste ultime non avrebbero altrimenti ricevuto assistenza sanitaria?

A tali interrogativi si ritiene di dover dare risposta negativa.

Gli accordi regionali che disciplinano il rapporto dei medici di medicina generale e le DGR succedutesi nel tempo (cfr. in particolare DGR 45-4248/2012) hanno infatti introdotto un regime di incompatibilità tra ADP e ricovero del paziente in una qualsiasi struttura sanitaria o sociale, prevedendo che il trattamento economico spettante all'MMG per le prestazioni rese in regime di assistenza domiciliare programmata cessa con il ricovero del paziente e che l'attività di assistenza sanitaria di coloro che sono ricoverati nelle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate con il servizio sanitario pubblico sono di competenza dell'ASL territorialmente competente.

Il fatto che un'azienda sanitaria, in violazione di tali disposizioni, possa aver omesso di individuare i medici di medicina generale, ai quali spetta di garantire l'attività di assistenza sanitaria degli ospiti delle strutture socio-sanitarie convenzionate, non legittima quindi il singolo MMG a continuare a garantire assistenza sanitaria in regime di ADP ai propri pazienti ricoverati per sopperire alle inadempienze delle ASL o in generale al malfunzionamento del servizio sanitario regionale.

Ciò posto, si rendono necessari alcuni ulteriori chiarimenti in relazione al fatto che il ricorrente era stato espressamente autorizzato dall'ASL convenuta a rendere prestazioni in regime di ADP a favore delle signore [REDACTED] mediante appositi contratti di attivazione di assistenza domiciliare programmata.

Dalla ricostruzione dei fatti sopra riportata emerge che l'ASL convenuta, al momento della stipula dei contratti per l'assistenza domiciliare delle tre pazienti ricoverate presso la casa di cura ebraica, non era in grado di rendersi conto del fatto che l'assistenza domiciliare programmata sarebbe stata prestata a favore di pazienti collocati presso presidi socio-sanitari operanti regime di convenzione, da un lato, in quanto il ricorrente non aveva segnalato tale circostanza nella scheda relativa alle signore Coaloa, Iachia e Viani (nonostante nel modulo prestampato fosse espressamente indicato che uno dei motivi di chiusura del servizio di assistenza domiciliare era proprio il ricovero, anche temporaneo, del paziente presso una RSA o una RAF) e, dall'altro lato, in quanto, diversamente da quanto previsto dall'articolo 7 dell'accordo regionale disciplinante l'attività di assistenza dei MMG agli ospiti in RAS o in RAF (doc.

26 di parte convenuta), la scelta del ricorrente quale originario MMG non era stata "congelata" all'atto del ricovero delle tre pazienti.

In ogni caso, a prescindere dalla consapevolezza dell'ASL, la stipula dei contratti di attivazione dell'ADP non rende legittime prestazioni di assistenza che il ricorrente, a causa del ricovero delle proprie pazienti in un presidio socio-sanitario, non avrebbe comunque potuto rendere in base alle disposizioni contrattali sopra riportate.

Correttamente, pertanto, l'azienda sanitaria convenuta, in via di autotutela, ha revocato l'autorizzazione all'ADP per le tre pazienti del ricorrente ricoverate in regime di convenzione presso la casa di cura ebraica di Torino, al fine di garantire il ripristino della legalità e al fine di eliminare l'ingiustificata erogazione di somme a carico delle finanze pubbliche (id est nel caso di specie il compenso corrisposto al ricorrente per le prestazioni di ADP a favore di tre pazienti ricoverate).

La circostanza che il ricorrente potesse non sapere che il ricovero delle tre pazienti Coaloa, Iachia e Viani fosse ostativo all'ADP non appare dirimente, neppure ipotizzando che il medesimo, preso atto dell'assenza nella casa di riposo ebraica di un direttore sanitario e di medici di medicina generale, ignorasse che tale struttura fosse accreditata dal dicembre 2009 come RAF in regime transitorio ed dall'agosto 2013 come RSA in regime transitorio.

Si ritiene, infatti, da un lato, che sia dovere del medico di medicina generale conoscere la normativa che regola il rapporto convenzionale con l'ASL e, dall'altro lato, che l'espressa menzione, nelle schede di segnalazione delle cure domiciliari, del ricovero temporaneo del paziente in RAF tra i motivi di chiusura dell'ADP (doc. 6-10 di parte convenuta), avrebbe imposto al ricorrente quantomeno di attivarsi per ottenere chiarimenti dall'ASL in ordine alla natura della struttura, presso la quale erano collocate le sue tre pazienti.

A questo punto resta da valutare se, come sostenuto dal ricorrente, la ripetizione delle somme indebitamente pagategli dall'ASL per le prestazioni di ADP rese a favore delle tre pazienti ricoverate nella casa di cura ebraica nel periodo gennaio 2013-marzo 2014 sia preclusa dal disposto dell'articolo 2126 c.c., a mente quale la nullità o l'annullamento del contratto di lavoro non produce effetto per il periodo in cui il rapporto ha avuto esecuzione, salvo che la nullità derivi dall'illiceità dell'oggetto o della causa.

Premesso che è indubbio che l'attività del medico convenzionato esterno rientri tra i rapporti di parasubordinazione di cui all'art. 409, punto 3, c.p.c. (vedasi Cass. Sez. Unite 532/2000), si ritiene che, alla stregua del consolidato orientamento della Suprema Corte, le disposizioni dell'articolo 2126 c.c. non si applichino ai rapporti di lavoro autonomo, sia pure con le caratteristiche della subordinazione, trattandosi di una norma carattere eccezionale atinente al lavoro subordinato (cfr. Cass. n. 23265/2007 e n. 6260/2006).

Quanto all'ingiustificato arricchimento in danno del ricorrente, cui in ricorso si fa riferimento a sostegno dell'illegittimità del recupero, si rileva che parte ricorrente nel presente giudizio non ha esperito l'azione generale di arricchimento, di cui all'articolo 2041 c.c., chiedendo la condanna dell'ASL ad indennizzarlo della diminuzione patrimoniale conseguente all'arricchimento senza causa di quest'ultima, ma si è

invece genericamente limitato a sostenere che la ripetizione delle somme oggetto di causa si sarebbe tradotta in un ingiustificato arricchimento dell'azienda sanitaria convenuta.

La Suprema Corte (cfr. Cass. 6260/2006), in ogni caso, ha affermato che l'arricchimento senza giusta causa della pubblica amministrazione, il quale giustifica ai sensi dell'articolo 2041 c.c. l'indennizzo a favore del soggetto privato depauperato, deve consistere nell'acquisto di un bene o di una somma di denaro o, se trattasi di pubblico servizio, in un miglioramento dello stesso oppure nel mantenimento della sua qualità con spesa minore, il che nel caso di specie non è stato né dedotto né dimostrato da parte ricorrente.

L'assoluta novità della questione trattata consente di compensare tra le parti le spese di lite.

P.Q.M.

Visto l'art. 429 c.p.c.

disattesa ogni contraria domanda, eccezione e deduzione,

respinge il ricorso;

compensa le spese di lite.

Visto l'art. 429 co.1 c.p.c., come mod. dal d.l. 112/2008, indica in giorni 60 il termine per il deposito della motivazione

Torino, 3/2/2017

Il Giudice
Dr.ssa Aurora FILICETTI