**Corte di Cassazione Sent. n. 29137 del 6.10.2022 - Indennità per i medici convenzionati col SSN -**  1. La ricorrente principale antepone alla formulazione delle censure la ricostruzione del quadro normativo e, 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 della L. n. 311 del 2004, art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, della L. n. 266 del 2005, art. 1, commi 278 e 281, della L. n. 296 del 2006, art. 1, comma 796, lett. b) dell'art. 12 delle Disposizioni sulla legge in generale, degli artt. 1339, 1418, 1419 e 1374 cod. civ. Essa 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. La ASL deduce poi 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 della L. n. 311 del 2004, art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, della L. n. 266 del 2005, art. 1, commi 278 e 281, della L. n. 296 del 2006, art. 1, comma 796, lett. b) dell'art. 12 disposizioni sulla legge in generale. 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); Rileva altresì 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. La medesima rubrica è anteposta al terzo motivo con il quale 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, mentre 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'accodo collettivo nazionale 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi della L. n. 421 del 1992, art. 1 e del d.lgs. n. 502 del 1992, art. 8 come modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993 ed in particolare dell'art. 54, nonché dell'art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale Abruzzo. La ricorrente contesta la qualificazione del compenso previsto dall'art. 5 A.I.R. e dell'art. 54 A.C.N., per i "Nuclei di cure primarie" (e, in generale, per le altre voci contrattuali oggetto di riduzione) operata nella sentenza impugnata e deduce che si tratta di compensi di natura incentivante, corrisposti a fronte di una forma volontaria e facoltativa di esercizio dell'attività medica (aggregazione di medici, su base volontaria, per assicurare la copertura della assistenza nell'arco delle 24 ore) - e non già di corrispettivi di prestazioni che rendono più usurante l’attività. 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. 165/2001 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 della L. n. 2248 del 1865, allegato E, art. 5, 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. 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. Su tutti i predetti motivi questa S.C. si è già ripetutamente pronunciata, con sentenze alla cui motivazione si rinvia, anche ai sensi dell’art. 118 disp. att. c.p.c., con le quali si è espresso, a partire da Cass. 3 maggio 2021, n. 11566, poi seguita da diverse pronunce conformi e mai contraddette, il principio per cui «il rapporto convenzionale dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale con il s.s.n. è disciplinato, quanto agli aspetti economici, dagli accordi collettivi nazionali e integrativi, ai quali devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali, ai sensi degli artt. 48 della l. n. 833 del 1978 e 8 del d.lgs. n. 502 del 1992. Ne consegue che tale disciplina non può essere derogata da quella speciale prevista per il rientro da disavanzi economici e che le sopravvenute esigenze di riduzione della spesa devono essere fatte valere nel rispetto delle procedure di negoziazione collettiva e degli ambiti di competenza dei diversi livelli di contrattazione, dovendo pertanto considerarsi illegittimo l'atto unilaterale di riduzione del compenso adottato dalla P.A., posto che 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». Ne deriva il rigetto del ricorso principale. 9. Il ricorso incidentale riguarda, come si è detto, la parte della sentenza di appello che, riformando la pronuncia di primo grado, ha ritenuto l’invalidità della clausola dell’Accordo Integrativo Regionale (di seguito, AIR) che prevedeva l’indennità di rischio per i medici addetti al servizio di continuità assistenziale (c.d. “guardia medica”), escludendo quindi il riconoscimento di essa a favore del ricorrente. 10. La Corte d’Appello, sul punto, ha premesso come l’art. 31 dell’AIR prevedesse per tutti i medici di continuità assistenziale un compenso aggiuntivo di 4 euro l’ora “per i rischi legati alla tipologia dell’incarico” ed ha fatto riferimento al fatto che la Corte dei Conti aveva mosso rilievi alla Regione Abruzzo, la quale nel 2017 aveva disposto la sospensione di quell’erogazione, seguita però dalla Legge Regione Abruzzo 14/2018, la quale aveva previsto la conferma “a tempo” dell’emolumento, nelle more dell’efficacia della Delibera di sospensione e dell’adozione di iniziative alternative; legge regionale poi dichiarata, per impugnazione promossa dallo Stato, costituzionalmente illegittima per esorbitanza nell’ambito della materia dell’ “ordinamento civile” (Corte Costituzionale 25 giugno 2019, n. 157). La Corte d’Appello ha rilevato, in diritto, che l’art. 8 dell’Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) del 2005 ha delineato, per tutti i medici convenzionati, guardie mediche e non, la struttura del compenso, prevedendo una quota capitaria (numero pazienti) e quote per incentivi vari, tra cui un incentivo “di processo”, ma ha ritenuto che l’art. 4 dell’ACN, pur demandando l’attuazione in punto incentivi agli AIR, non poteva avere rilievo, perché l’indennità di rischio da “guardia medica” non rientrava tra gli incentivi di cui all’art. 8 cit. La Corte territoriale aggiungeva il rilievo in ordine all’onnicomprensività del compenso, sancita dall’art. 72 dell’ACN e sosteneva che,a ttribuendo l’indennità di rischio a tutte le “ guardie mediche”, quell’onnicomprensività e la struttura della retribuzione quale delineata dall’ACN ne sarebbero risultate alterate. Era poi vero – si afferma ancora nella motivazione – che, secondo l’art. 14 ACN, gli AIR potevano definire parametri di valutazione di “particolari e specifiche” condizioni di “disagio e difficoltà” della prestazione, ma l’AIR del 2006, attribuendo l’indennità di rischio a tutti i medici di guardia medica, violava quel parametro di specificità, anche perché l’impegno sul territorio era differenziato per i diversi medici della continuità assistenziale e non poteva dunque ammettersi un generalizzato riconoscimento di quella voce a tutti. Pertanto, poiché la violazione dell’ACN comportava la nullità delle clausole degli AIR, la previsione dell’indennità in questione, nei termini sopra detti, era invalida e l’emolumento non poteva essere riconosciuto. 11. Il primo motivo del ricorso incidentale è formulato denunciando la violazione e falsa applicazione (art. 360 n. 3 c.p.c.) dell’art. 8 d. lgs. 502/1992, dell’art. 57 d.p.r. 270/2000, degli artt. 3, 4, 8 e 14 dell’ACN 23.3.2005, come modificato dall’ACN 29.7.2009, nonché degli artt. 1362-1371 c.c. in relazione all’art. 13, co. 1 dell’AIR e con esso, mettendosi sostanzialmente in relazione gli artt. art. 8, 4 e 14 ACN, si sostiene che l’incentivo “di struttura” e “di processo”, alle condizioni di cui all’art. 14, poteva essere attribuito e che la particolarità stava nei “fattori di rischio e\o di difficoltà” nell’esecuzione delle guardie mediche in Abruzzo. Il secondo motivo è formulato nei termini della violazione dell’art. 132, n. 4, c.p.c. (art. 360 n. 4 c.p.c.) e, in subordine, per violazione dell’art. 72 ACN in relazione all’art. 12 delle preleggi ed agli artt. 8, 4, 14 e 67 ACN, manifestando la contraddizione esistente tra il ritenere l’onnicomprensività e poi ammettere che potevano darsi indennità per particolari condizioni, senza tuttavia poi riconoscerle e comunque incorrendo nella violazione dell’art. 72 ACN il quale, rispetto all’onnicomprensività, andava inteso come riguardante il solo corrispettivo orario di base e non certo l’intero corrispettivo economico spettante ai medici, ivi compreso quanto riguardante la continuità assistenziale. Il terzo motivo, volto a denunciare la violazione e falsa applicazione (art. 360 n. 3 c.p.c.) degli artt. 14 e 24 dell’ACN, nonché degli artt. 1362 ss. c.c., in relazione all’art. 13 dell’AIR, afferma non essere vero che fosse stato violato il menzionato art. 14, perché invece con l’art. 13 AIR si era ravvisato il maggior rischio e difficoltà proprio nell’attività di guardia medica, che era più pericolosa e difficoltosa che in altre regioni (zone di montagna impervie specie in caso condizioni climatiche avverse etc.) e ciò attraverso una valutazione insindacabile di merito da parte della contrattazione collettiva. Il quarto motivo è dedicato alla denuncia di violazione degli artt.115, 116, 416 c.p.c. (art. 360 n. 4 c.p.c.) ed in subordine di omesso esame di un fatto decisivo, sostenendosi che sarebbe apodittica e sfornita di prova l’affermazione della Corte territoriale secondo cui la situazione di rischio e disagio non potrebbe esservi per tutti i medici di “guardia medica”, anche perché nella memoria di costituzione e poi nelle note conclusive di primo grado si era evidenziato il fattore di rischio proprio del territorio e non c’era stata contestazione ex adverso. Il quinto motivo assume la violazione e falsa applicazione dell’art. 8 d. lgs. 502/1992, dell’art. 48 L. 833/1978 e l’inconferenza dei richiami alla sentenza della Corte Costituzionale, rimarcando come l’art. 8 d. lgs. 502/1992 avesse ridimensionato l’esclusività di regolazione da parte degli ACN prevista dall’art. 48 cit., prevedendo espressamente spazi per la contrattazione regionale, mentre il profilo rispetto al quale era stata dichiarata l’illegittimità costituzionale della norma regionale riguardava soltanto la sfera di competenza di quest’ultima, ma non aveva a che vedere con la questione agitata nella presente causa. Infine, il sesto motivo afferma la violazione e falsa applicazione dell’art. 4, co. 9, L. 412/1991 e dell’art. 40 d. lgs. 165/2001 (art. 360 n. 3 c.p.c.), sostenendo in diritto l’infondatezza dell’estensione ai rapporti convenzionati delle regole di nullità per violazione dell’accordo nazionale proprie del rapporto di impiego in senso stretto. 12. I motivi, con i quali si affrontano tutti i profili coinvolti dal tema del contendere, possono essere esaminati congiuntamente, secondo l’ordine logico delle questioni. 13. Va dapprima definita la relazione esistente tra la contrattazione di livello nazionale e quella regionale, nell’ambito dei rapporti convenzionati riguardanti i medici. La norma originaria si individua nell’art. 48 L. 833/1978, con il quale era stato introdotto, in una evidente logica di uniformità, il principio generale per cui le convenzioni con i singoli medici dovessero essere conformi alle previsioni della contrattazione collettiva di rango nazionale. L’art. 8 d. lgs. 502/1992, precisando ed aggiornando la medesima impostazione, ha previsto che i rapporti con i medici di medicina generale siano regolati da apposite convenzioni triennali conformi agli accordi collettivi nazionali, per la cui stipulazione era fatto rinvio all’art. 4, co.9, L. 412/1991 e che, in origine, erano destinati a rifluire in d.p.r. di rango regolamentare (attraverso il rinvio all’art. 6, co. 8 e 9, L. 93/1983) e, successivamente, sono stati destinati ad essere resi esecutivi sulla base di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni. In proposito , l’art. 2 - nonies d.l. 81/2004, conv. con mod. in L., 138/2004, sovrapponendosi alle precedenti norme, ha stabilito che «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 dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281». L’art. 4, co. 9, nella sua versione aggiornata alle modifiche ad essa apportate dalla L. 289/2002 e qui applicabile ratione temporis , prevede al contempo che « è istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trentoe di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165». 13.1 Questa S.C. non ha mai dubitato che il contenuto degli accordi raggiunti ai sensi dei citati artt. 8 e 2-nonies esprima principi generali di regolazione del rapporto di lavoro a livello nazionale, cui sono tenute ad uniformarsi (Cass., S.U., 7 gennaio 2014, n. 67) anche eventuali norme di legge regionale (o provinciale) ed evidentemente anche la contrattazione territoriale o aziendale. Ciò è stato ritenuto sia quando gli accordi nazionali venivano acquisiti attraverso d.p.r. di natura regolamentare (Cass. 29 aprile 2004, n. 8244), sia quando alla fonte regolamentare si è sostituita la forma dell’esecutività sulla base di intesa Stato-Regioni (Cass., S.U., 67/2014 cit.) e quindi si è definito un taglio più squisitamente negoziale, ma pur sempre ispirato, attraverso il richiamo alle norme del pubblico impiego privatizzato (art. 40, co. 3, d. lgs. 165/2001), ad una regola di gerarchia e competenza che non consente al contratto di livello inferiore di violare quello di livello superiore, ma solo di provvedere, nei propri margini di autonomia, in modo coerente rispetto ad esso. Sul punto, va fatto riferimento a Corte Costituzionale 25 giugno 2019, n. 157 che, nell’intervenire proprio sulla vicenda normativa che qui interessa, ha ritenuto rispetto ad essa che «particolare rilievo assume il ricordato richiamo, operato dall’art. 4 della legge n. 412 del 1991, all’art. 40 (Contratti collettivi nazionali e integrativi) del d.lgs. n. 165 del 2001, in materia di rapporto tra i diversi livelli di negoziazione collettiva (nazionale, regionale e aziendale), secondo cui la contrattazione collettiva integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali che questi ultimi prevedono». 14. Venendo al più specifico ambito retributivo qui di interesse, l’art. 8 del d. lgs. 502 cit. assicura la modulazione dei compensi, in parte variabile, anche rispetto a prestazioni ed attività prevista dagli accordi regionali, ma ciò non significa che la legislazione sovverta il sistema di contrattazione nazionale parimenti istituito e le regole di gerarchia e competenza ad esso proprie. Non ne resta dunque per nulla avallata la possibilità di un contrasto con la disciplina nazionale, ma solo la possibilità di stabilire regole di remunerazione più adeguate rispetto alla realtà ed alla particolarità dell’ambito regionale interessato. Ne deriva altresì che le regole del livello regionale sono invalide allorquando esse vengano a mancare del presupposto legittimante, in cui si esprime il principio di gerarchia e competenza sopra richiamato, costituito dalla coerenza o non contraddittorietà rispetto al livello nazionale. Anche da questo punto di vista va richiamato quanto affermato da Corte Costituzionale 157/2019 cit., che ha letto la relazione tra livello nazionale e livello regionale in termini di vincoli che, qualora concretamente individuabili, sono da ritenere secondo la Consulta «stringenti», al fine di non alterare la tendenziale uniformità di disciplina sul piano nazionale, concludendosi infine nel senso che «la regolazione specifica è la risultante di una 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, secondo lo schema comune al pubblico impiego contrattualizzato, come reso evidente dal ricordato richiamo operato dall’innovato art. 4 della legge n. 412 del 1991 alla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva dettata dal d.lgs. n. 165 del 2001». 15. Ciò posto, l’art. 8 dell’ACN individua, nel definire la struttura dei compensi, tra gli incentivi, quelli «di processo» (comma 2, lett. b) che effettivamente potrebbero riferirsi anche alle particolarità nell’esecuzione di certe prestazioni assistenziali e che rientrano tra quelli il cui riconoscimento è riservato – a titolo retributivo, perché di remunerazioni si tratta, per quanto conseguenti a modalità particolari di svolgimento o difficoltà della prestazione - dall’art. 4 lett. j) del medesimo ACN alla contrattazione regionale, in un contesto in cui le misure dei compensi «in rapporto al tipo di attività svolte» sono rimesse dall’art. 14, co. 7, del medesimo ACN, sempre alla contrattazione regionale. Al contempo l’art. 14 del medesimo ACN, individuando i contenuti demandati alla contrattazione regionale, con il fine di cogliere le specificità locali (comma 2), nel successivo comma 9 stabilisce che, rispetto ai compensi, «nell’ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell’attività convenzionale». Tuttavia, la Corte territoriale ha ben evidenziato –ed in ciò sta una ratio decidendi del tutto logica e sufficiente a sorreggere la statuizione finale da essa assunta - come il livello regionale nel caso di specie abbia riconosciuto il compenso aggiuntivo dell’indennità di rischio, per i medici della continuità assistenziale, «in modo automatico ed indifferenziato» - si cita testualmente dalla sentenza di appello - per tutti coloro « che svolgono tale attività convenzionale nel territorio abruzzese», laddove la prestazione presenta «caratteristiche indefettibili, comuni a tutto il territorio italiano», in violazione quindi del criterio di specificità («particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà») attraverso cui l’ACN definisce gli interventi da esso demandati alla contrattazione regionale. Neppure può avallarsi la tesi, esposta nel ricorso per cassazione, secondo cui la contrattazione regionale esprimerebbe l’apprezzamento di merito per cui tutto il territorio abruzzese sarebbe caratterizzato da condizioni idonee a giustificare quel rischio, per giunta in modo diffusamente differenziato per tutti i medici di continuità assistenziale della Regione, rispetto a ciò che accade nel resto del Paese. Si tratta infatti di assunto apodittico e tutt’altro che notorio, oltre che smentito dalle valutazioni di fatto svolte dalla Corte territoriale, considerazioni rispetto alle quali non assumono portata decisiva in senso contrario, anche ai sensi dell’art. 360 n. 5 c.p.c. e per la loro genericità, le circostanze addotte – di cui al qu arto motivo del ricorso incidentale - sul trovarsi gli ambulatori e le strutture disseminati sull’intero territorio e “talvolta” in zone di montagna o impervie, nonché su non meglio precisate carenze di sicurezza dei mezzi e delle sedi; non potendosi poi riferire ad un insindacabile scelta di “merito” ciò che attiene ad un dato di fatto, se vi sia incoerenza rispetto all’effettiva realtà. 16. Su tali premesse è sterile richiamarsi, rispetto ai contratti decentrati, ai canoni ermeneutici e ciò perché nessuna volontà collettiva regionale potrebbe superare quel criterio di specificità richiesto dalla normativa nazionale, attribuendo indiscriminatamente un indennizzo aggiuntivo non coerente con una reale diffusione della specificità lavorativa da esso remunerata. 17. Anche il ricorso incidentale va dunque disatteso. 18. La reciproca soccombenza giustifica la compensazione delle spese del giudizio di legittimità. 19. Con riferimento al tema di cui al ricorso incidentale può altresì essere formulato il seguente principio: «in tema di rapporto di lavoro dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'art. 2-nonies del d.l. 29 marzo 2004, n. 81, convertito in legge 26 maggio 2004, n. 138, rimette agli accordi nazionali ivi previsti, anche attraverso il richiamo all'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e quindi al sistema comune del pubblico impiego contrattualizzato ivi contenuto, la disciplina della contrattazione di ambito regionale ed aziendale, sicché la contrattazione collettiva decentrata non può validamente disporre in senso contrastante rispetto a quanto stabilito in ambito nazionale; è pertanto nulla la previsione di cui all’art. 13 dell’Accordo Integrativo Regionale per la Regione Abruzzo del 9.8.2006, con cui, a fronte di una disciplina dell’Accordo Collettivo Nazionale 20.1.2005, che consente di valorizzare, anche a fini incentivanti, specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell’attività, è stato previsto in modo generalizzato un compenso aggiuntivo orario (indennità di rischio) per tutti i medici di continuità assistenziale operanti sul territorio regionale». P.Q.M. La Corte rigetta il ricorso principale ed il ricorso incidentale. Compensa le spese del giudizio di legittimità.