

Omissis

Svolgimento del processo

La Corte d'Appello di Roma, con sentenza depositata il 9 giugno 2008, in riforma della decisione di primo grado che aveva respinto l'opposizione proposta dalla Regione Lazio avverso il decreto ingiuntivo emesso nei suoi confronti, su richiesta del dott. ----, medico convenzionato con la ASL ROMA C, per il pagamento della somma di L. 17.130.970, ha revocato tale decreto, accogliendo l'opposizione.

Il dott. ---, assumendo di aver preso in carico un numero di assistiti in misura eccedente il massimale consentito e di non aver percepito, per quelli fuori dal limite, i relativi compensi, aveva fatto ricorso al procedimento monitorio.

La Corte di merito ha ritenuto infondata la domanda, rilevando che la Regione non aveva autorizzato il superamento del limite degli assistiti; che il dott.---non aveva dimostrato di aver prestato effettivamente assistenza sanitaria ad un numero di pazienti superiore a quelli assegnatigli; che non ricorrevano i presupposti per la condanna della Regione a titolo di indebito arricchimento, occorrendo al riguardo oltre che la prova, da parte del medico specialista, della propria diminuzione patrimoniale e dell'oggettivo vantaggio (in termini economici) per la controparte delle prestazioni rese, anche l'accertamento da parte dell'azienda pubblica della loro utilità in termini di effettiva e concreta corrispondenza di dette prestazioni alle esigenze del servizio pubblico.

Contro questa sentenza ha proposto ricorso per cassazione il dott. --- sulla base di tre motivi. La Regione Lazio ha resistito con controricorso.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo il ricorrente denuncia violazione e falsa applicazione degli artt. 1453 e segg. cod. civ. nonché omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione su un punto decisivo della controversia.

Deduce che l'accordo per i medici convenzionati ai sensi della L. n. 833 del 1978, prevede (artt. 18 e 21) l'obbligo per le Unità Sanitarie Locali di inviare ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi, nonché l'obbligo di comunicare mensilmente ai medesimi le variazioni nominative e il riepilogo numerico relative alle scelte ed alle revoche avvenute durante il mese precedente. Tale obbligo, derivante dal fatto che il medico convenzionato non è

in grado di conoscere l'esatto numero dei propri assistiti, posto che le revoche di costoro devono essere comunicate solo alle USL, non è stato adempiuto dalla Regione Lazio. Da qui l'assistenza anche ai pazienti non rientranti nel numero degli assistiti ed il fondamento della richiesta dei relativi compensi.

2. Con il secondo motivo il ricorrente denuncia violazione e falsa applicazione dell'art. 116 cod. proc. civ., del D.P.R. 13 agosto 1981, (art. 34), del D.P.R. n. 882 del 1984, del D.P.R. n. 289 del 1987, nonché omessa e/o contraddittoria motivazione.

Sostiene che la Corte di merito ha errato nel ritenere che il ricorrente non aveva provato di aver prestato effettivamente assistenza sanitaria ad un numero di pazienti superiore a quelli assegnatigli. Ed infatti, in base agli accordi sopra richiamati, il compenso è forfettariamente prefissato per ogni singolo assistito e non già per l'attività effettivamente prestata.

Aggiunge che l'assistenza ai pazienti eccedenti il limite comporta un dispendio di attività professionale, anche in termini di reperibilità, che non può non essere retribuito, anche in via equitativa.

Al riguardo le richieste istruttorie erano state immotivatamente rigettate dal giudice d'appello.

3. Con il terzo motivo il ricorrente, denunciando violazione e falsa applicazione dell'art. 36 Cost., artt. 2041, 2729, 1226 e 2126 cod. civ. nonché vizio di motivazione su un punto decisivo della controversia, assume che la Corte di merito ha erroneamente rigettato la domanda formulata sotto il profilo dell'indebito arricchimento.

Rileva che non solo l'Amministrazione sanitaria non ha comunicato al ricorrente il numero dei pazienti in sovrannumero, ma ha consapevolmente fatto propria l'utilità delle prestazioni effettuate a favore di costoro, senza che sia stato corrisposto alcun compenso.

La prova di dette prestazioni era stata fornita attraverso il tabulato prodotto unitamente al ricorso per ingiunzione, redatto dalla Regione Lazio sulla base della documentazione inviata all'USL, dalla quale risultava l'effettivo numero dei pazienti assistiti.

Dallo stesso tabulato emergeva il parziale pagamento del debito, idoneo a configurare l'interruzione della prescrizione.

Il motivo è concluso con la formulazione del quesito di diritto ex art. 366 bis cod. proc. civ., non più in vigore, ma applicabile ratione temporis.

4. Il ricorso, i cui motivi vanno trattati congiuntamente in ragione della loro connessione, non è fondato.

Premesso che i primi due motivi, nella parte in cui denunciano violazione di norme di diritto e di contratti e accordi collettivi nazionali di lavoro, sono inammissibili, non avendo fatto seguito all'illustrazione di ciascun motivo la formulazione del quesito di diritto previsto a pena di inammissibilità dall'art. 366 bis cod. proc. civ., deve osservarsi, con riguardo ad ogni altra censura, che le questioni dedotte dal ricorrente sono state sottoposte più volte all'esame di questa Corte che, con orientamento costante, ha rigettato le pretese dei medici convenzionati.

E' stato al riguardo affermato - e qui si ribadisce - che ove il sanitario abbia preso in carico un numero di assistiti in misura eccedente il massimale

consentito dall'accordo stipulato ai sensi della L. n. 833 del 1978, art. 48, per i quali non è previsto alcun compenso, va escluso che sia configurabile un diritto al risarcimento del danno per i compensi non percepiti, trattandosi di pretesa fondata su una condotta *contra legem*, che non può essere fonte di diritti soggettivi. Non assume rilievo, in mancanza di autorizzazione a superare tale limite, l'eventuale inadempimento dell'ASL all'obbligo di trasmettere il tabulato periodico dei nominativi degli assistiti in carico al sanitario convenzionato, ponendosi i due adempimenti in rapporto di reciproca autonomia, tale da escludere che la condotta dell'amministrazione integri una causa di giustificazione per il medico che ometta di ricusare quelli in eccesso rispetto al massimale, dovendo quest'ultimo sapere quanti e quali assistiti abbia in carico. Nè è esperibile, da parte del sanitario, un'azione di arricchimento senza causa, difettando il presupposto della diminuzione patrimoniale, che deve essere provata dall'attore, non potendo presumersi detta perdita economica sulla base del numero degli assistiti ultramassimale, non necessariamente giovatisi delle cure delle mediche (cfr., per tutti tali principi, Cass. 9 giugno 2008 n. 15144; Cass. 3 ottobre 2008 n. 24580; Cass. 5 febbraio 2009 n. 2838 nonché, in precedenza, Cass. 21 marzo 2006 n. 6260).

5. Il ricorso deve pertanto essere rigettato, con condanna del ricorrente al pagamento delle spese del presente giudizio, liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese di questo giudizio, che liquida a favore della resistente in Euro 100,00 per esborsi ed Euro 3.000,00 per compensi professionali, oltre accessori di legge.

Così deciso in Roma, il 15 gennaio 2014.

Depositato in Cancelleria il 9 aprile 2014