



31.03.2009 CONSIGLIO di STATO – (il rapporto ottimale è sottratto alla contrattazione regionale)

§ - l'Accordo collettivo ha inteso riservare alla contrattazione nazionale la definizione generale del rapporto ottimale in tutte le regioni, riservando alle stesse, singolarmente, la determinazione caso per caso e successivamente alla negoziazione regionale (cui è demandato fornire il quadro d'insieme dell'assistenza massimalista) la definizione delle singole eccezioni, nella misura massima del 30% di variazione del rapporto di base.

Le regioni non possono rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico/assistito per ambiti generali, come era invece accaduto nel caso di specie, ove il detto rapporto veniva rideterminato in 1 medico ogni 1.300 abitanti residenti, senza alcun quadro d'insieme come prescritto dall'art. 4 dell'Accordo e senza alcuna espressa motivazione che giustificasse l'aumento del rapporto ottimale medesimo.

Le Regioni, sul tema, hanno una loro una specifica potestà, il cui esercizio, però, deve essere vincolato a ben specifici presupposti, dai quali non esula la considerazione del numero dei medici di medicina generale in attesa di convenzione, il cui contrarsi delle possibilità d'impiego ridonda a svantaggio dell'utenza, sia pure costituendo un indubbio risparmio di spesa. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Consiglio di Stato – Sez. V – Sent. n. 1802 del 26.03.2009

omissis

FATTO

1) In data 15 dicembre 2005 il Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (ACN), inerente al quinquennio 2001-2005, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza permanente Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 2-nonies della legge n. 138/2004, è addivenuto alla stipula dell'Accordo Regionale Integrativo (AIR) dell'anzidetto Accordo Collettivo Nazionale, il cui art. 14 specifica le materie demandate alla negoziazione regionale.

1.1) A proposito del rapporto ottimale (costituito dal numero di medici che può essere iscritto in ciascun ambito territoriale in relazione alla popolazione residente), l'Accordo collettivo nazionale ha stabilito all'art. 33, comma 9, primo periodo, la proporzione di un medico ogni mille residenti "fino alla stipula dei nuovi accordi regionali..." .

1.2) All'espressione fino alla stipula di nuovi accordi regionali, si è attribuito il significato di mantenere il rapporto normale posto dall'Accordo Collettivo Nazionale fatta salva la possibilità di un diverso rapporto ottimale da stabilirsi con Accordo Integrativo Regionale.

1.3) L'accordo Integrativo Regionale in Friuli Venezia Giulia ha rideterminato tale rapporto in un medico ogni 1.300 abitanti residenti, in base alle previsioni del secondo e terzo periodo del medesimo comma 9, dell'art. 33, che, testualmente recitano: "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza priM. un diverso rapporto medico/popolazione residente...La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%."

1.4) Il testo dell'Accordo Integrativo Regionale è il seguente: "il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. In situazioni particolari, quali ad esempio, le zone montane o a popolazione sparsa potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate dal comitato regionale su richiesta delle Aziende interessate. Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti. secondo i nuovi parametri. entro 45 giorni dalla data sottoscrizione del presente accordo. Il Gruppo di lavoro regionale, istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005 valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN. In attesa della definitiva riorganizzazione, sono sospesi i nuovi insediamenti e le zone carenti cioè il conferimento degli incarichi per la copertura in ambiti territoriali carenti.

1.5) Nei precedenti accordi collettivi nazionali emanati e resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica, il rapporto ottimale era fissato dalla normativa di primo livello, senza che gli accordi regionali potessero modificarlo.

2) Con il ricorso n. 383/2006 le sigg.re A. B. e M. C. F. , medici di medicina generale, hanno contestato il rapporto ottimale di un medico di medicina generale ogni 1.300 residenti posto dall'Accordo Integrativo Regionale per i Medici di Medicina Generale. L'accordo ha determinato un esubero del 30% dei medici attualmente convenzionati rispetto alle necessità

determinate con il nuovo rapporto convenzionale. E ciò diversamente dalla loro aspettativa, derivante dalla collocazione in graduatoria, di ottenere l'incarico a Trieste alla scadenza di ottobre 2005, sulla base del rapporto ottimale medico / paziente per ciascun ambito territoriale di 1 medico ogni 1000 abitanti, come previsto dal comma 8 dell'art. 38 dell'accordo collettivo nazionale del 20.1.2005.

2.1) Le ricorrenti hanno dedotto il motivo di violazione dell'art. 48, comma 3 n. 1 della l. n. 833/1978 e degli artt. 3, comma 1 lett. d) e 33, comma 9, dell'Accordo collettivo nazionale del 20.1.2005, in quanto la determinazione del rapporto ottimale è riservato alla contrattazione nazionale e non a quella regionale che è meramente attuativa di quella nazionale, la quale demanda alle Regioni unicamente la possibilità di introdurre eccezioni a tale rapporto, per determinati ambiti territoriali, con possibilità di aumento fino al massimo del 30%. Il provvedimento impugnato avrebbe invece arbitrariamente rovesciato la ratio della citata disposizione dell'art. 4 dell'Accordo collettivo nazionale, facendo sì che la regola generale diventi quella del rapporto indiscriminatamente di 1 a 1300 mentre solo in via di eccezione per determinati ambiti (zone montane e a popolazione sparsa) tale rapporto può essere inferiore.

2.2) Innanzi al Tribunale Amministrativo regionale si sono costituite la Regione Friuli Venezia Giulia e la Organizzazione Sindacale C.U.M.I. - AISS chiedendo il rigetto del ricorso.

3) Con la sentenza in epigrafe, è stato respinta l'eccezione di difetto di giurisdizione sulla domanda e, in accoglimento del ricorso, è stata dichiarata l'illegittimità del rapporto ottimale medico/paziente per ciascun ambito territoriale di 1 medico ogni 1300 abitanti, introdotto in Friuli Venezia Giulia dall'Accordo regionale.

4) La sentenza è impugnata con appello n. 2150 del 2007, dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, che eccepisce il difetto di giurisdizione del giudice amministrativo, data la natura negoziale della determinazione impugnata e la carenza d'interesse ad agire delle ricorrenti. La Regione deduce, nel merito, la validità dell'accordo.

4.1) Nel giudizio si sono costituite con controricorso le sigg.re A. B. e M. C. F. , evidenziando il loro interesse e chiedendo il rigetto dell'appello. Si è poi costituita l'organizzazione sindacale CUMI-AISS, che ha proposto appello incidentale deducendo la genericità del ricorso di primo grado e chiedendo l'accoglimento dell'appello. Si è inoltre costituita l'organizzazione sindacale di C.G.I.L. FP Medici, chiedendo il rigetto dell'appello previa riunione con quello della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG.

4.2) Ha spiegato intervento adesivo all'appello la Regione Emilia Romagna, chiedendo l'accoglimento dell'appello della Regione.

5) La sentenza è poi impugnata per gli stessi motivi con l'appello n. 2604 del 2007 dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG, che ne chiede la riforma.

5.1) Nel giudizio si sono costituite le sigg.re A. B. e M. C. F. evidenziando il loro interesse e chiedendo il rigetto dell'appello.

6) All'udienza del 24 giugno 2008, i ricorsi sono stati trattenuti in decisione.

DIRITTO

1) Con la deliberazione n. 269 del 20 febbraio 2006, la Giunta della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale stipulato il 15 dicembre 2005, come integrato dall'intesa regionale del 9 febbraio 2006, sottoscritto dall'Assessore alla Salute e alla Protezione Sociale e le Organizzazioni sindacali F.I.M.M.G., S.I.M.E.T. (Intesa sindacale SINMET-SUMAI-CISL Medici) C.U.M.I.-A.I.S.S. (Federazione Medici) e FP C.G.I.L. Medici. L'Accordo integrativo e l'intesa sono parte degli Accordi regionali integrativi dell'Accordo Collettivo Nazionale concernente la negoziazione di secondo livello connessa alla realizzazione degli obiettivi e delle strategie previste dalla programmazione regionale, cui fanno seguito ulteriori intese regionali a completamento degli istituti contemplati dall'Accordo Collettivo Nazionale.

1.1) Relativamente alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, l'Accordo è stato reso esecutivo con provvedimento della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, recante l'intesa sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale, ai sensi dell'art. 2-nonies, l. n. 138/2004, di conversione del d.l. n. 81/2004.

1.2) A proposito del rapporto ottimale (costituito dal numero di medici che può essere iscritto in ciascun ambito territoriale in relazione alla popolazione residente), l'Accordo collettivo nazionale ha stabilito all'art. 33, comma 9, primo periodo, la proporzione di un medico ogni mille residenti "fino alla stipula dei nuovi accordi regionali..." . All'espressione "fino alla stipula di nuovi accordi regionali..." , si è attribuito il significato di mantenere il rapporto normale posto dall'Accordo collettivo nazionale fatta salva la possibilità di un diverso rapporto ottimale da stabilirsi con accordo integrativo regionale.

1.3) L'accordo regionale in Friuli Venezia Giulia ha rideterminato tale rapporto in un medico ogni 1.300 abitanti residenti, così disponendo: "il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. In situazioni particolari, quali ad esempio, le zone montane o a popolazione sparsa potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate dal comitato regionale su richiesta delle Aziende interessate. Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti, secondo i nuovi parametri, entro 45 giorni dalla data sottoscrizione del presente accordo. Il Gruppo di lavoro regionale, istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005 valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di

cui all'art. 24 dell'ACN. In attesa della definitiva riorganizzazione, sono sospesi i nuovi insediamenti e le zone carenti cioè il conferimento degli incarichi per la copertura in ambiti territoriali carenti.

1.4) L'accordo regionale è stato discusso dal Comitato Regionale di cui all'art. 24 del suddetto Accordo Collettivo Nazionale nella seduta del 13 luglio 2006 ed è stato approvato nella medesima proporzione di un medico ogni 1.300 abitanti residenti, per larga parte delle Aziende Sanitarie operanti in Friuli.

2) Nella parte in cui determina il rapporto ottimale per i medici di medicina generale nella misura di un medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650, l'Accordo Integrativo Regionale per il Friuli Venezia Giulia è stato impugnato al competente Tribunale amministrativo dalle dott.sse A. B. e M. C. F. per violazione dell'art. 48, co. 3, della legge n. 833/1978 e dell'art. 33 co. 9, dell'Accordo Collettivo Nazionale in quanto aumenta in via generalizzata il rapporto medico / paziente, diversamente dall'accordo nazionale che prevedeva deroghe caso per caso al rapporto ottimale per i medici di medicina generale nella misura di un medico ogni 1.000 abitanti residenti, con contrazione del numero dei posti, a detrimento degli scritti nella graduatoria regionale della medicina generale in attesa di collocazione utile.

2.1) Costituitosi in contraddittorio con la Regione e con talune Associazioni sindacali che hanno sottoscritto l'accordo regionale, il ricorso è stato accolto, con annullamento della disposizione censurata, previo rigetto delle eccezioni pregiudiziali di difetto di giurisdizione del giudice adito e carenza di interesse delle ricorrenti.

2.2) Nel riconoscere il ribaltamento del criterio previsto dall'art. 33 co. 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale sul rapporto medico / paziente, il Tribunale territoriale ha riaffermato la prevalenza degli Accordi Collettivi Nazionali di cui all'art. 48 della legge n. 833/1978, sulla fissazione del rapporto medico / paziente e la sua inderogabilità in via generalizzata da opera delle regioni anche in presenza del nuovo quadro istituzionale di riforma del Titolo V cost..

3) Degli appelli proposti dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG che devono essere riuniti per evidenti motivi di connessione, vanno, anzitutto, rigettate le eccezioni pregiudiziali di difetto di giurisdizione e di carenza d'interesse delle ricorrenti in primo grado.

3.1) Il profilo inerente la giurisdizione è introdotto per l'esclusiva competenza del giudice ordinario a conoscere delle posizioni pattizie dei medici di medicina generale come stabilito dal D.Lgs. n. 165/2001, espressamente richiamato dall'art. 25, co. 27, l. n. 289/2002. Gli appellanti focalizzano l'interesse al ricorso nella riapertura delle trattative da cui scaturiscono gli accordi collettivi, che è sottratto alla cognizione del giudice amministrativo. Petitum del ricorso sarebbe pertanto la nullità di una regola del contratto collettivo fra la regione e i medici di medicina generale di competenza del giudice ordinario e non di quello adito.

3.1.1) L'eccezione è infondata, alla luce del carattere di atto generale di organizzazione del provvedimento della Giunta Regionale n. 269, del 20 febbraio 2006 impugnato in primo grado e dell'interesse fatto valere dalle ricorrenti.

3.1.2) E' dedotto in giudizio, siccome lesivo dell'interesse alla determinazione rapporto ottimale medico / paziente secondo l'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 20 gennaio 2005, il diverso rapporto determinato dal provvedimento della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia che ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale di attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale nel quinquennio 2001-2005.

3.1.2) Secondo l'art. 48, l. n. 833/1978, gli accordi collettivi nazionali, cui è demandata l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale, resi, allora, esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del presidente del Consiglio, devono, tra l'altro, prevedere "il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici ... che hanno il diritto di essere convenzionati di ogni una unità sanitaria locale...".

3.1.3) Integrando parzialmente il precedente sistema, l'art. 8, D.Lgs. n. 502/1992, ha introdotto le apposite convenzioni di durata triennale che disciplinano il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, in conformità agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, co. 9, della legge n. 412 del 1991, istitutiva della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Alle convenzioni, spetta fra l'altro prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto del limite massimo di assistiti per medico.

3.1.4) All'articolo 4, co. 9, della legge n. 412 del 1991, rinvia l'art.2-nonies, l. n. 138/2004, di conversione del d.l. n. 81/2004, che disciplina i contratti del personale sanitario a rapporto convenzionale nell'intero territorio nazionale sulla scorta di 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. L'accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella Conferenza permanente Stato - Regioni.

3.1.5) L'intesa sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale per il quinquennio dal 2001 al 2005, è stata resa esecutiva con il provvedimento della Conferenza

Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, il cui art. 33, comma 9, primo periodo, prevede che "fino alla stipula dei nuovi accordi regionali ... può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500.. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primM. un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli accordi regionali e comunque sino a un aumento massimo del 30%."

3.1.6) Nei confronti dell'aspetto inerente il trattamento economico dei medici di medicina generale operanti sul territorio, indubbiamente sotteso alla determinazione del rapporto medico/popolazione residente, prevale l'aspetto organizzativo generale, ove trattisi di disciplinare, con efficacia estesa a tutto il territorio regionale, una deroga ai criteri imposti dall'intesa collettiva con valenza su tutto il territorio nazionale.

3.1.7) Anche se l'art. 48, l. n. 833/1978, prima e l'art. 8, D.Lgs. n. 502/1992, poi, hanno demandato alla fonte pattizia la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, qualora oggetto della disciplina sia il limite massimo di assistiti per medico, hanno comunque riservato alla fonte regolamentare le scelte di programmazione sanitaria, riguardo alle quali l'Amministrazione conserva poteri discrezionali, la cui cognizione è oggetto della giurisdizione del giudice amministrativo (arg. Cass., sez. un., 29 aprile 2004, n. 8212).

3.1.8) Sia pure nella forma dell'accordo regionale integrativo dell'accordo collettivo nazionale, la delibera della Giunta n. 269, del 20 febbraio 2006, ha disciplinato il rapporto ottimale medico / assistiti residenti con efficacia estesa all'intero territorio, esercitando in ogni caso scelte discrezionali e di programmazione, riservate alla cognizione del Giudice amministrativo perché estranee alla costituzione del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e regionale ma proprie del funzionamento dell'intero sistema sul territorio e pertanto alla discrezionalità dell'amministrazione di disciplinare forme e modalità di tutela della salute, nelle quali si risolve la determinazione del rapporto fra medici e residenti assistiti nei diversi ambiti propri di ciascuna azienda sanitaria.

3.1.9) L'eccezione di giurisdizione deve essere pertanto respinta, al pari dell'ulteriore eccezione di difetto d'interesse delle ricorrenti, anche oggetto di appello ad opera della Regione e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG, oltre che di diffusa trattazione dell'atto di costituzione dall'Organizzazione Sindacale CUMI AISS (Confederazione Unitaria Medici Italiani-Associazione Italiana Specialisti in formazione e Specialisti, oggi S.M.I. Sindacato dei Medici Italiani).

3.2) Motivo comune di tutte le eccezioni è che le ricorrenti in primo grado indicano soltanto genericamente il loro interesse leso dall'ampliamento del rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. E questo anche in ragione della copertura delle zone carenti che avviene in prevalenza per trasferimento, sicché le ricorrenti non potrebbero aspirare ad eventuali incarichi data la loro posizione in graduatoria al 151° e al 163° posto.

3.2.1) Nel controricorso del 19 marzo 2007 le ricorrenti hanno rappresentato l'ulteriore difficoltà che determina per i medici privi di convenzione, come esse sono, l'allargamento del rapporto ottimale in un medico ogni 1.300 residenti anziché 1000 e l'ulteriore limitazione che crea la liberazione all'accesso alla professione di medico massimalista. La loro condizione di medici iscritti nelle graduatorie e in attesa di convenzione, è di per sé sufficiente a determinare la lesione del loro interesse, costituzionalmente tutelato, ad accedere alla professione con la costituzione di un rapporto convenzionale, come la legge prevede.

4) Nel merito, gli appelli Regione Friuli Venezia Giulia e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG sono infondati.

4.1) La regione afferma che l'art. 33, comma 9, primo periodo dell'Accordo Collettivo Nazionale laddove afferma la proporzione di un medico ogni mille residenti fino alla stipula dei nuovi accordi regionali ha il significato di mantenere il rapporto normale posto dall'Accordo Collettivo Nazionale fatta salva la possibilità di un diverso rapporto ottimale da stabilirsi con Accordo Integrativo Regionale.

4.1.1) A questa incombenza avrebbe provveduto l'accordo regionale, assunto in Friuli Venezia Giulia con la delibera della Giunta Regionale n. 269, del 20 febbraio 2006 e con l'Accordo Integrativo Regionale del 15 dicembre 2005 che ha rideterminato il rapporto ottimale in un medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. In base all'accordo la Regione avrebbe richiesto alle Aziende sanitarie territoriali di inviare le rispettive proposte di riorganizzazione degli ambiti territoriali e di ridefinizione delle sedi per l'assistenza primM. e del numero dei medici di continuità assistenziale affinché il Comitato regionale potesse quantificare il numero dei medici da adibire alle singole Aziende. L'operato della regione sarebbe, perciò conforme all'accordo integrativo, il cui art. 3 prevede la possibilità che la contrattazione di secondo livello possa indicare un diverso rapporto ottimale in relazione a determinati ambiti territoriali. Nell'accordo integrativo del 15 dicembre 2005 e nella riunione del 13 luglio 2006, sono stati determinati tre diversi rapporti ottimali, di cui uno inferiore al limite di 1 medico massimalista per 1000 residenti, uno pari all'anzidetto limite ed uno superiore pari a 1 medico per 1300 residenti.

4.1.2) L'argomento va disatteso, con richiamo all'art. 3 dell'Accordo collettivo nazionale che, se pure abilita la Regione (lett. d) alla definizione del rapporto ottimale dei massimali di scelta anche in relazione a modelli associativi, non consente che il rapporto sia esteso con efficacia

generale a tutte le Aziende sanitarie operanti nella regione e sia aprioristicamente determinato, in via generale, secondo il criterio più restrittivo.

4.1.2) Anche se la norma non lo specifica, la definizione del rapporto ottimale deve avvenire in base alle regole fissate dal successivo art. 33 dell'Accordo stesso, che limita il rapporto ottimale medico / assistito residente nella regione nella proporzione di 1 / 1000 per ciascun ambito territoriale sino alla stipula di nuovi accordi regionali. Nonostante la formulazione della norma, di disagiata lettura, appare evidente che il rapporto ottimale medico / assistito è sottratto alla contrattazione regionale di secondo livello. Tanto si ricava dalla lettura dell'art. 4 dell'Accordo che demanda alle intese regionali una serie di aspetti specifici dai quali esula però siffatto rapporto, definito, in via ordinaria dalla contrattazione nazionale, come espressamente prevede l'art. 4, lett. d) dell'Accordo nazionale collettivo.

4.1.3) In sostanza, l'Accordo ha inteso riservare alla contrattazione nazionale la definizione generale del rapporto ottimale in tutte le regioni, riservando alle singole regioni di determinare caso per caso e successivamente alla negoziazione regionale (cui è demandato fornire il quadro d'insieme dell'assistenza massimalista) la definizione delle singole eccezioni, nella misura massima del 30% di variazione del rapporto di base.

4.1.4) Le regioni non possono dunque rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico / assistito per ambiti generali, come ha fatto la delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. 269, del 20 febbraio 2006 che ha rideterminato tale rapporto in 1 medico ogni 1.300 abitanti residenti, senza alcun quadro d'insieme come prescritto dall'art. 4 dell'Accordo e senza alcuna espressa motivazione che giustifichi l'aumento del rapporto ottimale. Motivazione dovuta ai sensi del comma 9 dell'art. 33, laddove afferma che "le Regioni possono indicare" e pertanto attribuisce loro una specifica potestà il cui esercizio deve essere vincolato a ben specifici presupposti, dai quali non esula la considerazione del numero dei medici di medicina generale in attesa di convenzione, il cui contrarsi delle possibilità d'impiego ridonda a svantaggio dell'utenza, sia pure costituendo un indubbio risparmio di spesa.

4.1.5) La riserva alla contrattazione nazionale non viola l'ordine della competenze stabilito dal titolo V cost. nella riforma introdotta dalla legge cost. n. 3 del 2001. Se è vero che la tutela della salute costituisce materia di legislazione concorrente, è altrettanto vero che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale rappresenta materia di legislazione esclusiva ai sensi dell'art. 117: e in quest'ambito rientra sicuramente la definizione nel quadro dell'assistenza prim. , dei rapporti medico/popolazione residente, data l'evidente influenza che esercita il servizio medico di base sui diritti civili e sociali, in cui la tutela della salute si inquadra secondo il sistema solidaristico della costituzione e della legge n. 833/1978.

4.2) Risulta, per gli stessi profili l'infondatezza dell'appello della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG, laddove afferma il carattere meramente formale della domanda, perché rivolta all'osservanza di un'astratta legalità dell'azione amministrativa, che nella regione Friuli Venezia Giulia avrebbe individuato diverse aree in cui inserire i rapporti medico / popolazione residente, nelle quali solo alcune superiori al limite di 1 / 1000, indicato nell'Accordo collettivo nazionale.

4.2.1) In disparte la genericità degli assunti della Federazione, va ribadito che oggetto dell'accordo regionale non è mera individuazione di ambiti territoriali in cui collocare rapporti medico/popolazione superiori ai limiti che la legge prevede, sebbene la sua individuazione motivata e successiva alla contrattazione regionale. Nella contrattazione regionale, un rapporto diverso da quello stabilito nella contrattazione nazionale non trova posto come regola rimessa alla discrezionalità delle Regioni ma come vera e propria eccezione, che le Regioni sono abilitate ad introdurre, sulla scorta di specifici presupposti affatto indicati né nei provvedimenti né desumibili dagli argomenti difensivi della Federazione.

4.2.2) E' poi da disattendere l'ulteriore motivo della Federazione, di lettura dell'art. 48, l. n. 833/1978, orientata a svalutare la contrattazione collettiva a livello nazionale a favore di quella regionale, perché più aderente al carattere del servizio, radicato in ambito territoriale.

4.2.3) Finalità della contrattazione nazionale è, ai sensi del citato art. 48, non solo l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale, sebbene anche tutelare il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino, sicuramente compromessa da una contrazione del rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale che sostanzialmente riduce la presenza dei medici di base sul territorio, come anche si afferma nella memoria depositata il 3 maggio 2007 della C.G.I.L. FP Medici. Per questa ragione, la contrazione deve rispondere a ben precise esigenze delle strutture sanitarie da estrinsecare in una motivazione rigorosa e non riassumibile nelle esigenze di singoli ambiti territoriali.

4.3. Sotto i profili sinora esposti, è da condividere l'illegittimità dei provvedimenti della Regione Friuli Venezia Giulia, come illustrata nella memoria delle ricorrenti e ad onta di quanto rappresentato nell'atto di costituzione con appello incidentale del 13 aprile 2007 dall'organizzazione sindacale CUMI-AISS.

5) All'infondatezza degli appelli principali della Regione e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG, segue il rigetto dell'atto di intervento ad adiuvandum della Regione Emilia Romagna, che ha sottoscritto un accordo similare a quello della Regione Friuli Venezia Giulia.

6) La sentenza impugnata deve essere conclusivamente confermata e gli appelli vanno respinti. La novità delle questioni implica i giustificati motivi per compensare integralmente tra le parti le spese processuali relative al secondo grado del giudizio fra tutte le parti in causa.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, Sezione Quinta, respinge gli appelli riuniti.
Spese compensate fra tutte le parti in causa.

Ordina che la presente decisione sia eseguita dall'Autorità amministrativa.

Così deciso in Roma, dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Quinta),
nella camera di consiglio del 24 giugno 2008, con l'intervento dei Signori:

omissis

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

26/03/09

omissis

Centro Studi di Diritto Sanitario - C.so Giannone 86 - 81100 Caserta
Tel 0823 279352 fax 0823 446980 info@dirittosanitario.net