

omissis

Svolgimento del processo

L'Azienda sanitaria locale - ASL n. 9 di X. (RC) dichiara che nel proprio territorio, a fronte di una popolazione di 135.000 abitanti residenti, sono attivi 135 medici per le funzioni di continuità assistenziali - CA, operanti in 39 postazioni nei vari distretti aziendali.

L'ASL rende noto che il fabbisogno di medici da adibire a detti servizi di CA, per ciascuna singola Azienda sanitaria, è fissato dalle Regioni, in relazione anche alle caratteristiche oro-geografiche, secondo un rapporto ottimale medici in servizio / abitanti residenti. L'ASL fa presente altresì che, in virtù dell'art. 64 dell'accordo collettivo nazionale - ACN per i servizi di CA, il predetto rapporto è stabilito in 1 medico/5000 abitanti, poi elevato a 1 medico/3500 abitanti dall'art. 13 dell'accordo integrativo regionale. In base a ciò l'ASL, con deliberazione n. 277 del 22 aprile 2008, ha approvato lo schema di riordino delle postazioni di CA, disattivandone 11. È poi seguita la deliberazione n. 439 del 13 luglio 2009, in forza della quale l'ASL ha demandato ai Direttori dei distretti Nord e Sud di attuare il riordino fissato dalla deliberazione n. 277/2008.

I sigg. G.M. e consorti, nonché i Comuni di Sant'Ilario, di San Giovanni di Gerace e di Antonimina (RC) insorgono allora innanzi al TAR Reggio Calabria impugnando, con il gravame introduttivo, le citate deliberazioni e, con l'atto per motivi aggiunti notificato l'8 agosto 2009, pure la deliberazione n. 497 del 29 luglio 2009, con la quale l'ASL ha ridotto a 7 il numero di postazioni di CA da sopprimere. L'adito TAR, con sentenza n. 329 dell'8 aprile 2010, ha accolto sì il ricorso dei sigg. M. e consorti, ma solo nella parte in cui il predetto rapporto ottimale 1 medico/3500 abitanti residenti "... deve essere posto in relazione non già ad ognuno dei medici in servizio presso la medesima postazione di continuità assistenziale, bensì alla postazione nella sua unicità...".

Appella allora detta ASL con il ricorso in epigrafe, censurando l'erroneità dell'interpretazione resa dalla sentenza n. 329/2010, a fronte, invece, dell'inequivoco dato testuale dell'ACN e dell'art. 13 dell'accordo integrativo regionale. Resistono in giudizio le parti intimato, che eccepiscono il difetto di legittimazione attiva dell'ASL appellante, perché soppressa ai sensi dell'art. 7 della L.R. Cal. 11 maggio 2010, n. 9 e, nel merito, l'infondatezza dell'appello. In tal senso concludono altresì, in sede d'intervento ad opponendum, i Comuni di Stignano e di Careri (RC).

Alla pubblica udienza del 16 novembre 2012, su conforme richiesta del patrono delle parti resistenti, il ricorso in epigrafe è assunto in decisione dal Collegio.

Motivi della decisione

1. - L'Azienda sanitaria locale - ASL n. 9 di X. (RC), che aveva statuito sulla soppressione di 7 postazioni per le funzioni di continuità assistenziali - CA in base al rapporto 1 medico/3500 abitanti residenti sulla scorta dei parametri regionali, si grava avverso la sentenza con cui il TAR di Reggio Calabria ha annullato siffatte deliberazioni, nella parte in cui detto rapporto ottimale "... deve essere posto in relazione non già ad ognuno dei medici in servizio presso la medesima postazione di continuità assistenziale, bensì alla postazione nella sua unicità...".

2. - È anzitutto sollevata un'eccezione di difetto di legittimazione attiva in capo all'ASL appellante, in relazione a quanto stabilito dall'art. 7 della L.R. Cal. 11 maggio 2007, n. 9, ossia l'accorpamento delle undici Aziende sanitarie attualmente presenti sul territorio regionale in cinque ASL aventi un territorio corrispondente a quello delle attuali circoscrizioni provinciali, il quale determina a sua volta il subentro di queste ultime "... nelle funzioni e nei rapporti attivi e passivi relativi alle Aziende preesistenti, in ragione dell'ambito provinciale di riferimento...".

L'eccezione non ha pregio e va respinta, perché, come evincesi dalla lettura degli atti impugnati in primo grado, tale norma non è stata mai applicata all'ASL appellante, tant'è che il ricorso innanzi al TAR ed il conseguente atto per motivi aggiunti le furono notificati senza riserve, né le fu mai contestata l'incompetenza. La ragione di ciò è evidente: qui gli appellati mostrano di non tenere conto dell'intero contenuto del citato art. 9, il cui c. 6 appunto subordina detto accorpamento, limitatamente alle ASL n. 9 di X. e n. 11 di Reggio Calabria ed anche prima della novella recatagli dall'art. 40 della L.R. 23 dicembre 2011, n. 47, al previo accordo tra la Regione ed il Ministero dell'interno.

3. - Nel merito, una precisazione preliminare è opportuna: tanto i ricorrenti in primo grado, quanto il TAR criticano l'interpretazione resa dall'ASL sull'art. 13, c. 1 dell'accordo integrativo regionale - AIC, secondo il quale, ad avviso di quest'ultima, il rapporto di 1 medico/3500 residenti va riferito a ciascuno dei medici in servizio presso la medesima postazione di CA e non alla postazione in quanto tale.

La contestazione de qua prende le mosse dal fatto che l'interpretazione propugnata era stata ritenuta erronea già dal TAR Lazio, con la sentenza n. 9909 del 10 ottobre 2007, confermata da questo Consiglio (sez. V) con la decisione n. 241 del 20 gennaio 2009.

Ebbene, da un lato, dubita il Collegio che dalla sentenza n. 9909/2007 sembri emergere un sicuro avviso del TAR Lazio, ossia un'interpretazione dell'art. 13 dell'AIC nel senso ora evidenziato. Dice infatti il TAR Lazio che, stante la definizione normativa sul tal rapporto ottimale 1 medico / 3500 residenti, "... la chiara formulazione della disposizione esclude che essa possa essere interpretata nel senso paventato dai ricorrenti, e cioè come rapporto riferito a ognuno dei medici in servizio presso la medesima postazione di continuità assistenziale e non già alla postazione nella sua unicità...". Ma la formulazione di tal passaggio motivazionale, se non ambiguo, certo è infelice giacché, in disparte il significato diametralmente opposto che ne coglie l'ASL intimata, il risultato cui perviene non è consequenziale al citato rapporto che è, in sé, del tutto neutro e non conclude in modo sicuro a favore della tesi sposata dalla sentenza qui appellata. Tanto non volendo sottacere come l'avviso del TAR Lazio dia per scontato un risultato, quello, cioè, che un diverso significato da attribuire al rapporto ottimale de quo implichi per forza "... l'abnorme proporzione denunciata (1 medico ogni 14.000 residenti...)", che scontato non è, in assenza d'una più attenta ricostruzione e del senso e degli effetti della norma pattizia.

Per altro verso, esclude il Collegio che dalla decisione n. 241/2009, la quale concerne i rapporti con i medici di medicina di base, possano evincersi argomenti a favore o contro la tesi dell'appellante. Invero, la decisione n. 241/2009 reca tre punti essenziali, per quanto attiene al servizio di medicina generale ed al concorso delle fonti nella definizione del relativo assetto: A) - in base all'art. 4 dell'accordo collettivo nazionale, spetta ad esso e non all'AIC la determinazione del citato rapporto ottimale; B) - quest'ultimo va definito assumendo, quale denominatore di riferimento, soltanto il numero dei residenti nel Comune nel quale il servizio dev'essere assicurato e non l'insieme degli assistiti; C) - spetta alle Regioni il solo compito di determinare caso per caso, dopo l'AIC, le singole eccezioni al predetto rapporto, nella misura massima del 30% di variazione di esso. Sicché sulla tesi avversa a quella dell'ASL appellante non v'è giurisprudenza consolidata di questo Consiglio, cui il Collegio debba ispirarsi.

4. - Ciò posto, l'appello è fondato e dev'esser accolto.

Il dato testuale dell'art. 64, commi 1 e 2 dell'ACN e dell'art. 13, c. 1 dell'AIR Calabria fa specifico riferimento al medico quale singolo operatore qualificato in ciascuna delle funzioni per espletare le quali il SSN gli assegna precisi compiti.

Il servizio di CA, infatti, garantisce le prestazioni sanitarie non differibili negli orari non coperti dal servizio di medicina di base, con esclusione delle situazioni di emergenza, senza alcun onere a carico dell'assistito residente. Trattasi d'un servizio attivo o durante le fasce orarie in cui il medico di base non è tenuto alla sua prestazione, oppure nei confronti di soggetti terzi (a pagamento, secondo tariffe prestabilite), di regola in uffici (postazioni) dislocati nei distretti sanitari. Non a caso, quindi, le norme pattizie delineano il rapporto ottimale, anche per il servizio di CA, solo tra ciascun sanitario ed un numero di residenti reputato congruo in base al parametro predefinito, se del caso modulando tal denominatore con riguardo a caratteristiche (anche, ma non soltanto) oro - geografiche del territorio interessato.

Sebbene il servizio di CA si basi su postazioni a quattro sanitari, le norme stesse non considerano il dato "postazione" e, più in generale, le modalità organizzative peculiari e concrete in cui ognuna funzione del SSN s'invera, pur quando coinvolgano una pluralità di sanitari. La postazione non è il soggetto del servizio di CA, ma ne è solo il modulo organizzativo, mentre l'esclusiva imputazione spetta a ciascun medico che in quella sede fisica ne effettua la prestazione. Sicché il fabbisogno dei medici per espletare il servizio stesso in modo ottimale si calcola soltanto con riguardo al numero complessivo di residenti assistibili, fissando già le norme pattizie, da sole, come da questo e solo da questo dedurre il numero dei medici inseribili nel servizio per ogni ASL.

Di ciò il TAR è ben consapevole, anche se poi usa, per giustificare l'uso del dato "postazione", l'argomento della modellazione delle norme de quibus su quella che regola i servizi di medicina generale, dove postazione e sanitario singolo coincidono.

Il TAR da questo dato inferisce la necessità di contestualizzare il rapporto posto da dette norme, riferendolo appunto alla postazione e non più al singolo sanitario, ma ciò, condividendo il Collegio l'affermazione dell'ASL appellante, si appalesa una forzatura logica. Al suggestivo, anzi, per vero paradossale, argomento di un medico per 14.000 residenti nell'arco delle 24 ore di servizio ove non si mantenessero le postazioni, è facile ribattere che le norme di riferimento sugli orari ed i turni dei sanitari in servizio sono e restano solo quelle dell'espletamento di esso (art. 63, c. 1 dell'ACN) e della reperibilità (art. 71, c. 1). Ogni altro elemento essendo perciò spurio ed inutilizzabile, sfugge la ragione, che invocano più volte le parti appellate, per cui la rigorosa applicazione delle norme pattizie, come depurate e migliorate dall'AIR appunto a favore d'una maggior capillarità del servizio in rapporto alle condizioni geografiche della zona, ne costituisca invece una patente violazione. Al contrario di ciò assume il Giudice di prime cure, sono proprio le norme stesse, nella loro dimensione testuale e nella loro interpretazione di buona fede, a delineare la quantità di risorse disponibili per l'ottimale svolgimento del servizio sulla scorta delle esigenze del territorio, senza necessità di etero integrazioni ulteriori.

5. - In definitiva, l'appello va accolto, ma giusti motivi suggeriscono l'integrale compensazione, tra le parti, delle spese del giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (sez. III), definitivamente pronunciando sull'appello (ricorso n. 5446/2010 RG in epigrafe), lo accoglie e, per l'effetto ed in integrale riforma della sentenza impugnata, respinge il ricorso di primo grado.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio del 16 novembre 2012, con l'intervento dei sigg. Magistrati:

Alessandro Botto, Presidente FF

Vittorio Stelo, Consigliere

Dante D'Alessio, Consigliere

Silvestro Maria Russo, Consigliere, Estensore

Alessandro Palanza, Consigliere