



**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Giudice del Tribunale di Napoli , in funzione di giudice del lavoro**

dr. Maria Gallo, all' udienza del 12.10.2015, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n.4092 /2014 R.G. Previdenza , vertente

**tra**

xxxx xxxx elett.te dom.ta in Napoli, Via XXXXXX presso lo studio  
dell' avv. XXXXXXXXXXXX che la rapp.ta e df.de , unitamente all' avv.  
XXXXXXXXXXXXXXXX , giusta procura a margine del ricorso introduttivo;

**RICORRENTE**

**e**

ASL XXXXXX in persona del legale rapp.te , elett.te dom.ta in XXXXX ,  
Via con l' avv. XXXXXXXXXXXXXXXX dalla quale è rapp.ta e dif.sa giusta  
procura in calce al ricorso notificato  
;

**RESISTENTE**

**Fatto e diritto**

**Il Giudice**

Con ricorso depositato in data 18.2.2014 la ricorrente in epigrafe dr. Maria Gallo conveniva in giudizio dinanzi al Giudice del lavoro di Napoli 1 „ ASL chiedendo accertare il proprio diritto ad ottenere il rimborso delle spese mediche indifferibili ed urgenti sostenute pari a € 20.189,01 e condannare l' ASL convenuta al pagamento di detta somma oltre interessi legali e rivalutazione monetaria .

Esponenza a sostegno delle proprie richieste di aver effettuato, in data 28.2.2011, un' ecografia mammaria , che evidenziava la presenza di massa tumorale e noduli ascellari sospetti ; che il 3.3.2011 si era sottoposta ad “ ago aspirato eco assistito “ che confermava la presenza di un carcinoma maligno ; di essere stata informata che in regime di copertura assistenziale con il SSN i tempi di attesa per effettuare il necessario intervento chirurgico erano pari a 6/8 settimane ; che per



PAG. 1

tale ragione in data 7.3.2011 si ricoverava presso una struttura ospedaliera privata convenzionata con il SSN per effettuare una visita specialistica che confermava la diagnosi e consigliava l'intervento immediato ; che l'intervento veniva eseguito in regime privatistico, poiché anche in detta struttura i tempi di attesa per l'intervento in regime convenzionato sarebbero stati di 4 settimane .

Deducendo che il tempo di attesa avrebbe compromesso il proprio stato di salute e che le strutture pubbliche interpellate non erano in grado di assicurare con tempestività la prestazione richiesta in forma diretta , la ricorrente decideva di ricoverarsi presso la struttura privata per effettuare , il 14.3.2011 l'intervento chirurgico di quadrenctomia esterna mammella destra .

**Il Giudice**

Invocando la applicazione della disciplina posta dalla L.R. n. 46/78 dr. Maria Gallo che autorizza i cittadini, in caso di comprovata necessità, a recarsi presso strutture e case di cura non convenzionate per sottoporsi alle cure mediche e chirurgiche senza dover sostenere in proprio i costi dell'assistenza ricevuta la ricorrente formulava dapprima richiesta in via amministrativa e poi in via giudiziaria per il rimborso delle spese mediche sostenute .

Si costituiva la ASL convenuta che nel rilevare l'infondatezza del ricorso per effetto dell'art. 8 septies d.lgs. n. 502/1992 , chiedeva il rigetto della domanda .

All'odierna udienza, sulla documentazione in atti , respinte le richieste istruttorie formulate solo all'udienza di discussione e non precedute da deduzioni ed allegazioni nell'atto introduttivo del ricorso, ( ove nemmeno si rinveniva una lista testimoni ) il giudice decideva la causa e pronunciava sentenza a motivazione contestuale ,letta e depositata a fine udienza .

### **§**

Il ricorso è infondato e va respinto .

La disciplina invocata, infatti, per effetto del D.Lgs. n. 229/1999 non è più in vigore .

Per l'assistenza in forma indiretta , per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed in regime di degenza , con oneri a carico del SSN è intervenuta l'abrogazione ad opera dell'art. 8 del D.Lgs. n. 229/1999 che prevede :

Art. 8-septies Prestazioni erogate informa indiretta



1. *I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-sexies. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, e' abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.*

Il Giudice  
dr. Maria Gallo

A partire dall' 1.2.2001 dunque, è stata abolita l' assistenza in forma indiretta per l' assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza ; l' unica eccezione è costituita dalla normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all' estero .

Conseguentemente la ricorrente non può beneficiare dell' accollo delle spese sostenute da parte del SSN. I fatti oggetto di causa si riferiscono all' anno 2011 per cui sono successivi alle modifiche legislative richiamate .

In ogni caso, tuttavia, e tanto lo si sottolinea solo per completezza di trattazione data la prevalenza della prima argomentazione, mancherebbero nella fattispecie in esame i presupposti per il rimborso delle spese anche ai sensi della precedente disciplina .

La legge regionale 27/2/1975 n.7 disciplinante l' assistenza ospedaliera nella Regione Campania prevedeva all' art.14 che la Regione eroga l' assistenza ospedaliera in forma indiretta ai sensi dell' art.12 del decreto legge 8/7/1974 n.264 convertito nella legge 17/8/1974 n.386 nei confronti dei soggetti che ne abbiano diritto; prescrive all' art.15 la necessità che il ricovero in istituti e case di cura non convenzionati sia autorizzato da parte della Giunta Regionale Assessorato all' Igiene e Sanità o dagli uffici dalla stessa delegati; la subordinazione dell' autorizzazione all' esibizione di certificazione medica e all' accertamento dell' effettiva necessità del ricovero; consente al 4° comma dell' art.15 l' autorizzazione in sanatoria nel caso di ricovero presso istituti e case di cura non convenzionati attrezzati allo scopo, a seguito di comunicazione inviata entro 24 ore dal ricovero solo in caso di comprovata urgenza; stabilisce al 5° e al 6° comma la misura e le modalità del rimborso. Di seguito con l' emanazione delle leggi regionali 46/1978 e 16/1985 si era



ulteriormente disciplinato il settore delle prestazioni sanitarie in forma indiretta.

La possibilità dell' autorizzazione in sanatoria, in deroga alla ordinaria procedura dell' autorizzazione preventiva veniva subordinata alla verifica delle ragioni ostative al ricovero presso istituti e case di cura in regime di convenzionamento con il SSN.

**Il Giudice**

La dizione utilizzata dalla legge regionale invocata dalla ricorrente e dr. Maria Gallo successivamente fatta propria dalla successiva normativa ossia la "comprovata urgenza" deve essere correttamente intesa nel senso di consentire l' autorizzazione in sanatoria nel solo caso in cui sia stato necessario, e non meramente optabile il ricovero presso strutture private, ovvero il cittadino sia stato affetto da patologie guaribili solo in strutture private o si sia trovato in condizioni di tempo o di luogo tali da rendere impossibile il ricovero presso strutture in regime di convenzionamento. Nel caso di specie la prova della sussistenza di tali presupposti manca .

Ed invero, la documentazione sanitaria in atti , non riporta in alcuna delle certificazioni la attestazione dei medici circa la necessità ed urgenza dell' intervento chirurgico praticato ovvero l' impossibilità di attendere i tempi di una ordinaria degenza né risulta in alcun modo, dai medesimi atti, il tempo di attesa per l' effettuazione dell' intervento in regime convenzionato . Nella modulistica in atti , i medici che hanno avuto in cura la ricorrente e che hanno consigliato di procedere all' intervento non hanno mai precisato che detto intervento fosse urgente o da praticarsi con urgenza; del resto la ricorrente è stata ricoverata e operata non in regime di pronto soccorso o di urgenza ma in regime privatistico ed ordinario.

Non vi è prova , in altre parole , che l' intervento sia stato effettuato in regime privatistico per l' urgenza e per l' impossibilità di ottenere dalle strutture pubbliche la prestazione sanitaria adeguata nei tempi consigliati dai sanitari .

Il ricorso va , pertanto, respinto.

La natura della controversie e la complessità delle questioni affrontate individuano i giusti motivi per compensare tra le parti le spese di giudizio.

**P. Q. M.**



Il Giudice del Tribunale di Napoli, in funzione di giudice del lavoro  
definitivamente pronunciandosi, così provvede:

Rigetta il ricorso.

Compensa le spese.

Napoli, 12.10.2015

**Il Giudice**  
**dr. Maria Gallo**

Il Giudice del lavoro  
Dr. Maria Gallo

