



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DEI CONTI
SEZIONE GIURISDIZIONALE DELLA BASILICATA

dr. Vincenzo Maria PERGOLA Presidente
dr. Giuseppe TAGLIAMONTE Consigliere Relatore
dr. Federico PEPE Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. 8651 del Registro di Segreteria,
ad istanza della Procura Regionale, nei confronti di:

CLINICA LUCCIONI S.p.A. nella persona del legale rappresentante p.t.,
rappresentata e difesa, per procura in calce alle controdeduzioni difensive,
dall'avv. Bruno RICCIARDELLI ed elettivamente domiciliata con
quest'ultimo in Potenza alla via Mazzini 52 (Clinica LCCIONI);

DI MARZO Walter, rappresentato e difeso, per procura in calce alla
comparsa di costituzione dagli avv.ti Bruno RICCIARDELLI ed Eleonora
MARZANO, presso i quali elegge domicilio digitale alla pec:
bruno.ricciardelli@ordineavvocatita.it ed alla pec:
eleonora.marzano@pec.it;

LECCESE Archimede Roberto, rappresentato e difeso, per procura in calce alla memoria di costituzione e difesa dagli avv.ti Michele LIOI e Cristiano CUOMO, ed elettivamente domiciliato presso lo studio di quest'ultimo in Vaglio di Basilicata (PZ) alla contrada Molino 19;

MORLINO Leonardo rappresentato e difeso, per procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta dagli avv.ti Mario e Antonio D'URSO, e, con questi ultimi, elettivamente domiciliato in Potenza al vicolo Nicola Mignogna, n.1 (MORLINO Leonardo);

Visto l'atto introduttivo del giudizio, esaminati tutti gli altri atti e documenti della causa;

Uditi, nella pubblica udienza del 12 ottobre 2021, con l'assistenza del Segretario del Collegio dott. Angela MICELE, il Consigliere relatore Giuseppe TAGLIAMONTE, il Pubblico Ministero nella persona del dott. Giulio STOLFI, nonché gli avv.ti Bruno RICCIARDELLI, Eleonora MARZANO, Michele LIOI, Cristiano CUOMO e Mario D'URSO, i quali hanno concluso come da verbale.

Premesso in

FATTO

Con atto di citazione del 28 settembre 2020, il Procuratore Regionale ha convenuto in giudizio i soggetti generalizzati in epigrafe - Società per Azioni Clinica Luccioni con il proprio Amministratore in carica all'epoca dei fatti contestati dott. Walter Di Marzo, e i dottori Leonardo Morlino ed Archimede Roberto Leccese, nella qualità di medici dipendenti dell'Azienda Sanitaria di Potenza, ed in ragione dei compiti e delle funzioni da questi svolte in relazione alla medesima vicenda - chiedendone la

condanna al pagamento, in diversa misura correlata al rispettivo contributo volitivo e funzionale, di complessivi € 7.327.392,54 in favore della Regione Basilicata a titolo di risarcimento del corrispondente danno da questa patito in conseguenza delle irregolarità di

rimborso delle prestazioni sanitarie fornite dalla struttura privata convenzionata ed emerse come verificatesi nel triennio 2014-2016 a seguito di attività amministrativa di verifica all'uopo predisposta ed attuata nel corso del 2017 dagli organi di governo dell'Azienda.

La vicenda, segnalata alla Procura Regionale con due successive note del 7/3/2018 e del 29/3/2019 del Nucleo di Polizia Economico-Finanziaria della Guardia di Finanza di Potenza (quest'ultima contenente anche conferente documentazione riferita al procedimento penale *medio tempore* apertosi su specifiche vicende di reato correlate ai medesimi fatti) induceva il Pubblico Requirente a disporre autonoma istruttoria, includente anche l'esame delle deduzioni e delle informazioni rese in sede di rituale audizione personale da parte degli "allora invitati", oggi convenuti, all'esito della quale è stata delineata la seguente ipotesi accusatoria di danno erariale, sostanzialmente concretizzatasi, secondo le tesi dispiegate in citazione, nell'ingiustificato rimborso, da parte dell'ASP ed in favore della Clinica, di prestazioni sanitarie non corrispondenti all'effettività, ed ottenuto grazie alla "volutamente" errata (da parte della Clinica), e "colpevolmente" ignorata (da parte dei Medici funzionari ASP), descrizione codificata delle stesse, quest'ultima necessariamente funzionale all'ottenimento della controprestazione economica da parte dell'Azienda Sanitaria.

L'atto di citazione, giovandosi dell'intero compendio istruttorio elaborato

dalla Guardia di Finanza, e dal contenuto delle Relazioni formate dal Collegio sindacale dell'ASP e dalla Commissione Aziendale nominata nel 2017 per la verifica straordinaria delle cartelle cliniche, per il triennio 2014-2016, contenenti le Schede di Dimissioni Ospedaliera (SDO), a loro volta costituenti il presupposto della individuazione, tra i tanti ammissibili, del codice generatore della Diagnosis Related Group (DRG) funzionale al rimborso/pagamento della prestazione alla struttura sanitaria, ha rappresentato come emergesse, in modo conclamato, un sistema di irregolarità e di incongruenza tra l'intervento descritto come "effettivamente eseguito" e quello invece codificato nella Scheda di Dimissione Ospedaliera inviata all'ASP per il pagamento, essendo stati riscontrati casi di inappropriata codificazione di ricovero ospedaliero a fronte di prestazioni eseguite in regime ambulatoriale, ovvero casi di codificazione di interventi mai eseguiti o di procedure attivate per complicazioni non realmente verificatesi, ovvero, ed in misura prossima alla sistematicità, casi di erronea codifica di infiltrazione di PRP (Plasma arricchito) "ricodificato" alla stregua di inverosimile intervento chirurgico.

L'analitica disamina delle singole cartelle cliniche formate negli anni 2014, 2015 e 2016 (in totale 7621), delle relative SDO e dei conseguenti DRG consentiva alla speciale Commissione all'uopo istituita di operare un corretto e regolare riscontro tra: 1) le prestazioni fatturate dalla struttura ospedaliera privata con la "propria" codificazione, e chieste a rimborso; 2) il costo dei DDRGG ridefiniti secondo un parametro di effettività e coerenza clinica e, 3) gli importi liquidati in favore della struttura. Da siffatto riscontro si ricavava, previa opportuna preventiva operazione di

recupero del compenso riferito ad una prestazione non liquidata anche se effettivamente svolta con regolare codificazione, un credito dell'ASP, identificato come "Recupero", di € 7.327.392,54.

In particolare, la speciale Commissione tecnica, o ispettiva, istituita con Deliberazione n. 18 del 12/1/2017, ha proceduto al separato esame dei DRRGG 211 (numericamente costituenti una rilevante parte delle rilevate discrasie) i cui risultati venivano approvati con Deliberazione n.461 del 10/7/2017; mentre con successiva Deliberazione n.652 del 18/9/2018 l'Azienda approvava la Relazione finale della predetta Commissione straordinaria comprensiva dell'esame dell'intero fatturato, e dei correlati riscontri in codice, sempre relativi al triennio 2014, 2015 e 2016.

Sulla scorta ed in forza dei predetti atti deliberativi della Direzione Generale, il Commissario dell'ASP, con Deliberazione n.919 del 21/12/2018, approvava il quadro riepilogativo "dare-avere" risultante dai controlli suddetti e definiva, attraverso il raffronto schematico degli importi fatturati, di quelli "congruamente rideterminati e di quelli liquidati, la somma - € 7.327.392,54 - come "recuperabile" dall'ASP ed assunta dal Procuratore regionale quale oggetto della propria iniziativa.

A fronte di siffatte risultanze istruttorie, veniva emesso, in data 27/5/2019, invito a dedurre nei confronti della Clinica Luccioni, in persona del rappresentante legale *pro tempore* dott. Walter Di Marzo, nei confronti di questi anche personalmente perché ritenuto direttamente responsabile del danno in relazione al periodo in cui le condotte vennero poste in essere, con imputazione ad essi dell'intero danno a titolo di dolo ed in via principale; ai dottori Morlino e Leccese veniva invece contestata, in via sussidiaria, una

responsabilità, a titolo di “dolo contrattuale” o comunque di colpa grave, derivante dalla superficiale attività di riscontro dei tabulati contenenti le fatture e dei correlati DRRGG con le prestazioni effettivamente assicurate dalla Clinica, per ciascuno di essi delimitata al periodo di rispettiva titolarità delle funzioni contestate come omesse o irregolarmente svolte (Morlino dall’1/1/2014 al 28/2/2015 e Leccese dall’1/3/2015 al 13/7/2016).

L’invito veniva riscontrato, attraverso la produzione di deduzioni scritte e di audizione personale, dal Di Marzo e dal Morlino: il primo, anche richiamando gli esiti favorevoli di una precedente attività di verifica presso la Clinica, evidenziava come non vi fosse nell’attività di codificazione alcun significativo scostamento da quanto generalmente praticato in consimili strutture per analoghe procedure, sì da escludere qualunque intento doloso; il secondo, rimarcando la particolare complessità del riscontro commesso al proprio ufficio, evidenziava la circostanza, ritenuta decisiva per l’esclusione della propria responsabilità, di intervenute attività di verifica svolte in precedenza da apposite Commissioni sui profili di congruità e di appropriatezza delle prestazioni rese dalla Clinica, ed i cui esiti sostanzialmente positivi, o comunque privi di significativi rilievi, avrebbero legittimamente ingenerato favorevole affidabilità verso il modulo di riscontro nel tempo, e da tempo, adottato.

I predetti argomenti difensivi svolti in sede di audizione personale dagli “invitati”, in quanto ritenuti idonei a valutare ulteriori e diverse rappresentazioni rilevanti per la esatta configurazione della complessa vicenda dannosa, inducevano l’Organo requirente a richiedere una prima proroga del termine per l’emissione dell’atto di citazione, concessa con

Ordinanza n.3 del 2019 sulla scorta della rappresentata e dal Collegio condivisa necessità di approfondire determinati aspetti del vasto materiale probatorio acquisito e parzialmente valorizzato dalle prime deduzioni, onde consentire, come detto, una migliore delimitazione dei profili della conseguente supposta responsabilità.

Una seconda proroga veniva poi concessa con Ordinanza n. 1/2020 al fine di consentire la regolare definizione degli incombenzi istruttori programmati nella inevitabile, ed incolpevolmente, dilatazione della tempistica procedimentale imposta dalla particolare congiuntura socio-sanitaria caratterizzata dalla purtroppo nota “emergenza Covid”: in tale lasso temporale, e precisamente in data 26/6/2020, segnato da maggiore libertà di azione amministrativa, veniva anche disposta l’audizione, ex art.60 c.g.c., della dottoressa Maria Mariani, Dirigente della U.O.C. Strutture private e accreditate dell’ASP., ritenuta di ausilio per la compiuta definizione istruttoria.

Una volta, ed in tal modo, definita l’indagine istruttoria, il Procuratore regionale, ritenendo le argomentazioni difensive, complessivamente svolte, insufficienti a superare le prime contestazioni, si determinava nel senso di formalizzare le stesse nell’atto di citazione oggi all’esame del Collegio.

Il libello accusatorio, premessi i doverosi richiami descrittivi della natura e della vicenda storica del rapporto convenzionale in essere con la Clinica Luccioni, ivi comprese le modalità di effettuazione dei pagamenti e dei correlati controlli sugli stessi da parte dell’Azienda sanitaria, si è ampiamente e minuziosamente soffermato sulla procedura medico-clinica ed amministrativa preordinata, nel rispetto di regole normative di natura

legislativa e regolamentare, a generare quel codice identificativo della prestazione sanitaria resa dalla struttura convenzionata - il DRG - necessario per l'ottenimento delle remunerazione della stessa, successivamente evidenziandone, a sostegno delle ragioni di accusa, gli artificiosi scostamenti, o vere e proprie manipolazioni, che, per tipologia di prestazione, avrebbero consentito alla Clinica, con il colpevole lassismo registrato in sede di attività di controllo "pubblico-aziendale", di vedersi riconoscere compensi di gran lunga maggiori rispetto a quelli dovuti per le prestazioni realmente rese, a tal fine richiamando il conforto probatorio costituito dalle singole cartelle cliniche oggetto di scrutinio da parte della Commissione nominata nel 2017.

L'atto di citazione ha così individuato tre tipi di irregolarità imputabili alla cosciente volontà della Clinica:

- codifica assolutamente scorretta ed opportunistica di talune prestazioni dall'inquadramento non univoco (tra le quali il PRP) che consentiva di generare tariffe molto più elevate del dovuto;
- alterazione in termini di codice della SDO;
- radicale manomissione della SDO (fattispecie limitata a 115 cartelle oggetto di giudizio specifico in sede penale) dalla quale si facevano discendere DRG alterati.

Siffatte irregolarità, costitutive di illecito erariale, a parere del Requirente pubblico, per quanto riconducibili ad una precisa e ben rappresentata volontà della Clinica di lucrare ingiuste remunerazioni a fronte di non corrispondenti prestazioni, risultano compiutamente definite ed integrate, dalla, quanto meno, gravemente colpevole assenza di ogni plausibile

riscontro da parte dei funzionari medici preposti alla Unità Operativa all'uopo costituita, i quali avrebbero, di contro, dovuto rilevare, con la qualificata diligenza e professionalità ritenuta esigibile, le patenti e manifeste incongruenze emergenti dai documenti sottoposti al proprio controllo. Donde la responsabilità sussidiaria dei dottori Morlino e Leccese in ragione del rispettivo periodo di titolarità della funzione del controllo di "congruità" che, a differenza del controllo di "appropriatezza", si concentra sui necessari profili di coerenza tra quanto descritto in cartella clinica e SDO e quanto, coerentemente, codificato in DRG.

Al dott. Leccese, in particolare, è stata contestata, con riferimento a 115 Cartelle cliniche falsificate dalla struttura privata ed oggetto di doppia fatturazione finalizzata al conseguimento di un maggiore e non dovuto rimborso, una condotta dolosamente omissiva, tradottasi in "compiacente" controllo, preordinata ad agevolare e determinare l'ingiusto arricchimento. Sulle predette tipologie di controlli, sulla diversa natura e funzione agli stessi demandata, e sul decisivo rilievo da riconoscersi al controllo di congruità, attribuito alla U.O. dell'ASP, per il riscontro delle irregolarità denunciate, si è ampiamente soffermato l'editto accusatorio al fine di contrastare l'argomento difensivo convintamente dispiegato dai medici pubblici incentrato sul necessario coinvolgimento nelle vicenda di due Commissioni di indagine costituite dall'ASP nel mese di giugno e nel mese di novembre del 2015 sulle attività della Clinica, ed i cui esiti, sostanzialmente "neutri" per quanto di odierno interesse, risulterebbero sostanzialmente scriminanti della colpa grave ai medesimi contestata.

L'atto di citazione si è curato, infine, anche per avversare le eccezioni

difensive involgenti la effettività delle condotte e l'attualità del danno, di ribadire l'autonomia e la specifica funzione dell'iniziativa recuperatoria rimessa alla Procura erariale in quanto affrancata da qualsivoglia pregiudizialità, non necessaria, rispetto a coesistenti iniziative in essere nelle sedi giudiziarie amministrative, civili o penali nonché la provvista di giurisdizione nei confronti della Clinica e del proprio rappresentante legale in proprio, all'uopo richiamando conferente giurisprudenza della Cassazione e della Corte dei conti.

Sulla scorta delle sintetizzate ragioni di accusa, il Procuratore regionale ha imputato alla Clinica Luccioni S.p.A. ed al suo amministratore "*pro tempore*" Walter Di Marzo, in via principale, in solido ed a titolo di dolo, l'intero danno di € 7.327.392,54.

Al dott. Leccese, nel caso di condivisa prospettazione dolosa della condotta da questi tenuta nell'intera gestione della propria attività di controllo (marzo 2015-maggio 2016) il danno di € 1.917.338,72; nel caso di dolo ravvisabile nella sola condotta riferita alle 115 Cartelle cliniche falsificate ed oggetto di doppia fatturazione, il danno di € 314.924,00 in via principale ed in solido con la Clinica ed il Di Marzo, e il danno rimanente pari ad € 1.602.414,72 in via sussidiaria ed a titolo di colpa grave; in via ulteriormente gradata, nel caso di ravvisata colpa grave nell'intera condotta, il danno di € 1.917.338,72 in via sussidiaria.

Al dott. Morlino, in ragione della carica da questi ricoperta fino al febbraio 2015, il danno di € 5.550.712,43 a titolo di colpa grave ed in via sussidiaria.

L'atto di accusa è stato contrastato dai convenuti che, con distinte memorie depositate in prossimità della odierna udienza di discussione, hanno

sollevato comuni o specifiche eccezioni volte ad invalidare, in rito, l'iniziativa recuperatoria formalizzata in citazione, ed a rappresentare, nel merito, l'assenza di alcun tratto di illiceità nella gestione dei fatturati invece oggetto di censura da parte del Procuratore erariale.

In particolare, è stata sollevata da tutti i difensori (con adesione dell'avv. D'Urso manifestata nel corso dell'udienza e corredata da memoria all'uopo depositata) l'eccezione di nullità dell'atto di citazione per asserita violazione degli artt. 67, c.7 e 55, c.1 del c.g.c. discendente dall'omesso coinvolgimento degli "allora invitati a dedurre" nel confronto valutativo sugli "ulteriori accertamenti" svolti dal Procuratore a seguito della concessa proroga: ad avviso delle difese, il risultato di tali ulteriori accertamenti sarebbe stato da comunicare agli invitati attraverso la rinnovazione dell'invito a dedurre, e lo stesso avrebbe dovuto includere anche elementi favorevoli alla posizione degli invitati, donde l'eccepita nullità della citazione.

E' stata poi rappresentata la necessità, o almeno la stringente opportunità, da parte di tutti i difensori, di sospendere il giudizio odierno a causa della contemporanea pendenza di procedimenti, vertenti su dirimenti aspetti, oggettivi e soggettivi, della medesima vicenda per cui è oggi causa, nella sede penale, civile ed amministrativa.

L'avv. Ricciardelli, difensore della Clinica Luccioni e del dott. Walter Di Marzo anche personalmente, ha eccepito il difetto di legittimazione passiva di quest'ultimo, sulla scorta della ritenuta assenza di legame funzionale personale con la struttura pubblica presuntivamente danneggiata ed ha, anche, insistito per una esatta quantificazione dei rapporti dare-avere tra

ASP e Clinica Luccioni sulla base della documentazione contabile detenuta dall'Amministrazione sanitaria.

Analoga eccezione, riferita al periodo di titolarità della funzione di riscontro ricoperta, è stata sollevata dalla difesa del dott. Morlino - avv. Mario D'Urso - che si è curata di evidenziare come non fosse configurabile in capo al medesimo alcun esclusivo ed assorbente compito di svolgimento dei controlli di congruità, in considerazione del contenuto del contratto regolante il rapporto convenzionale tra la clinica e l'ASP, che prevedeva soltanto, secondo la prospettazione difensiva, controlli di appropriatezza (cfr art. 10) e, con rilievo attinente al merito della grave colpa ascrittagli, (in ragione) della complessità ed alta specializzazione richiesta da siffatti riscontri.

L'avv. D'Urso ha anche eccepito la parziale prescrizione per i pagamenti effettuati dall'ASP in favore della Clinica Luccioni dall'1/1/2014 al 5/6/2014 in quanto avvenuti oltre il termine quinquennale di cui all'art.1, l. n.20/1994.

Con riferimento ai controlli, poi, tutte le difese hanno rappresentato come nel corso dell'anno 2015 fossero state eseguite due indagini ispettive, ordinate dalla Direzione Generale ASP, sull'attività della Clinica, i cui esiti, improduttivi di significativi rilievi in punto di gestione e predisposizione dei DDRGG oggi contestati, si rivelavano di conforto verso il corretto operato tanto della Clinica che degli Organi di controllo, donde l'assenza di colpa grave.

Nel corso della precedente udienza del 12/1/2021, veniva in via preliminare esaminata l'eccezione di violazione degli artt. 88 c. 3 e 86 c. 10 del c.g.c.:

osservavano i difensori della Clinica Luccioni S.p.A. e del suo Amministratore Walter Di Marzo, che tra la notifica dell'atto di citazione – avvenuta presso la sede/residenza dei propri assistiti - e la data di svolgimento dell'odierna udienza, non sussistessero i termini liberi di comparizione, non minori di novanta giorni, imposti dalle succitate disposizioni. L'eccezione alla quale si associava, in udienza, l'avv. D'Urso in rappresentanza e difesa del dott. Morlino, veniva avversata dal P.M. d'udienza che asseriva la regolarità del perfezionamento della notificazione per come disposta attraverso il consentito strumento della Posta Elettronica Certificata verso i difensori eletti nella fase preprocessuale.

In esito alla Camera di consiglio all'uopo immediatamente svolta, con ordinanza pronunciata in udienza ed inserita nel processo verbale, il Collegio ha respinto la suddetta eccezione in considerazione della ritenuta regolarità delle notifiche dell'atto introduttivo del giudizio a mezzo PEC al domicilio digitale dei difensori nominati nella fase preprocessuale, secondo quanto previsto dall' art. 6 c. 4 e dall'art. 29 c. 2 del c.g.c.

All'esito della predetta udienza, il Collegio, in ragione della ritenuta necessità di acquisire maggiori dettagli e chiarimenti in riferimento ai criteri determinativi del danno dedotto in citazione, emetteva ordinanza intesa al conseguimento da parte degli Organi della Direzione Generale dell'ASP Potenza, di precisazioni e riscontri riferiti agli importi effettivamente pagati alla Clinica negli anni 2014/2016, e sintetizzati nel Quadro di Contabilità-Totale riportato nella Deliberazione Commissariale n.919 del 2018, descrittiva del “saldo finale da recuperare” ricavato dal raffronto dei DRRGG artatamente manomessi o comunque irregolarmente codificati e

quelli ritenuti, invece, appropriati. Ulteriore precisazione veniva poi richiesta per conoscere la sorte delle prestazioni (115 cartelle oggetto di indagine penale ed evento disvelatore della intera vicenda) di cui le difese, unanimemente, eccepivano la non intervenuta fatturazione, e dunque la irrilevanza ai fini della quantificazione del danno in contestazione.

In data 19/5/2021 l'ASP trasmetteva la nota prot. n.52432 di riscontro alla ordinanza menzionata, inviando copia dei mandati di pagamento e delle fatture relative alla 115 cartelle cliniche, confermando l'esattezza degli importi finali riportati nella Delib. n. 919/2018, e precisando che il saldo finale degli stessi, concludente verso un credito ASP di € 7.327.392,54, non includeva alcun riferimento alle prestazioni delle 115 cartelle, mai fatturate e, dunque, mai liquidate.

Si perveniva, così, alla odierna udienza di discussione, in prossimità della quale l'avv. Michele Lioi provvedeva ad inviare "*produzione documentale attestante pluralità degli incarichi svolti dal dott. Leccese nel corso del distacco ASP*"; gli avv.ti Ricciardelli e D'Urso, alla luce dei risultati dell'avvenuto espletamento di istruttoria, depositavano ulteriori memorie e note difensive, nelle quali venivano ribaditi ed ulteriormente corroborati gli argomenti di difesa già dispiegati nelle precedenti produzioni defensionali, con conseguente richiesta confermativa di assoluzione dagli addebiti mossi.

Il P.M., nella memoria del 29/9/2021 (corredata dalla sentenza n.05716/2021 con la quale la Terza Sezione del Consiglio di Stato aveva respinto le istanze della Clinica Luccioni di annullamento di varie delibere giuntali e dirigenziali della Regione Basilicata e dell'ASP, nonché delle note di credito emesse da quest'ultima nei confronti della Clinica stessa), ha

confutato le asserzioni contenute nelle memorie dei convenuti perché infondate, ribadendo la prospettazione “coerente ed univoca” della citazione, altresì precisando che le somme chieste a titolo di danno erariale non includessero le somme indebitamente fatturate per le 115 cartelle. L’Attore Pubblico, nel proprio scritto di causa, precisava anche, con riferimento alla posizione del convenuto Leccese, che il riferimento svolto in citazione all’importo correlato alle 115 cartelle non valesse ad integrare la quantificazione, del danno al medesimo ascritto in ragione del contributo causale rivestito in vicenda, ma, in una prospettiva di diversa rilevanza dell’elemento psicologico, fosse stato utilizzato solo per “graduare” la qualificazione del requisito soggettivo, senza alcuna rilevanza in punto di determinazione della quota di danno.

Le ulteriori osservazioni contenute nello scritto di Parte Pubblica confermavano ed ulteriormente precisavano i principali argomenti di accusa dispiegati e dettagliatamente analizzati nel libello introduttivo, di cui si chiedeva l’integrale accoglimento.

Nel corso dell’odierno dibattimento, le parti hanno convintamente ribadito gli argomenti dettagliatamente rappresentati nei rispettivi scritti di causa, ulteriormente approfondendo aspetti di merito e di rito ritenuti rilevanti per suffragarne le opposte conclusioni.

La causa veniva pertanto trattenuta in decisione.

Considerato in

DIRITTO

La fattispecie dannosa portata all’esame del Collegio delinea una ipotesi di responsabilità per la ottenuta, e non dovuta, remunerazione, in favore della

Clinica Luccioni S.p.A., di prestazioni assistenziali di cura e degenza rese in favore di pazienti ivi ricoverati negli anni 2014, 2015 e 2016 per un complessivo ammontare di € 7.327.392,54.

Il danno, costituito dalla differenza tra le prestazioni fatturate dalla Clinica - e ritenute alterate - e quelle effettivamente coerenti con gli interventi effettuati, viene imputato, in via diretta e solidale, alla Clinica Luccioni S.p.A. ed al suo Amministratore *ratione temporis* in carica, dott. Walter Di Marzo, ed in via sussidiaria, in ragione della diversa qualificazione del contributo causale apportato, ai dottori Leonardo Morlino ed Archimede Leccese, medici dipendenti dell'ASP di Potenza preposti all'assolvimento dei compiti di controllo delle attività di rimborso per il periodo di rispettiva titolarità della carica (Morlino dal 1/1/2014 al 28/2/2015 e Leccese dal 1/3/2015 al 13/7/2016).

Tutti i convenuti, regolarmente costituitisi in giudizio, contestano la domanda risarcitoria, eccependone, nel merito, l'infondatezza con argomenti volti a valorizzare la correttezza del proprio operato, ed evidenziandone, in via preliminare, l'inammissibilità con deduzioni "in rito" che il Collegio esamina di seguito.

- LE ECCEZIONI PRELIMINARI

Comune a tutte le difese è l'istanza di sospensione del processo amministrativo contabile, *ex art.106 c.g.c.*, in forza della contemporanea esistenza, per gli stessi fatti oggetto dell'odierno giudizio, di diversi contenziosi pendenti in sede civile, amministrativa e penale (ricorso TAR di impugnazione Delibera ASP n.652/2018 di contestazione delle indebite remunerazioni; giudizi di opposizione a D.I. relativi a pagamenti di

corrispettivi per prestazioni rese dalla Clinica negli anni 2014, 2015 e 2016; processo penale pendente a carico del dott. Di Marzo ed altri dipendenti della Clinica quivi non convenuti), e con questo ritenuti interferenti fino al punto di inficiarne la coerenza di giudizio per il paventato rischio di conflitto tra giudicati.

Tale eccezione, precisa il Collegio, si riverbera anche sul merito del dedotto danno, e sarà quindi oggetto di esame anche nel prosieguo della trattazione.

Il Collegio, su tale prima specifica eccezione, osserva che la responsabilità amministrativa è governata da principi e presupposti che ne determinano l'assoluta specialità nel sistema delle tutele, che impongono un accertamento dei fatti materiali, anche se identici, autonomo e specifico in relazione alla violazione degli obblighi di servizio gravanti sul pubblico dipendente e/o agente contabile, essendo tali fatti concettualmente diversi da quelli costituenti il fondamento dell'azione penale, la verifica della legittimità amministrativa dell'atto, ovvero l'accertamento dei rapporti di debito e/o credito tra le parti.

La tutela delle risorse erariali affidata alla Corte dei conti è caratterizzata, nelle diverse declinazioni sostanziali e processuali, da regole e modalità di accertamento che non tollerano, né esigono, moduli di "consequenzialità processuale derivata" se non nei casi di stringente pregiudizialità giuridica, ravvisabile solo quando -*ex art.106 c.g.c.*- la controversia civile, penale o amministrativa di cui si assume la necessaria previa definizione, costituisca il necessario antecedente, non logico ma giuridico, dal quale dipenda la decisione della causa pregiudicata, ed il cui accertamento sia richiesto con efficacia di giudicato.

Non si ravvisa, nelle rappresentate deduzioni difensive, la sussistenza di una pregiudizialità penale il cui accertamento si riveli indispensabile per la definizione del processo amministrativo contabile, essendo le contestazioni in quella sede mosse non riferibili alla specifica ipotesi accusatoria quivi vagliata, essendo l'oggetto del comportamento da valutarsi in questa sede quello costituito da una "politica gestionale" frutto di plurimi comportamenti confluenti verso una precisa scelta aziendale, e non – come invece sostenuto dalle difese – quello identificabile in singoli atti e/o deliberati integranti ipotesi di reato tipizzate; non si apprezza, inoltre, la potenziale interferenza degli effetti discendenti dall'esito del giudizio amministrativo pendente con l'accertamento delle responsabilità correlate a comportamenti ritenuti lesivi della integrità delle ragioni erariali; né, infine, si rinviene rapporto di pregiudizialità necessaria tra le statuizioni da rendersi in sede civile (e volte alla definizione dei rapporti obbligatori in essere tra la Clinica e l'ASP) e l'accertamento del danno finanziario pubblico, essendo le potenziali identiche condanne derivanti dalle diverse sedi giudiziarie risolvibili nella fase esecutiva dei rispettivi giudicati. Tale ultimo aspetto, come anticipato *supra* sarà ulteriormente chiarito in prosieguo della trattazione "in merito".

Peraltro, il materiale probatorio e documentale acquisito al fascicolo si rivela utile e sufficiente per la compiuta definizione delle valutazioni di giudizio rimesse dall'Ordinamento a questa Corte dei conti.

L'eccezione di sospensione è così da respingersi.

Le difese hanno, poi, deducono la nullità dell'atto di citazione per asserita violazione degli artt. 55, 67 ed 87 del Codice di Giustizia Contabile, e

derivante dalla ritenuta genericità degli addebiti contestati, dalla mancata rinnovazione dell'invito a dedurre alla luce delle risultanze del supplemento istruttorio disposto dal Pubblico Ministero a seguito della richiesta ed ottenuta proroga del termine per l'emanazione dell'atto di citazione, e dall'omesso accertamento delle circostanze e dei fatti a favore della persona ritenuta responsabile, sì da compromettere il regolare dispiegamento dell'attività difensiva.

L'eccezione non merita accoglimento.

Il comma 7 dell'art.67 c.g.c. conferisce al Pubblico Ministero il potere di svolgere, successivamente all'invito a dedurre, attività istruttorie discendenti dalla necessità di compiere accertamenti su ulteriori elementi di fatto emersi a seguito delle controdeduzioni o in caso di ricorrenza di situazioni nuove rispetto alla precedente istruttoria, che siano tali da non rendere necessaria l'emanazione di un nuovo invito a dedurre, con obbligo di comunicazione delle nuove risultanze ai soggetti invitati.

Risulta dagli atti di causa che in data 31/7/2020 il Pubblico Ministero ha provveduto ad inviare, *ex art.67,c.7 c.g.c.* a tutti i soggetti "invitati" la comunicazione di intervenuta acquisizione di una nuova Relazione della Guardia di Finanza di Potenza (Nucleo di Polizia Economico Finanziaria n.23882/2020) e di espletata audizione *ex art.60 c.g.c.* della dottoressa Maria Mariani, Dirigente di struttura Complessa presso l'ASP di Potenza, il contenuto della cui deposizione viene dalle difese indicato quale principale e qualificante "perno accusatorio", e dunque meritevole della conoscenza ritenuta invece, ed erroneamente per quanto precisato, violata.

Del resto, osserva il Collegio, la necessità degli ulteriori accertamenti

previsti e disciplinati dal predetto art.67, c.7 intende proprio salvaguardare e favorire il pieno espletamento del “contraddittorio anticipato” nell’ottica della naturale ed ovvia valutazione di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa dedotta nell’invito a dedurre, ivi compresi quelli favorevoli alla posizione degli invitati, le cui iniziali deduzioni, come nel caso all’esame, hanno richiesto la necessaria attivazione di nuova e più specifica istruttoria, il cui esito, evidentemente, e logicamente, potrà decolorare o rafforzare, o semplicemente confermare, le iniziali tesi accusatorie, senza alcun automatismo peggiorativo o migliorativo della posizione dei singoli invitati, pena lo svilimento della completezza istruttoria a presidio della quale siffatto atto procedimentale preprocessuale è, anche, posto.

L’invito a dedurre risulta, poi, preciso e dettagliato con riferimento alla condotta commissiva ed omissiva imputata a ciascuno dei soggetti invitati, armonicamente inserito, quale atto preprocessuale, nell’ipotesi accusatoria formulata dal Pubblico Ministero, corredato dai necessari riferimenti istruttori e coerente con il successivo atto di citazione, rivelandosi in quest’ultimo confermata e ribadita la sostanza e la *ratio* complessiva degli illeciti in quello contestati.

Sempre in via preliminare, l’avv. D’Urso, in rappresentanza del convenuto dott. Leonardo Morlino, eccepisce la parziale prescrizione della domanda risarcitoria reclamante i pagamenti effettuati dall’ASP in favore della Clinica Luccioni ricompresi nel periodo 1/1/2014-5/6/2014 (periodo di titolarità della carica del convenuto all’ufficio preposto al controllo), in quanto temporalmente anteriori al 5/6/2019, data, quest’ultima, di

intervenuta notificazione dell'invito a dedurre interruttivo del termine prescrizione quinquennale, la cui decorrenza iniziale, ad avviso del predetto difensore, sarebbe da fissarsi nella data dell'1/1/2014, momento di iniziale verifica del fatto dannoso suscettibile di "conoscibilità obiettiva" e quindi idoneo all'utile esercizio dell'azione recuperatoria, e la cui posticipazione al successivo momento -peraltro non indicato- del "disvelamento" (evidentemente correlato alla fattispecie del normativamente disciplinato occultamento doloso) non sarebbe riferibile al concorrente evocato in giudizio a titolo di colpa grave.

A sostegno della sollevata eccezione, l'avv. D'Urso si cura di richiamare, in sede di memoria depositata in prossimità della odierna udienza, il principio enunciato dalla Sez. III App. nella Sent. n.20/2021 alla stregua del quale (pag.3 memoria avv. D'Urso del 27/9/2021) "*...l'occultamento doloso del danno da parte dell'autore dell'illecito erariale chiamato in giudizio in via principale ed a titolo di dolo impedisce ("non impedisce"? n.d.r.) il decorso della prescrizione nei confronti di chi sia chiamato a rispondere del danno per colpa grave ed in via sussidiaria...*".

Ritiene il Collegio che il richiamato precedente giurisprudenziale non rilevi nel caso in esame, *in primis* perché nella fattispecie vagliata dal Giudice del gravame veniva posta in risalto la necessità di salvaguardare le diverse decorrenze temporali costituite dalla "conoscibilità obiettiva" correlate a distinti atti processuali disvelatori dei contorni qualificatori essenziali dell'illecito contestato, *in secundis* perché l'occultamento doloso del danno, integrato dalla stessa attività manipolatoria dei DRRGG, risulta disvelato per tutti i convenuti soltanto dalla intervenuta redazione delle Relazioni del

2017 commissionate dalla Direzione Aziendale, più volte richiamate.

In particolare, con riferimento al caso in esame, il Collegio, nel richiamare gli orientamenti giurisprudenziali consolidati ai quali si uniforma, precisa che l'esordio della prescrizione quinquennale decorre da un momento successivo a quello di svolgimento dell'attività - *id est* i pagamenti - della cui liceità si discute, da individuarsi nel momento dell'emersione del danno dolosamente occultato e conseguente conoscibilità dei fatti da parte dell'Amministrazione danneggiata, titolare dell'obbligo di denuncia.

E tale momento di obiettiva conoscibilità, rilevante per tutti i convenuti odierni indipendentemente dal titolo di imputazione soggettiva (cfr *ex plurimis*: Sez. I app. n. 80/2010, Sez. Basilicata n. 129/2011, Sez. Veneto n. 176/2015), è da individuarsi nella trasmissione delle Relazioni formate dalle Commissioni incaricate della verifica straordinaria delle cartelle cliniche con Deliberazione ASP n.18 del 12/1/2017, ed approvate dall'Amministrazione con Deliberazione n.461/2017 (Relazione del 18/6/2017) e con Deliberazione n.652/2018 (Relazione del 7/11/2017).

Essendo stato notificato l'invito a dedurre del 27/5/2019 a tutti i convenuti in date successive a quella di emissione dello stesso, il diritto al risarcimento così azionato non risulta prescritto.

- **IL MERITO: IL DANNO E LE CONDOTTE**

L'esame del merito delle opposte tesi sostenute dalle parti nella vicenda per cui è causa impone al Collegio di procedere, dapprima, alla verifica della sussistenza del contestato danno e, in caso di successivo affermato accertamento, (alla verifica) della imputazione dello stesso ai soggetti convenuti.

Il Pubblico Ministero addebita in via diretta ed immediata, ed a titolo doloso, alla Clinica ed al suo Amministratore *pro tempore* l'intero danno di € 7.327.392,54, ed in via sussidiaria, ed in misura parziale, il danno di € 5.550.712,43 al dott. Leonardo Morlino ed il danno di € 1.917,338,72 al dott. Archimede Leccese, entrambi ritenuti responsabili, in ragione del tempo di rispettiva titolarità dell'ufficio di controllo ricoperto, delle superficiali ed inadeguate attività di controllo rivelatesi determinanti per il conseguimento degli ingiusti profitti da parte della Struttura convenzionata. Per tali ultimi due funzionari medici l'elemento psicologico riferito dal P.M. alla condotta dai medesimi tenuta viene identificato (subordinatamente all'ipotesi dolosa per il solo dott. Leccese) alla grave colpa concorrente.

In ordine alla sussistenza del danno, non appare controvertibile che negli anni 2014, 2015 e 2016 si siano verificate continue e gravi irregolarità ed incongruenze nella gestione delle prestazioni rese ai degenti della Clinica, sostanzialmente costituite dalla incoerenza, strumentale al conseguimento di un rimborso non spettante, tra interventi descritti ed interventi codificati nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) trasmessa all'ASP per il pagamento.

La S.p.A. Clinica Luccioni alla quale sono mosse le contestazioni in esame sottoscrisse (Amministratore Unico il dott. Walter Di Marzo) in data 11/7/2014 con l'ASP di Potenza il contratto per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere in ortopedia e chirurgia generale in regime di ricovero per 28 posti letto.

Le procedure di liquidazione delle prestazioni di diagnosi e cura ed il regime dei controlli erano regolamentati dagli artt. 9 e 10 del contratto.

I controlli prevedevano l'effettuazione di verifiche sulla regolarità delle prestazioni effettuate e sulla correlata tariffazione demandate alla competente Unità Operativa Aziendale dell'ASP, nel caso dedotto, ed in successione temporale, ai dottori Morlino e Leccese.

I controlli espletabili, in ragione dell'oggetto, venivano distinti, anche aderendo al Programma regionale di controllo di cui alla Delib. G.R. n.534/2015, in "Controlli di appropriatezza" sul mantenimento dei requisiti strutturali ed organizzativi della Clinica, e "Controlli di congruità" - la cui omissione o superficiale gestione è oggetto di odierna contestazione - sulla regolarità delle effettuazione delle prestazioni e della tariffazione, imperniate sulla dinamica fra Cartella clinica, contenente la SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), e la classificazione DRG (Diagnosis Related Groups): i contenuti della prima si riversano nel raggruppamento omogeneo di diagnosi posto a fondamento del rimborso, e generato tramite un sistema informatico, donde "la particolare complessità" eccepita dal Morlino a difesa della invece contestata negligenza professionale serbata.

La continua irregolare codifica delle SDO risulta accertata e verificata dalle Commissioni Aziendali nominate dall'ASP con Delibera n. 18/2017, ed è documentata e comprovata dai riscontri, numericamente imponenti, effettuati su ogni singola cartella clinica e sul correlato referente classificatorio preordinato al rimborso.

Le risultanze istruttorie hanno consentito di verificare come i DD.RR.GG. venissero scientemente alterati rispetto agli interventi effettivamente resi e risultanti dalle Cartelle cliniche, e come venissero richiesti, ed ottenuti, rimborsi per prestazioni non contrattualizzate.

Prendendo le mosse dalla condotta di alterazione scorretta di un DRG, il Collegio constata che, nell'atto di citazione, complesso e di elevato spessore tecnico, il Pubblico Ministero si è premurato di descrivere in dettaglio, attraverso la narrazione particolareggiata dei casi - quale l'infiltrazione di plasma arricchito di piastrine PRP - i comportamenti tenuti dalla Struttura privata per conseguire una scorretta codificazione in eccesso, e lucrare, conseguentemente, un rimborso non coerente, e sensibilmente maggiore, a titolo di ingiusto corrispettivo.

Le tesi di accusa elaborate in citazione, in quanto sorrette da riscontri probatori evidenti desunti dalla ricordata verifica delle singole cartelle, delle SDO e dei DRRGG, appaiono al Collegio inconfutabili, ed effettivamente non confutate se non con argomenti "di sistema" richiamanti la tradizionale codificazione utilizzata nel tempo ovvero l'analogo utilizzo del criterio in contestazione anche da parte di consimili strutture pubbliche operanti in Regione, e costituiscono argomentata prova del danno reclamato in risarcimento, risultando, dalle conclusioni tratte dalla più volte ricordata Commissione di verifica straordinaria e fatte proprie dal Procuratore Regionale, che, anche in assenza di una puntuale e tecnicamente pertinente codifica degli interventi effettuati, la Clinica si era sempre determinata nel senso di "optare" per una classificazione massimamente onerosa e platealmente affrancata da credibili e verosimili inerenze mediche e terapeutiche inerenti o prossime all'intervento realmente effettuato.

La Clinica, in altre parole, ha "scelto", tra le varie opzioni disponibili, di gestire ed amministrare la fase del rimborso prestazioni "al rialzo", assumendo quale linea politica aziendale quella del "costo più alto", trascurando qualsiasi ipotesi di dubbio

operativo.

Tale “scelta aziendale” ha quindi trovato agevole sponda nella sgranata ed imperfetta rete di controllo pubblico, ancora una volta scontante difetti di diligenza personale e di incompetenza, ma anche falle di sistema endemiche e purtroppo correlate alla triste e pernicioso assenza di una “seria cultura dei controlli” sulla gestione di risorse finanziarie pubbliche, finendo col declinare “la comune appartenenza” del denaro verso la deriva della indifferenza dello scopo dello stesso.

Le risultanze istruttorie ricavate dai lavori delle Commissioni nominate con Delibera del Direttore Generale n.18 del 12 gennaio 2017, compendiate nella Delibera n.919 del 21 dicembre 2018, consentono al Collegio di configurare un quadro dettagliato e preciso del danno recato all’ASP in conseguenza della errata codificazione del DRG 211 - infiltrazione PRP – (Relazione del 18/6/2017) e delle restanti errate codificazioni (Relazione del 7/11/2017).

Il quadro riepilogativo sintetizzato nella richiamata Delibera n.919/2018 espone la misura totale del recupero ASP desunta dalle prestazioni distintamente svolte in Regione e fuori Regione.

Il dato che se ne ricava, al netto delle prestazioni di radiologia non liquidate, è pari ad € 7.327.392,54: tale dato risulta perfettamente coincidente con il totale degli importi indicati a pag. 7 della citazione quale partita di danno determinata a seguito delle disposte “compensazioni” (vale a dire le somme che, pur spettanti alla Clinica, sono state trattenute in forza del pregresso debito).

Più precisamente, ed al fine di valorizzare il compendio probatorio posto dalla Pubblica Accusa a sostegno delle proprie ragioni di causa, il Collegio evidenzia che l’esame istruttorio demandato alla Commissione straordinaria istituita con Deliberazione n.18 del 12/1/2017 si è tradotto nella verifica di 7621 cartelle cliniche, in parte riguardanti

il solo DRG 211 (1030 cartelle riferite alla infiltrazione di PRP), ed ha trovato esito, come anticipato *supra*, in 2 Relazioni, trasmesse agli Organi amministrativi dell'ASP in data 18/6/2017 (DRG 211) e 7/11/2017 (totale DRRGG).

Per arrivare al conteggio complessivo del danno si deve attendere il 22/10/2018, quando la G. di F. acquisisce dalla dott.ssa Mariani, "*...I prospetto riassuntivo con cui veniva aggiornata, alla data del 30.09.2018, la situazione 'dare-avere' della Clinica Luccioni S.p.A. alla luce delle risultanze dei controlli effettuati dalla commissione incaricata con delibera n. 18 del 12.01.2017 della Direzione Generale, al netto delle compensazioni, decurtazioni e delle note di credito effettuate nei confronti della medesima struttura privata*" (cfr. Verbale di operazioni compiute del 22/10/2018, versato in fascicolo).

Nel frattempo, la Clinica aveva fatto ricorso per decreto ingiuntivo (Trib. Pz, n. 861/2017 del 14/11/2017) nei confronti dell'ASP per un ammontare pari ad € 6.134.596,53 (in ragione, fra l'altro, della ritenuta erronea applicazione delle norme in materia di formazione dei tetti di spesa in sanità). Del pari, aveva instaurato un contenzioso amministrativo in ordine alla asserita illegittimità di diversi atti e provvedimenti dell'ASP, fra cui le note con cui questa aveva richiesto, in due occasioni, l'emissione di note di credito, rispettivamente la prima per € 1.989.142,76; la seconda, per € 4.811.628,92. Vale notare che tutte le impugnative innanzi al G.A. sono state fin qui rigettate (da ultimo, v. Cons. St., III Sez., n. 5716/2021; TAR Basilicata, n. 673/2021). In particolare, il Consiglio di Stato ha espressamente affermato che, diversamente da quanto sostenuto dalla clinica, i tetti di spesa sono stati congruamente determinati dalla Regione.

Vale pure sottolineare che, secondo l'ASP, il prospetto consegnato alla G. di F. nell'istruttoria della Procura amministrativo-contabile "riporta la quantificazione della somma [...] a superamento delle precedenti contestazioni tutte", ovvero ancora la "definitiva contestazione" alla Clinica, quindi un punto di arrivo nella determinazione della pretesa dell'Amministrazione nei confronti della struttura privata.

Ne risulta: PROSPETTO DEFINITIVO DELLE SOMME DA

RECUPERARE PER L'ASP (corrisponde al danno richiesto in citazione)

Quadro contabilità (ospedaliera) - REGIONE

Anno	Fatturato contabilità	Fatturato congruo	Liquidato	Tetto	Recupero ASP
2014	3.988.303,78	1.710.930,68	3.937.902,60	3.977.902,60	2.226.971,92
2015	4.183.146,02	2.207.436,17	3.045.481,00	3.045.481,00	838.044,83
2016	3.244.852,59	2.139.749,17	1.841.851,75	3.045.481,00	-297.897,42
	11.416.302,39	6.058.116,02	8.825.235,35		2.767.119,33

Quadro contabilità (ospedaliera) - EXTRA REGIONALE

Anno	Fatturato contabilità	Fatturato congruo rideterminato	Liquidato	Tetto	Recupero ASP
2014	6.997.612,70	4.053.666,08	6.997.459,39		2.943.793,31
2015	7.155.668,80	5.134.967,34	6.955.205,87		1.820.238,53
2016	6.580.240,24	4.942.264,59	1.967.982,91	1.967.982,91	0,00
	20.733.521,74	14.130.898,01	15.920.648,17		4.764.031,84

Totale recupero ASP: 7.531.151,17

Al quale vanno detratti € 203.758,63 da prestazioni non liquidate alla Clinica per la contabilità di Radiologia negli anni 2016-2017-2018 (da gennaio a settembre), giungendo così al totale generale contestato nell'atto di citazione, pari ad **€ 7.327.392,54**.

In ordine alla predetta entità finanziaria del documento erariale il Collegio osserva che

la stessa appare correttamente definita ed elaborata attraverso il puntuale riscontro – svolto in via istruttoria – delle singole cartelle cliniche da parte delle più volte ricordate Commissioni.

Da tali risultanze istruttorie il Collegio non ha motivo di discostarsi, essendo state le stesse eseguite con attenzione e cura specificatamente rivolte alla verifica della coerenza tra momento classificatorio ed evento prestazionale effettivamente reso.

Né tali criteri, nel merito, risultano efficacemente contrastati dalle difese, le quali, come ricordato *supra*, hanno concentrato la propria forza argomentativa verso i richiami ad analoghe fattispecie verificatesi in situazioni ospedaliere regionali e verso la asserita nebulosità dei criteri classificatori comunque presenti nel manuale.

Siffatti argomenti non appaiono al Collegio convincenti perché, come detto prima, inidonei a spiegare il motivo della sistematica opzione verso il più vantaggioso e favorevole criterio di classificazione più remunerativo.

Né appaiono dotati di efficacia persuasiva le deduzioni difensive finalizzate a conseguire la detrazione, dall'eventuale danno, delle somme successivamente conseguite dalla Regione Basilicata per effetto della "mobilità sanitaria attiva".

Osserva il Collegio al riguardo che l'indubbia circostanza che si versi in ipotesi di risorse economiche illecitamente sottratte alla Sanità pubblica, esclude che possa dirsi integrata la c.d. "*compensatio lucri cum damno*" di cui all'art.1, c.1 bis, della L. n.20/1994, ovvero comunque procedere alla richiesta detrazione, potendosi, al più, ipotizzarsi una successiva "definizione in compensazione" con le altre Regioni, nella misura costituita da quanto da queste ultime rimborsato alla Regione Basilicata, in forza della mobilità afferente ai DRRGG incongrui.

Del resto, osserva il Collegio riprendendo gli accenni alla insussistenza di pregiudizialità civile richiamati all'inizio della trattazione delle eccezioni

preliminari, anche la presenza di una potenziale diversa soluzione dei rapporti di debito/credito tra i soggetti quivi coinvolti (ASP e Clinica) non vale ad inficiare, o compromettere, la verificata integrazione dei comportamenti dannosi ascritti alla Clinica e, in via concorrente e sussidiaria, agli altri due convenuti.

L'obiezione della inattualità del danno, per effetto ed in conseguenza del contenzioso civile pendente tra l'Amministrazione sanitaria regionale e la struttura privata, è, invero, sostenuta con forza dalle difese nella ricordata duplice veste di elemento determinante per la invocata sospensione del giudizio attuale ovvero in funzione della impossibilità di una effettiva determinazione dell'elemento oggettivo del danno.

Osserva, al riguardo, il Collegio, e con specifico riferimento a tale secondo aspetto, che la giurisdizione civile inerisce alla richiesta, o ripetizione, non dovute per effetto della violazione dei patti contrattuali.

La giurisdizione della Corte dei conti accerta la debenza di quelle stesse somme, in via risarcitoria, perché frutto di comportamenti che alterano gli equilibri finanziari pubblici sottesi al rapporto concessorio.

Il mero fatto che vi sia un giudizio pendente dinanzi al giudice civile non preclude affatto l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativo contabile (Lombardia n.414/2005), perché non elide la sussistenza del danno, e la prima azione non ha carattere di pregiudizialità rispetto alla seconda, salva l'ipotesi che nel giudizio civile parallelo l'amministrazione abbia ottenuto la soddisfazione integrale delle proprie ragioni e che il documento qualificato dal requirente contabile come danno erariale sia stato eliso. Ciò che, nel caso di specie, non è avvenuto.

Il Collegio osserva, in realtà ed effettivamente, che nella dedotta vicenda di illecito erariale è in discussione l'accoglimento di una richiesta di restituzione di somme non spettanti e non dovute, e dunque costitutive di un arricchimento ingiusto.

Prendendo le mosse anche dal rilievo da riservare all'entità della misura risarcitoria reclamata (rilievo evidenziato in sede difensiva dall'avv. Ricciardelli), il Collegio osserva come tali somme siano state conseguite attraverso una classificazione alterata delle prestazioni rese ai degenti, al fine di ottenere un compenso remunerativo ingiusto, perché non corrispondente alle attività mediche o assistenziali o curative effettivamente rese.

Ed è giusta l'asserzione del Procuratore Regionale che, rivendicando la specifica qualificazione di siffatti comportamenti alla stregua del diverso e "tipico" dolo amministrativo contabile, precisa, opponendosi ai tentativi difensivi di sovrapposizione del dolo penale a quello in questa sede esaminato, che non è da dimostrare in fattispecie di "aver voluto con tale condotta provocare un danno all'erario" bensì di aver coscientemente voluto porre in essere, o perseguire, o tenere quella condotta classificatoria e di attribuzione di codici errati per conseguire un profitto ingiusto.

Il Collegio ribadisce, con convinta forza argomentativa motivazionale, che, nel caso di specie, siffatto profitto risulta non dovuto.

Risulta platealmente affrancato dai riferimenti e dagli indicatori oggettivi del contratto.

La disposta strategia di massimizzazione - non consentita - dei rimborsi, perseguita attraverso la callida ed inspiegata attribuzione di soluzioni classificatorie che, per quanto ambigue, si rivelano, in chiave di sistematica scelta dell'opzione più onerosa, incoerenti con l'effettività della prestazione resa, spiega e dimostra, in termini

di imputazione soggettiva, la dolosa natura della politica aziendale tenuta dalla Struttura e del suo Amministratore.

Ad entrambi, ed in via solidale, è da addebitarsi il danno cagionato all'ASP di Potenza ed all'intero sistema di gestione delle risorse finanziarie destinate alle prestazioni di cura e terapia rese in regime di convenzione, risultando le stesse "sviate" dallo scopo al quale erano preordinate, con inevitabile coinvolgimento delle persone fisiche -nella specie il dott. Walter Di Marzo- che della Clinica Luccioni S.p.A. era l'Amministratore in carica nel periodo della illecita fatturazione, e del quale non può predicarsi l'estraneità alla vicenda in forza del rilievo istituzionale ed operativo discendente dalla titolarità di compiti e poteri di indirizzo amministrativi e gestionali idonei ad elidere "lo schermo societario" dalla difesa del Di Marzo invece eccetto quale momento inibitorio dell'aggregabilità processuale del proprio assistito.

Le valutazioni ora svolte in punto di riferibilità soggettiva del danno alla condotta della Clinica e del suo Amministratore *pro tempore* non sono sovrapponibili, ad avviso del Collegio, al peso ed al rilievo da attribuirsi alle omissioni poste in essere con grave colpa dai sanitari preposti alla Struttura Operativa, dottori Morlino e Leccese, per i quali il Collegio, pur ravvisando la sussistenza della grave colpa nella gestione delle attività di verifica ad essi demandata, ritiene di poter valutare, in funzione del consentito esercizio del potere riduttivo dell'addebito, il concorso di oggettive difficoltà tecniche ed organizzative in grado, se non di frustrare o inibire, quanto meno di rendere particolarmente complesso e tecnicamente difficoltoso il riscontro richiesto, effettivamente privo di adeguato supporto tecnico e non sorretto da adeguata personale specializzazione professionale e formativa.

La decisione di riduzione dell'addebito non trova, quindi, sostegno nella pur

eccepita esclusione dei controlli di congruità in testa ai Sanitari convenuti, risultando, al contrario, chiara la riconducibilità alla competenza dei controllori “anche” dei controlli di congruità, contemplati come dovuti ed esigibili tanto nell’art.10 dell’Atto di convenzione quanto nel Programma di controllo regionale di cui alla D.G. n.534/2015.

L’addebito va ridotto in forza della riconosciuta assenza nelle sfere di rispettiva conoscenza di quei requisiti di formazione ed esperienza professionale per come richiamati nei medesimi documenti di disciplina delle funzioni e di programmazione, ritenendo il Collegio che il non assicurato apporto di adeguati ausili professionali e tecnologici, o informatici, valga a consentire la riduzione degli addebiti rispettivamente contestati in citazione ai dottori Morlino e Leccese nella misura del 50% cadauno.

- CONCLUSIONI

Sulla scorta delle rassegnate motivazioni il Collegio ritiene di poter definire come comprovata la sussistenza del danno e la responsabilità dei soggetti ai quali lo stesso viene imputato nei seguenti termini:

1- il danno costituito dalla alterata e sistematica – e comprovata – codificazione delle cartelle cliniche pari ad € 7.327.392,54 è da addebitarsi in via diretta ed immediata alla Clinica Luccioni S.p.A. ed al suo amministratore pro tempore dott. Walter Di Marzo;

2- il danno derivante dalla concorrente e gravemente colposa omissione delle attività di verifica e controllo è da addebitarsi ai medici preposti alla competente unità operativa nella misura di € 2.775.356,21 in capo al dott. Morlino e nella misura di € 958.669,36 al dott. Leccese, somme così

rideterminate a seguito del potere riduttivo esercitato nella misura del 50% cadauno per quanto spiegato sopra, e da ritenersi comprensive delle richieste di rivalutazione monetaria ed interessi.

Le spese della sentenza seguono la soccombenza.

PQM

La Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Basilicata, definitivamente pronunciando, così decide:

- a) condanna la Clinica LUCCIONI S.p.A. e DI MARZO Walter, per dolo, in solido, al risarcimento in favore della Regione Basilicata della somma di € 7.327.392,54 (settemilionitrecentoventisettemilatrecentonovantadue/54); la predetta somma va maggiorata della rivalutazione monetaria dalla data di ciascun pagamento e sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, nonché degli interessi nella misura legale, decorrenti dalla data di deposito della presente decisione e fino all'effettivo soddisfo;
- b) condanna LECCESE Archimede Roberto, per colpa grave, in via sussidiaria, al risarcimento in favore della Regione Basilicata della somma di € 958.669,36 (novecentocinquantottomilaseicentosessantanove/36);
- c) condanna MORLINO Leonardo, per colpa grave, in via sussidiaria, al risarcimento in favore della Regione Basilicata della somma di € 2.775.356,21 (duemilionisettecentosettantacinquemilatrecentocinquanta-sei/21);
- d) le spese della sentenza seguono la soccombenza e sono liquidate, a cura della Segreteria, con nota in margine alla presente sentenza.

Così deciso in Potenza, nella Camera di consiglio del 12 ottobre 2021.

L'estensore f.to digitalmente
(Giuseppe TAGLIAMONTE)

Il Presidente f.to digitalmente
(Vincenzo Maria PERGOLA)

Ai sensi dell'art. 31, comma 5, del D. Lgs. 26 Agosto 2016 n. 174, le spese di giustizia del presente giudizio, sino a questa decisione, si liquidano in € 658,79== (seicentocinquantotto/79).

Il Responsabile settore giudizi

f.to digitalmente

dott. Angela MICELE

Depositata in Segreteria il 2 novembre 2021

Il Segretario del Collegio

f.to digitalmente

dott. Angela MICELE