



Sent. 326/2025

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DEI CONTI
SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE PER LA
CAMPANIA

composta dai seguenti magistrati:

Paolo NOVELLI	Presidente
Rossella CASSANETI	Giudice
Gabriele PEPE	Giudice - relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. **73841** del Registro di Segreteria instaurato ad istanza della Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale nei confronti di:

1. **ISTITUTO PER LO STUDIO E LA CURA DEL DIABETE S.R.L.**, (c.f./p.iva 00246830616), in persona del legale rapp.te p.t. dott. Giuseppe Marotta, con sede in Casagiove (CE), via XXV Aprile, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Arturo Testa ed elettivamente domiciliato presso il suo Studio in Napoli, via dei Mille n. 47 (pec: avv.testa@pec.giuffre.it);
2. **Marina BATTAGLIA**, (c.f. BTMNRN79E53F839F), nata il 13.5.1979 a Napoli ed ivi residente, via Belvedere n. 190, elettivamente domiciliata in Napoli, via dei Mille n. 47 presso lo Studio dell'avv. Valerio Bottiglieri che la

rappresenta e difende, giusta procura in atti (pec: va.bottiglieri@pec.it);

3. **Arcangelo CORRERA**, (c.f. CRRRNG58C05E791M), nato il 5.3.1958 a Maddaloni (CE) ed ivi residente in via Brecciamme n. 115, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Andrea Abbamonte ed elettivamente domiciliato presso il suo Studio in Napoli, via G. Melisurgo n. 15 (pec: andreaabbamonte@avvocatinapoli.legalmail.it);

4. **Amedeo BLASOTTI**, (c.f. BLSMDA61R29A064B), nato ad Afragola (NA) il 29.10.1961 e residente in Casoria (NA), via San Mauro n. 4, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Caterina Viglialoro, ed elettivamente domiciliato presso il suo Studio in Napoli, via San Giacomo n. 24 (pec: caterinaviglialoro@avvocatinapoli.legalmail.it);

5. **Mario DE BIASIO**, (c.f. DBSMRA54B18B860A), nato a Casagiove (CE) il 18.02.1954 e residente in Caserta, via SS Nome di Maria n. 7, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Fabio Landolfi e con il medesimo elettivamente domiciliato in Caserta, viale Lincoln n. 233 (pec: studiolegalelandolfi@pec.giuffre.it);

6. **Ida DELLI CARRI**, (c.f. DLLDIA58A42D643A), nata a Foggia il 02.01.1958 e residente in Caserta, via SS. Nome di Maria, rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv. Eliseo Laurenza e con questi elettivamente domiciliata in Napoli, via Toledo n. 156 presso lo Studio dell'avv. Sasso (pec: eliseo.laurenza@avvocatasmcv.it);

7. **Fulvio MARCHESE**, (c.f. MRCFLV54D27D789G), nato a Frattamaggiore (NA) il 27.04.1954 e residente in Caserta, via Laviano n. 14, trav. Pertini, elettivamente

domiciliato in Napoli, via Giosuè Carducci n. 61 presso lo Studio dell'avv. Augusto Chiosi dal quale è rappresentato e difeso giusta procura in atti (pec: augustochiosi@avvocatinapoli.legalmail.it);

8. **Michele Giuseppe TARI**, (c.f. TRAMHL53D15H423E), nato il 15.04.1953 a Roccamonfina (CE) e residente in Caserta, Piazza I ottobre – loc. Tredici, rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Andrea Abbamonte ed elettivamente domiciliato presso il suo Studio in Napoli, via G. Melisurgo n. 15 (pec: andreaabbamonte@avvocatinapoli.legalmail.it);

LETTI l'atto di citazione, gli altri atti e documenti di causa;

CHIAMATA, da ultimo, la causa nella pubblica udienza del giorno 10 luglio 2025, con l'assistenza del segretario dott.ssa Alessandra Polese, sono presenti il P.M. nelle persone dei S.P.G. Mauro Senatore e Michele Ferrante; l'avv. Arturo Testa per l'Istituto per lo Studio e la Cura del Diabete s.r.l.; l'avv. Nunzio Aponte per Marina Battaglia; l'avv. Monica Mazziotti, per delega orale dell'avv. Andrea Abbamonte, per Arcangelo Correrà; l'avv. Luca Ruggiero, per delega orale dell'avv. Caterina Viglialoro, per Amedeo Blasotti; l'avv. Fabio Landolfi per Mario De Biasio; l'avv. Eliseo Laurenza per Ida Delli Carri; l'avv. Augusto Chiosi per Fulvio Marchese; l'avv. Monica Mazziotti, per delega orale dell'avv. Andrea Abbamonte, per Michele Giuseppe Tari.

FATTO

Con atto di citazione, del 15.5.2023, la Procura regionale evocava in giudizio innanzi a questa Sezione giurisdizionale le seguenti parti convenute: ISTITUTO

PER LO STUDIO E LA CURA DEL DIABETE S.R.L. - in breve ISCD; Marina BATTAGLIA (Direttrice sanitaria del ridetto Istituto); Arcangelo CORRERA, (Direttore sanitario della ASL di Caserta dall'8.8.2016 all'8.8.2019); Amedeo BLASOTTI (Direttore amministrativo della ASL dall'8.8.2016 all'8.8.2022); Mario DE BIASIO (Direttore Generale della ASL dal 22.7.2016 all'8.8.2019); Ida DELLI CARRI (Dirigente responsabile dell'U.O.S. Controllo Centri Accreditati della ASL dal 2005); Fulvio MARCHESE (responsabile della U.O.C. Acquisto e controllo prestazioni esterne strutture accreditate della ASL fino al settembre 2019); Michele Giuseppe TARI (responsabile del Nucleo Operativo di Controllo - N.O.C.- della ASL per il periodo 2012 - 2018), per quivi sentirli condannare al pagamento, in favore della ASL di Caserta, del danno da indebite remunerazioni per prestazioni eccedenti la capacità operativa massima (c.d. C.O.M.) corrisposte nelle annualità 2017, 2018, 2019 e 2020 per complessivi euro 1.805.142,38 (rivalutati al marzo 2023), oltre ulteriore rivalutazione, interessi e spese di giustizia, secondo la ripartizione che segue:

In via principale:

- L'ISCD, a titolo di dolo, per l'intera somma richiesta;
- Marina BATTAGLIA, a titolo di dolo, in solido con l'ISCD, sino alla concorrenza dell'importo di euro 87.667,59 (rivalutato al marzo 2023) in relazione al periodo 2019 - 2020.

In via sussidiaria, con riferimento al periodo 2017 - 2019 e per un totale di euro 1.299.025,77 (rivalutato al marzo 2023 in euro 1.497.037,28), oltre accessori di

legge, nelle percentuali di danno indicate in citazione secondo il riparto che segue: Arcangelo CORRERA per euro 45.845,65 (per il 2017 euro 25.865,81 e per il 2018 euro 19.979,84); Amedeo BLASOTTI per euro 45.845,65 (per il 2017 euro 25.865,81 e per il 2018 euro 19.979,84); Mario DE BIASIO per euro 61.127,54 (per il 2017 euro 34.487,74 e per il 2018 euro 26.639,79); Ida DELLI CARRI per euro 449.111,18 (per il 2017 euro 73.902,31, per il 2018 euro 86.120,02 e per il 2019 euro 289.088,86); Fulvio MARCHESE per euro 160.022,33 (per il 2017 euro 73.902,31 e per il 2018 euro 86.120,02); Michele Giuseppe TARI per il 2017 euro 12.851,31.

Il summenzionato danno veniva imputato e ripartito - a seguito delle archiviazioni disposte in fase pre-processuale nei confronti di alcuni invitati - tenendo conto dell'estensione temporale delle condotte di ciascun convenuto rispetto ai mesi in carica nell'anno/i presi a riferimento.

La vicenda oggetto di scrutinio traeva origine da un esposto privato, articolato in due segnalazioni, la seconda acquisita, in data 14.5.2020, dal P.M. contabile il quale ricostruiva, a mezzo indagini della Guardia di Finanza, la fattispecie di responsabilità amministrativa nei termini appresso descritti:

Tra il 2016 ed il 2020, l'ISCD, in qualità di Istituto privato accreditato per l'esecuzione di prestazioni sanitarie di diabetologia, avrebbe erogato in favore dell'utenza un ingente numero di prestazioni eccedenti la C.O.M. della branca di diabetologia (assegnata in data 18.7.2012 e rimasta immutata nel corso degli anni

successivi), sfiorando i tetti di spesa stabiliti e lucrando le remunerazioni corrisposte a rimborso dalla ASL di Caserta; ciò in spregio della normativa vigente nonché delle previsioni contrattuali, espressamente accettate dall'ISCD, che vietavano la remunerazione di prestazioni sanitarie eccedenti la C.O.M., presumendosi le stesse inutili oltre che inadeguate, da un punto di vista qualitativo, rispetto alle risorse di personale e alle dotazioni infrastrutturali-tecnologiche possedute.

Su segnalazione della ASL di Caserta, la Regione Campania aveva disposto, con d.d. della struttura commissariale n. 104, del 26.3.2021, la revoca dell'accreditamento istituzionale che l'ISCD impugnava innanzi al Tar Campania che, a sua volta, respingeva il gravame con sentenza n. 5357 del 9.8.2022.

Nella prospettazione attorea, l'illecito amministrativo in esame veniva individualmente ascritto alle condotte dei ridetti intimati nel modo che segue:

- l'ISCD per avere rendicontato, fatturato ed incassato a rimborso prestazioni sanitarie erogate oltre i limiti C.O.M., unitamente a prestazioni inesistenti, con danno pubblico pari agli importi indebitamente corrisposti dalla ASL;
- BATTAGLIA per avere tollerato la confusione organizzativa e gestionale dell'ISCD, con richieste di pagamento alla ASL per prestazioni non autorizzate e/o non eseguite nel periodo 2019 – 2020.
- CORRERA, BLASOTTI, DE BIASIO, DELLI CARRI, MARCHESE, TARI, per avere, con grave negligenza, omissso o svolto con rilevanti mancanze ed errori, le prescritte attività di controllo e riconciliazione dei dati

prestazionali con i limiti C.O.M., determinando la liquidazione, a carico della Azienda sanitaria, di prestazioni non remunerabili in quanto eccedenti i tetti di spesa e/o non effettuate.

Il danno erariale veniva quantificato nel totale degli esborsi sopportati dalla ASL in favore dell'ISCD per prestazioni extra C.O.M. con riferimento alle annualità 2017, 2018, 2019 e 2020.

In sede d'invito a dedurre, la Procura richiedeva sui beni della ISCD la misura del sequestro conservativo ante causam che veniva concessa con d.p. n. 38/2023, del 16.2.2023, poi convalidata con ord. n. 74/2023, del 16.3.2023, sino a concorrenza della somma di euro 1.973.770,81.

Instauratosi il contraddittorio per il merito, gli attuali convenuti si costituivano in giudizio con comparse depositate tra il 25.10.2023 ed il 27.10.2023.

1. l'ISCD deduceva, in fatto, l'erronea inclusione nell'addebito della annualità 2016, già archiviata, insistendo sulla osservanza sostanziale dei parametri di capacità prestazionale fissati per la diabetologia e sul conseguente rispetto dei tetti di spesa; in proposito, rimarcava la variazione nel corso degli anni di tali parametri a fronte dell'incremento della dotazione di personale e di attrezzature, sfociato nella richiesta del 30.12.2017, indirizzata alla ASL, e colpevolmente inesitata, volta alla rideterminazione della C.O.M. per il 2018. Da ciò faceva derivare la piena commisurazione delle prestazioni in contestazione alla accresciuta C.O.M., con diritto al rimborso delle prestazioni erogate a beneficio dell'utenza.

In diritto eccepiva:

- il difetto di giurisdizione di questa Corte in favore del Giudice ordinario o del Giudice amministrativo, trattandosi di controversia riguardante la corretta esecuzione del contratto, il rapporto di accreditamento e le modalità di determinazione della C.O.M.;
 - l'intervenuta prescrizione dell'azione risarcitoria in ordine alle somme liquidate per l'annualità 2017;
 - l'infondatezza nel merito della pretesa azionata per carenza di condotta antigiuridica e di danno certo, attuale e concreto, stante la piena rispondenza, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, delle prestazioni, rese ai requisiti stabiliti dalla normativa vigente, senza alcuna reale perdita economica per l'Azienda sanitaria;
 - in via gradata, contestava in ogni caso il quantum risarcitorio, sottolineando come la verifica in ordine al superamento della C.O.M. dovesse compiersi su base annuale e non mensile; invocava, infine l'applicazione della compensatio lucri cum damno, avendo la ASL beneficiato delle prestazioni rese dall'ISCD in favore dei pazienti del Servizio Sanitario Nazionale (in breve SSN);
2. BATTAGLIA respingeva ogni addebito sostenendo di non aver favorito la rendicontazione e liquidazione di prestazioni di elettromiografia nell'anno 2019, in assenza di apparecchiatura dedicata, e nel 2020, di non avere, quindi, provocato esborsi a carico della Azienda sanitaria rispettivamente per euro 36.805,69 ed euro 39.562,21. Al riguardo, deduceva la sussistenza di apposita autorizzazione, resa dal Direttore generale con atto n. 993, del 19.7.2012, allo svolgimento delle

prestazioni sanitarie, rese anche in giorni festivi per far fronte alle esigenze dell'utenza.

In diritto, affermava l'infondatezza della pretesa attrice per mancanza di una condotta illecita dolosa e/o gravemente colposa, nonché per carenza di danno, sostenendo la legittimità dei comportamenti serbati unitamente alla effettiva erogazione delle prestazioni in contestazione, richiamando l'applicazione dello scudo erariale di cui all'art. 21, comma 2, d.l. n. 76/2020, conv. in l. n. 120/2020. Chiedeva, infine, una riduzione del quantum risarcitorio, previa compensazione con i vantaggi di cui la ASL aveva beneficiato in ragione delle prestazioni comunque rese dall'ISCD;

3. CORRERA confutava la ricostruzione attorea per mancanza di prova in ordine alla asserita omessa vigilanza sulle rendicontazioni mensili dell'ISCD e sulle altre attività dannose, declinando detta competenza in favore di altri soggetti all'interno della ASL. Puntualizzava, inoltre, come le prestazioni, oggetto di addebito, rese nel biennio 2017- 2018 dal ridetto Centro privato, fossero superiori nel 2016 per il solo 3,2%, e successivamente del 6,6%, dunque, ben al di sotto del 10% consentito dalla disciplina convenzionale dei tetti di spesa operante in Regione Campania. Da ciò faceva discendere che l'attività posta in essere dal N.O.C. in via preventiva e della Direzione sanitaria in via successiva, non avrebbe potuto individuare alcuna irregolarità nelle fatturazioni compiute negli anni 2017 e 2018 dall'ISCD, risultando le stesse omogenee a quelle dell'anno precedente.

4. BLASOTTI domandava il proprio proscioglimento per carenza degli elementi costitutivi dell'ipotizzata responsabilità amministrativa e, specificamente, della condotta antigiusuridica, dell'elemento della colpa grave e del danno. In particolare, evidenziava come l'assunto attoreo si risolvesse in un'indebita commistione tra il profilo della rimborsabilità delle prestazioni extra C.O.M. (con le correlate ricadute in termini di eventuale ripetizione delle somme già corrisposte) e quello del danno erariale, inteso come sperpero di pubbliche risorse. Aggiungeva che l'erogazione della spesa, in eccesso rispetto alla capacità operativa massima, a fronte di prestazioni effettivamente rese, non potesse costituire prova ex se di una spesa dannosa per la ASL, a fronte del soddisfacimento di esigenze di salute della collettività, senza alcuno sfioramento del budget di branca, atteso che le stesse prestazioni sarebbero state, in ogni caso, rese da altri Centri accreditati con il medesimo esborso;

5. DE BIASIO contestava il numero e gli importi delle prestazioni sanitarie imputate dal requirente a titolo di danno per le annualità 2017, 2018 e 2019 (parzialmente). In diritto, rimarcava la piena legittimità del proprio operato e l'assenza di colpa grave, avendo, sottoscritto, con altri, la nota n. 202.315, del 4.9.2017, con cui si rappresentava *“la tendenza al superamento della C.O.M. assegnata”* in spregio dei *“livelli qualitativi delle prestazioni erogate, previsti per il riconoscimento della spesa a carico del SSN”*, invitando, per l'effetto, il responsabile dell'ISCD *“a fornire chiarimenti in merito alla criticità descritta”*. Alla nota trasmessa dal ridetto

Centro privato in data 28.9.2017, la ASL, per suo tramite, dava riscontro con atto n. 65.459, del 12.3.2018, rilevando l'incongruenza dei dati di capacità prestazionale indicati e confermando per il 2017 l'eccedenza di prestazioni di oculistica rispetto alla C.O.M., con invito rivolto all'ISCD ad emettere una nota di credito per euro 38.665,64.

Concludeva per il proscioglimento da ogni addebito chiedendo, in subordine, la rideterminazione del complessivo danno formulato.

6. DELLI CARRI censurava l'imputazione di responsabilità a suo carico con riferimento alla liquidazione di corrispettivi per prestazioni sanitarie relative alle annualità 2017, 2018 e 2019 rese dal Centro privato.

In diritto, preliminarmente eccepiva il proprio difetto di legittimazione passiva sul presupposto che le competenze attribuitele dalla disciplina, regolamentare e pattizia, di riferimento fossero prive di autonomia gestionale, risultando di esecuzione ed attuazione delle direttive ricevute dai dirigenti superiori. Nel merito, rimarcava l'insussistenza degli elementi dell'ipotizzata responsabilità, tra cui la colpa grave ed il danno pubblico. A tal proposito, nell'evidenziare come le competenze assegnate fossero meramente attuative delle direttive impartite dalla componente dirigenziale, titolare di funzioni gestorie e provvedimentali con rilievo esterno, sottolineava di avere diligentemente svolto una mera attività istruttoria, priva di potere decisionale, circoscritta ad operazioni di controllo formale dei dati mensili trasmessi dall'ISCD in vista delle successive

attività di liquidazione e pagamento affidate ad altri uffici.

7. MARCHESE respingeva ogni addebito muovendo dal presupposto della osservanza sostanziale dei tetti di spesa per le annualità in contestazione, con sforamenti contenuti nel limite del 10%, declinando le competenze ascrittegli dalla Procura in collegamento eziologico con l'asserito danno. Evidenziava, al riguardo, l'assenza di qualsivoglia contegno antigiuridico doloso e/o gravemente colposo, avendo adempiuto con diligenza ai propri compiti. Concludeva, quindi, per il rigetto della pretesa attorea e, in via gradata, per una rideterminazione in riduzione del pregiudizio a suo carico;

8. TARI evidenziava, per l'annualità 2017, di avere correttamente assunto, in qualità di responsabile del N.O.C., ogni iniziativa di vigilanza e controllo, di propria competenza, in concreto esigibile. Nello specifico, affermava di aver trasmesso, con nota del 23.2.2016, apposita relazione sul funzionamento delle attività degli uffici al Commissario ad acta regionale e di aver avviato, nelle date rispettivamente del 20.4.2016 e del 26.4.2016, ulteriori verifiche sui Centri accreditati, segnalando, poi, alla Procura contabile alcuni possibili danni erariali scaturenti da attività dei medici convenzionati di medicina generale. Concludeva per la reiezione della domanda attorea per infondatezza.

Tutti i convenuti chiedevano, in subordine, l'applicazione del potere riduttivo nella misura massima.

In via istruttoria, CORRERA, DELLI CARRI, MARCHESE e TARI domandavano apposita CTU ai fini dell'esatto calcolo della C.O.M. per le annualità in contestazione.

Alla pubblica udienza del 16.11.2023, il P.M. preliminarmente eccepiva il conflitto di interessi tra le posizioni processuali dei convenuti CORRERA e TARI in quanto assistiti dal medesimo difensore, avv. Abbamonte; quest'ultimo, pur non condividendo tale assunto, chiedeva eventualmente un termine per consentire al convenuto TARI di conferire incarico ad altro difensore.

Sospesa l'udienza, il Collegio si ritirava in camera di consiglio per decidere sulla questione, rilevando, all'esito dello scioglimento della riserva, l'assenza di un concreto conflitto tra le posizioni dei due convenuti, ammettendo, così, la possibilità di una difesa legale comune a cura del medesimo patrocinatore di relativa fiducia.

Nel merito, il P.M., nel riportarsi alle argomentazioni del proprio atto di citazione, rimarcava, in particolare, l'inutilità e la carenza di qualità delle prestazioni rese in eccesso rispetto alla C.O.M. assegnata, con sforamento dei tetti di spesa prestabiliti.

Al contrario, gli avvocati presenti per le parti convenute, nel contestare quanto ex adverso dedotto ed eccepito dalla Procura Attrice, richiamavano le argomentazioni espresse nelle proprie difese concludendo per l'accoglimento delle rispettive pretese.

Con ordinanza n. 221/2023, del 30.11.2023, poi confermata e più volte prorogata, questa Sezione richiedeva al Ministero della Salute apposita relazione ex art. 94, comma 2, c.g.c. per *“verificare: a) la capacità*

operativa massima (C.O.M.) assegnata all'ISCD per le prestazioni rese nella branca di diabetologia nel periodo 2016-2020; b) la sussistenza di sforamenti della C.O.M., indicando in caso affermativo gli importi corrisposti dalla ASL Caserta in favore dell'ISCD per prestazioni erogate in eccesso”.

Ottemperando alla suddetta ordinanza, il Ministero depositava in data 2.4.2025 la richiesta relazione illustrando motivatamente i dati concernenti i rapporti prestazionali tra l'ISCD e la ASL e concludendo nei termini che seguono:

“La struttura ISCD è accreditata nei limiti della capacità operativa massima alla stessa assegnata con deliberazione del Direttore Generale della ASL di Caserta n. 993 del 19 luglio 2012, in vigore nel periodo 2016-2020. La tipologia di prestazioni rientranti nelle branche specialistiche per l'attività diabetologica - per le quali la struttura privata è accreditata - è determinata a livello regionale (D.G.R.C. n. 642/2009; D.G.R.C. n. 491/2006; D.G.R.C. n. 1168 del 16.09.2005)”;

“Sulla base della ricostruzione operata, soltanto per l'anno 2019 è dato rilevare il pagamento di un importo superiore a quello fatturabile entro COM, per un ammontare di € 321.592,31”.

Alla suddetta relazione la Procura replicava a mezzo nota della G.d.F. del 23.5.2025, contestandone gli esiti e riportandosi alle conclusioni del proprio atto di citazione.

Tra il 18.6.2025 ed il 19.6.2025 tutti i convenuti, ad eccezione di CORRERA e TARI, depositavano note difensive eccependo, preliminarmente:

- 1) l'inammissibilità/nullità degli atti istruttori compendiati nella menzionata nota della G.d.F., in quanto tardivamente prodotta nel maggio 2025 (ISCD, BATTAGLIA, BLASOTTI, DELLI CARRI, DE BIASIO);
- 2) l'intervenuta prescrizione dell'azione con riguardo alla annualità 2017 (ISCD).

Nel merito, riportandosi al contenuto delle proprie comparse, insistevano tutti per il rigetto della pretesa attrice per mancanza degli elementi dell'ipotizzata responsabilità (condotta antigiuridica, elemento soggettivo e danno).

Tra le altre cose, ricollegavano l'insussistenza del pregiudizio all'applicazione di uno sforamento C.O.M. tollerabile nel limite del 15% (DELLI CARRI, MARCHESE).

In subordine, muovendo dalla rideterminazione del danno contenuta nella relazione ministeriale, eccepivano:

- a) la compensatio lucri cum damno, sul presupposto che la ASL avrebbe beneficiato delle prestazioni rese dall'ISCD in favore dei pazienti del SSN (ISCD, BATTAGLIA);
- b) la compensazione giudiziale, in ragione del credito vantato dall'ISCD nei confronti della ASL per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2020 (ISCD, BATTAGLIA).

In estremo subordine, tutti i deducenti domandavano l'esercizio del potere riduttivo nella misura massima.

Con nota dell'8.7.2025, il Ministero della Salute chiedeva l'assegnazione di un congruo termine per esaminare eventuali impatti delle risultanze emerse

dall'integrazione istruttoria contenuta nella nota della G.d.F. del 23.5.2025.

All'odierna pubblica udienza, il requirente ha preliminarmente evidenziato l'ammissibilità della prodotta nota istruttoria in quanto formulata per replicare alla relazione ministeriale sulla base della documentazione presente in atti.

L'avv. Testa per l'ISCD si è opposto alla acquisizione della nota della G.d.F., datata 23.5.2025, ritenendola formata all'esito di nuovi ed inammissibili approfondimenti istruttori realizzati in violazione dei principi codicistici e processuali. Si è, infine, opposto alla richiesta di rinvio della discussione avanzata dal Ministero.

Le difese delle altre parti convenute hanno aderito alle opposizioni già svolte.

Sospesa l'udienza, il Collegio si è ritirato in camera di consiglio per decidere sulla preliminare questione della ammissibilità della nota della G.d.F.; all'esito dello scioglimento della riserva, ha dichiarato il documento, unitamente ai suoi allegati, inammissibile ed inutilizzabile in quanto elaborato proseguendo la precedente attività istruttoria, specie con riferimento agli allegati 10 e 11, ferma restando la facoltà per la Procura di svolgere in sede di discussione orale tutte le critiche ritenute opportune.

Con riferimento al merito della causa, il P.M. ha sottolineato che:

- nella relazione ministeriale veniva assunta una quantificazione del fatturato totalmente difforme da quella fornita dalla ASL in termini di fatturato netto,

scomputando cioè le quote che l'ISCD ha omesso di rimborsare alla ASL, vale a dire la quota regionale e quella nazionale, che per gli anni interessati, è pari a: euro 181.645 per il 2017; euro 181.345 per il 2018; euro 239.615 per il 2019; euro 270.925 per il 2020;

- queste componenti corrispondono esattamente a quanto fornito dalla ASL e riportano i dati del fatturato effettivo contenuti nell'atto di citazione e corrispondenti a quelli corretti da considerarsi ai fini della riconoscibilità del dato da cui verificare la produzione intra C.O.M.;

- per quanto concerne l'annualità 2020, sono state erroneamente considerate anche le fatture non accettate dalla ASL sicché il dato della produzione iniziale cresce ad un livello superiore a quello assunto nell'atto di citazione che vede la produzione ad euro 3.500.000 circa; tale circostanza è evidenziata, altresì, nella relazione ministeriale, anche se poi nella tabella finale non si tiene conto del mancato storno di tali fatture nel fatturato in esame;

- quanto all'aspetto dei "record", cioè delle righe, ha rimarcato l'evidente errore in cui sarebbe incorso il Ministero per effetto della non corrispondenza tra prestazioni e pagamenti.

L'avv. Chiosi per MARCHESE si è soffermato sulla circostanza che nell'anno 2017 le C.O.M. sono state ridotte attraverso una nota per cui andrebbero applicate minori C.O.M. per quanto riguarda l'Oculistica rispetto a quelle deliberate ed accettate con delibera della ASL. Ha precisato, inoltre, come il proprio assistito risponderebbe soltanto per il biennio 2017 – 2018,

chiedendo di applicare in caso di responsabilità la riduzione del 15% sull'eccesso della C.O.M. di cui alla sentenza d'Appello resa da questa Corte in data 2015.

L'avv. Ruggiero per BLASOTTI si è riportato alle difese rassegnate, anche alla luce di quanto affermato dalla relazione ministeriale che individua un possibile sforamento soltanto per l'anno 2019. Pertanto, con riferimento alle contestazioni mosse al proprio assistito, riguardando le stesse il biennio 2017-2018, ha evidenziato l'assenza di ogni profilo di responsabilità.

L'avv. Aponte per BATTAGLIA, nel rinviare al contenuto dei propri scritti difensivi, ha chiesto l'accoglimento delle conclusioni ivi rassegnate.

L'avv. Landolfi per DE BIASIO si è riportato alle proprie difese, richiamando, altresì, le risultanze della relazione ministeriale in cui è affermato che per gli anni 2017 e 2018 non vi è stato sforamento, precisando che:

- per tali annualità non vi sarebbe danno erariale;
- per il 2019 il proprio assistito non poteva essere a conoscenza di nessun tipo di sforamento avendo cessato ogni funzione nel corso dell'anno solare.

L'avv. Laurenza per DELLI CARRI, in ordine all'elemento della colpa grave, ha richiamato la normativa sui contratti pubblici, evidenziando che per il biennio 2017 – 2018, l'elaborato ministeriale ha escluso ogni addebito e sottolineando che per il 2019 l'ISCD si è impegnato contrattualmente a corrispondere alla ASL l'eventuale credito/debito all'esito di giudizio contabile, facendo con ciò venir meno ogni ipotesi di danno erariale.

L'avv. Mazziotti per CORRERA e TARI, nel riportarsi agli scritti difensivi, ha rimarcato:

- l'assenza di culpa in vigilando a carico dei propri assistiti;
- con riferimento al danno ipotizzato, ha affermato che, per gli anni 2017 e 2018, non vi sarebbe stato alcun fatturato extra C.O.M. mentre per il 2019 risulterebbe uno sforamento di euro 300.000,00;
- la presenza di uno sforamento tollerabile nella misura del 15% entro il quale l'ISCD può fatturare extra C.O.M. senza che ciò concreti alcun danno erariale;
- che, nel 2020, CORRERA è cessato dalla carica e che alla luce della relazione ministeriale risulta un non pagato in favore dell'ISCD di un fatturato intra C.O.M., ciò configurando un credito a beneficio dell'Istituto eventualmente compensabile;
- che non è stata offerta prova che le prestazioni in eccedenza costituiscano di per sé un danno erariale in quanto inutili per l'Amministrazione.

L'avv. Testa per l'ISCD ha sostenuto che:

- gli importi prodotti con il file "C" recano espressamente il netto ticket e che la ASL, nell'elaborazione dei dati offerti per le liquidazioni, ha tenuto conto degli stessi importi al netto ticket, diversamente da quanto asserito dalla Procura;
- la sentenza d'Appello n. 96/2015 di questa Corte ha previsto una tolleranza del 15% per l'eccedenza C.O.M. che eliminerebbe in radice, anche prima della richiesta compensazione giudiziale, il dedotto esubero rispetto alla C.O.M. per l'anno 2019.

All'esito della discussione la causa veniva trattenuta per la presente decisione.

DIRITTO

1. Il presente giudizio veniva introdotto con atto di citazione della Procura regionale con cui è stato contestato un danno di euro 1.805.142,38 asseritamente arrecato alla ASL di Caserta dall'operato dell'ISCD per avere ricevuto fra il 2017 ed il 2020 pagamenti in relazione a prestazioni assistenziali erogate in eccedenza rispetto alla C.O.M. riconosciuta a detta struttura privata, in sede di accreditamento, dalla competente Amministrazione sanitaria regionale.

Per tale motivo venivano citati in giudizio, oltretutto la società percipiente e la relativa Direttrice sanitaria, anche alcuni dirigenti e funzionari della ASL di riferimento, in quanto ritenuti a vario titolo concorrenti, con le condotte loro rispettivamente ascritte, alla causazione del danno erariale perseguito con il libello introduttivo di lite.

2. Preliminarmente, dev'essere ricostruito il complesso ed articolato quadro normativo vigente ai fini del corretto inquadramento del caso portato all'odierno esame del Collegio.

Come noto, l'esercizio di attività sanitaria da parte dei privati è assoggettato alla programmazione della Regione, la quale (nell'ambito della programmazione nazionale del servizio sanitario, dei relativi atti di indirizzo e della fissazione dei limiti di prestazioni remunerabili ex artt. 8, comma 4, 8-ter, 8-quater, comma 3-4 e comma 8, 8-quinquies, commi 1 e 2 e nell'esercizio delle sue competenze di autorizzazione e vigilanza sulla sanità privata ex art. 43 l. n. 833/1978):

- autorizza la struttura privata all'esercizio dell'attività sanitaria dopo aver verificato che essa posseda i

requisiti minimi fissati *ex art.* 8, comma, 4 d.lgs. n. 502/1992 (c.d. “autorizzazione”: art. 8-bis, comma 3, art. 8-ter, commi 1-5, d.lgs. n. 502/1992);

- accredita la struttura all’esercizio di attività sanitarie “per conto del S.S.N.”, dopo avere verificato la sussistenza degli “ulteriori requisiti” necessari per tali attività pubblicistiche, in relazione al fabbisogno di assistenza regionale (c.d. “accreditamento istituzionale”: art. 8-bis, comma 3, art. 8-quater, commi 1-8, d.lgs. n. 502/1992);

- pone l’esercizio dell’attività sanitaria della struttura privata a carico del servizio nazionale, definendo (di norma con delibere di Giunta regionale) il quadro di programmazione finanziaria dell’attività delle strutture pubbliche e private operanti nel territorio di riferimento, indicando le prestazioni da svolgere ed i relativi costi (volume massimo di prestazioni e relativo “tetto di spesa”) ed il loro riparto tra le singole aziende sanitarie, le quali a loro volta ripartiscono tale fondo e le relative prestazioni tra tutte le strutture del rispettivo territorio (pubbliche e private), contrattando con le singole strutture private il numero di prestazioni e il compenso complessivo di ognuna, stabilendo negoziabilmente le relative prestazioni ed il tetto massimo di spesa per singola struttura (c.d. “convenzionamento”: art. 8-bis, comma 3, art. 8-quinquies, comma 1, lett. d, d.lgs. n. 502/1992).

Nello specifico, l’accreditamento e l’individuazione della capacità produttiva della struttura non implicano né la facoltà indiscriminata dei privati di rendere prestazioni a carico del servizio sanitario regionale (in breve S.S.R.)

fino al limite della capacità operativa massima né il diritto alla remunerazione delle prestazioni comunque rese anche oltre i tetti di spesa programmati: del resto, *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies”*. (art. 8-quater, comma 2). Pertanto, se è astrattamente possibile che la struttura privata possa superare il volume di prestazioni concordato, è sempre necessario che:

- la Regione stabilisca se finanziare o meno questa eccedenza di prestazioni e fissi i criteri di remunerazione (art. 8-quinquies, comma 1, lett. d);
- le convenzioni tra Azienda sanitaria e privati, nel fissare il tetto di spesa che funge da limite massimo invalicabile per l'attività della struttura convenzionata, contemplino queste prestazioni aggiuntive;
- l'Amministrazione verifichi a consuntivo se i risultati sono stati raggiunti e se le prestazioni aggiuntive siano state effettivamente rese (art. 8-quinquies, comma 2, lett. d).

In ogni caso, dev'essere comunque garantito che il tetto di spesa massimo concordato sia sempre rispettato, anche ex post grazie al meccanismo di regressione tariffaria ovvero di riduzione delle tariffe all'aumento delle prestazioni erogabili (art. 8, comma 2, lett. e-bis).

In altri termini, in caso di superamento del tetto di spesa, il diritto alla remunerazione delle prestazioni in questione presuppone la prova non solo della previsione in contratto delle prestazioni extra-budget e del relativo

limite, ma altresì della sussistenza di risorse disponibili che sono condizione di esigibilità del credito (Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 36654/2021).

Alla luce di tali disposizioni, appare evidente come i soggetti privati “accreditati” (diversamente da quelli “autorizzati”) siano veri e propri uffici dell’Amministrazione sanitaria (incaricati di pubblico servizio), come del resto si desume dall’art. 8-bis d.lgs. 502/1992, secondo cui le Regioni *“assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) avvalendosi (...)”* (di vari soggetti e strutture pubblici) *“nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies”*. Del resto, gli operatori privati accreditati non sono semplici fornitori di servizi, in un ambito puramente contrattualistico, sorretto da principi di massimo profitto e di totale deresponsabilizzazione circa il governo del settore, bensì sono soggetti di un complesso sistema pubblico - privato qualificato dal raggiungimento di fini di pubblico interesse di particolare rilevanza costituzionale, quale il diritto alla salute, su cui gravano obblighi di partecipazione e cooperazione nella definizione della stessa pianificazione e programmazione della spesa (Cons. Stato, Sez. III, sent. n. 5628/2021; Sez. Giur. Calabria, sent. n. 183/2022). Tale compartecipazione all’attuazione dei fini dell’Amministrazione si esplica nella stipula e nell’esecuzione delle convenzioni con le Aziende sanitarie nelle quali sulla base di una valutazione di convenienza delle parti (che possono anche rifiutare il convenzionamento) si stabiliscono le prestazioni che

ogni struttura deve rendere ed il tetto massimo di risorse ad esse destinato e quindi il contributo complessivo che ogni struttura fornisce al sistema sanitario, attuando a livello locale la programmazione regionale. In particolare, le parti concordano il tetto massimo che la struttura privata accreditata si impegna a rispettare, valevole anche per le prestazioni che potrebbero non essere integralmente previste dalla convenzione per la loro discontinuità, come le prestazioni rese in favore di soggetti di altre Regioni (Cons. Stato, Sez. III, sent. n. 5628/2021) o le prestazioni di urgenza-emergenza (Cons. Stato, Sez. III, sent. n. 6278/2021), ma che comunque debbono rientrare nel budget approvato, vanificandosi altrimenti ogni programmazione.

Inoltre, come evidenziato dalla giurisprudenza civile, per rimanere nei tetti di spesa le strutture private, diversamente da quelle pubbliche, possono comunque rifiutare le prestazioni extra budget non previste in convenzione, anche se afferenti ai livelli essenziali di assistenza (Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 27608/2019).

Con specifico riferimento alla disciplina di settore della Regione Campania, dopo l'iniziale riordino del S.S.R. avvenuto con l.r. n. 32/1994, con successiva delibera di G.R. n. 377/1998 è stata introdotta una regolamentazione provvisoria della quantità e qualità delle prestazioni erogabili da ogni singola struttura, stabilendo, per ciascuna branca, i carichi di lavoro massimi erogabili in relazione all'organizzazione tecnologica, alla dotazione strutturale e ai coefficienti di personale (superficie dei locali, attrezzature, numero dei

dipendenti) posseduti dalla struttura sanitaria privata in convenzione con il S.S.N. alla data del 31.12.1997.

In base a tali regole, a tutte le strutture sanitarie ubicate sul territorio e già “provvisoriamente accreditate” ai sensi della l. n. 724/1994 era prescritto di depositare presso le ASL territorialmente competenti apposita autocertificazione attestante la propria posizione di accreditamento e di produrre, altresì, idonea documentazione relativamente al possesso dei requisiti prescritti alla data del 31.12.1997.

In tale quadro normativo, veniva ad assumere rilievo il parametro della C.O.M. assegnata ad ogni singolo Centro privato erogatore di prestazioni, sulla scorta di una ricognizione delle rispettive caratteristiche delle dotazioni strutturali, tecnologiche e di personale; ciò fermo restando l’imprescindibile possesso di quei requisiti, tecnologici e organizzativi necessari per ottenere l’autorizzazione all’esercizio dell’attività sanitaria e, quindi, mantenere l’accreditamento con il S.S.R.

In altri termini, con tale parametro sintetico, venivano stabiliti, per le rispettive branche di attività sanitaria, i carichi di lavoro massimi erogabili da ogni singola struttura sanitaria accreditata, idoneamente documentati, sulla base della tipologia di struttura, dell’assetto organizzativo, della complessità tecnologica e dei coefficienti di personale operante al 31 dicembre di ogni anno.

In seguito, le disposizioni contenute nella D.G.R.C. n. 377/98 sono state dapprima integrate con le D.G.R.C. n. 6351/1999, n. 1036/2000, n. 659/2001 e con le

circolari dell'Assessore alla Sanità n. 238/SP del 22.2.2000 e n. 9873 del 10.4.2000.

Con la successiva D.G.R.C. n. 1270/2003 si è introdotta una ulteriore disciplina di dettaglio con riguardo agli aspetti procedurali per l'applicazione dei criteri stabiliti dalla citata delibera n. 377/98, ai fini dell'ampliamento della produttività delle strutture interessate parametrize ai requisiti richiesti dalla normativa in vigore.

In ultimo, con la D.G.R.C. n. 491/2006, tuttora vigente, la Regione Campania ha approvato, integrando la D.G.R.C. n. 377/1998, le procedure necessarie per la rimodulazione delle C.O.M. delle strutture private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di radioterapia e di branche a visita.

Si è in quella sede precisato, alla stregua di quanto già disposto dalla delibera n. 377/1998 e a modifica di quanto previsto al punto 5 dalla D.G.R.C. n. 1270 del 28.3.2003, che era demandata alla esclusiva competenza dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie territorialmente interessate la determinazione e il relativo riconoscimento dei carichi di lavoro massimi erogabili da ogni singolo soggetto erogatore privato provvisoriamente accreditato. In tale contesto ai provvedimenti dei Direttori Generali è stata conferita piena esecutività ed efficacia.

Inoltre, veniva riconosciuta alle strutture private accreditate la facoltà di chiedere l'aggiornamento/rimodulazione delle C.O.M. con indicazione dei relativi carichi di lavoro e, dove previsto, della tipologia dei livelli, in base ai requisiti posseduti al

31 dicembre dell'anno precedente, inoltrando domanda alla ASL territorialmente competente.

Per ottenere la rimodulazione della C.O.M. era e resta necessario, in ogni caso, un provvedimento espresso della ASL di carattere autorizzatorio, assunto all'esito di un'istruttoria tesa a verificare la concreta sussistenza dei requisiti di dotazioni tecnologiche, organizzative, funzionali e di personale.

Alla stregua della normativa vigente, quindi, la struttura sanitaria accreditata che eroghi prestazioni eccedenti la C.O.M. autorizzata non può ritenersi avere titolo per vedersene riconosciuta la relativa remunerazione. Il rispetto della capacità prestazionale in questione rappresenta, invero, un presupposto ineludibile per attestare che l'attività svolta corrisponda a quegli standard funzionali e qualitativi, preventivamente stabiliti dalla regolamentazione regionale proprio mediante parametri di potenzialità prestazionale esprimibile (in termini di prestazioni per unità di tempo) a seconda delle risorse di personale (medico e infermieristico) e delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche (Sez. Giur. Campania, sent. n. 2059/2012). Con particolare riferimento alla branca della diabetologia, nel cui ambito vanno inquadrare le vicende del presente giudizio, è necessario anzitutto rilevare che le prestazioni ambulatoriali effettuabili dalle strutture accreditate sono elencate nel protocollo operativo annesso alla D.R.G.C. n. 642/2009 che individua sia quali esami diagnostici e visite mediche specialistiche possono essere utili e, pertanto, eseguibili nella specifica patologia, sia la loro frequenza/cadenza temporale.

La varietà degli esami diagnostici e delle visite mediche evincibili dal ridetto protocollo fornisce un elemento caratteristico della patologia diabetica, necessitante, per le fasi della diagnostica e della terapia, di professionalità mediche di diversa specializzazione.

Pertanto, ogni struttura sanitaria privata operante nella branca della diabetologia dovrà essere dotata di medici appartenenti a diverse branche specialistiche per poter fornire un adeguato supporto diagnostico e terapeutico al paziente affetto da diabete. Di riflesso, le capacità prestazionali delle strutture in questione, espresse con le C.O.M. assegnate, avranno evidentemente carattere composito, essendo espresse in parametri prestazionali separati anche per le diverse specialità e prestazioni diagnostiche nelle quali è scandita la presa in carico del paziente diabetico e il suo costante percorso di monitoraggio diagnostico e terapeutico. Ciò anche sulla base delle previsioni contenute nella circolare dell'Assessorato regionale alla sanità n. 9873 del 10.4.2000, cui espressamente hanno fatto, nel tempo, richiamo sia la citata D.G.R.C. n. 7301/2001 che la successiva D.G.R.C. n. 491/2006.

3. Illustrato il quadro normativo di riferimento, occorre innanzitutto procedere all'esame delle eccezioni pregiudiziali e preliminari formulate dalle parti convenute.

3.1. In via pregiudiziale, dev'essere scrutinata l'eccezione di difetto di giurisdizione della Corte dei conti sollevata dall'ISCD sul presupposto che si verterebbe in tema di controversia devoluta alla cognizione di altro Giudice, ordinario o amministrativo.

Diversamente da quanto eccepito, il Collegio ritiene di dover affermare che la res litigiosa riguardi non già la corretta esecuzione del contratto, il rapporto di accreditamento o le modalità di determinazione della C.O.M., bensì il pregiudizio subito dalla ASL di Caserta per effetto della remunerazione di prestazioni in esubero in favore del ridetto Centro privato. Ciò viene, pertanto, a radicare la giurisdizione di questa Corte sulla base di una duplice relazione di servizio:

- di tipo organico tra i convenuti CORRERA, BLASOTTI, DE BIASIO, DELLI CARRI, MARCHESE, TARI, da un lato, e la ASL di Caserta, dall'altro, in termini di rapporto di pubblico impiego;
- di tipo funzionale tra l'ISCD (e la sua Direttrice sanitaria BATTAGLIA) e la ASL in ragione della attività pubblicistica di erogazione di prestazioni sanitarie in favore dell'utenza, acquisite e remunerate, con risorse collettive, dal S.S.R. nell'ambito di un rapporto di accreditamento istituzionale che inserisce la ridetta struttura privata nel sistema integrato dell'offerta sanitaria pubblica.

In ciò risiede, dunque, la pacifica soggezione alla responsabilità amministrativa per danno erariale dell'ISCD e della Direttrice BATTAGLIA, nonché dei dipendenti della ASL CORRERA, BLASOTTI, DE BIASIO, DELLI CARRI, MARCHESE e TARI.

3.2. Per quanto riguarda l'eccezione di difetto di legittimazione passiva, sollevata da convenuta DELLI CARRI, e fondata sulla titolarità di competenze meramente esecutive e prive di autonomia gestionale, la stessa risulta infondata e non merita accoglimento.

In disparte ogni profilo di merito non scrutinabile in questa sede, il Collegio reputa di dover rigettare la formulata eccezione riconoscendo alla DELLI CARRI il ruolo di giusto contraddittore del presente giudizio per la ricoperta posizione di Dirigente responsabile dell'U.O.S. Controllo Centri Accreditati della ASL di Caserta, ossia di figura apicale investita di poteri di prevenzione del danno in contestazione.

3.3. Procedendo nell'esame delle questioni preliminari, occorre vagliare, a questo punto, l'eccezione di inammissibilità degli atti istruttori compendiatati nella nota della G.d.F. del 23.5.2025.

La formulata eccezione deve essere sicuramente accolta per effetto della declaratoria di inutilizzabilità avverso la nota della G.d.F. pronunciata all'odierna pubblica udienza.

3.4. A seguire dev'essere scrutinata l'eccezione di prescrizione dell'azione di responsabilità avanzata dall'ISCD con riferimento alla annualità 2017 sul presupposto che, in mancanza di doloso occultamento del danno, risulterebbe ormai spirato il termine quinquennale di legge dai fatti contestati.

L'eccezione è infondata e dev'essere pertanto respinta.

Indipendentemente da qualsivoglia ipotesi di doloso occultamento, questo Giudice ritiene che l'odierna azione di responsabilità sia stata tempestivamente introdotta con riferimento alla annualità 2017 poiché, rispetto al deposito dell'atto di citazione, avvenuto il 15.5.2023, risulta ritualmente notificato, in data 22.2.2023, l'invito a dedurre quale idoneo atto interruttivo della prescrizione, considerato che al

termine quinquennale di legge vanno aggiunti 177 giorni di sospensione per Covid-19.

4. Esaurito l'esame delle questioni pregiudiziali e preliminari e passando ad esaminare il merito della controversia, il Collegio può procedere a verificare la sussistenza degli elementi tipici della responsabilità amministrativa nei confronti degli odierni evocati in via principale ed in via sussidiaria.

In primo luogo, occorre accertare la ricorrenza dell'ipotizzato danno a carico della ASL di Caserta conseguente alle dedotte indebite remunerazioni per prestazioni erogate dall'ISCD oltre la C.O.M. assegnata per la branca di diabetologia.

Dalla ricostruzione normativa sopra tratteggiata, si evince che l'interesse alla remunerazione di prestazioni extra budget non corrisponde ad un credito certo, liquido ed esigibile, ma ad una mera aspettativa subordinata al rispetto delle pattuizioni (tra cui la quantità e la qualità delle prestazioni nonché i tetti massimi di spesa) stabilite in convenzione, sicché le strutture private non hanno alcun titolo a remunerazioni non previste nelle convenzioni da esse stipulate (art. 8-quater d.lgs. n. 502/1992). Del resto, il dovere di rispettare la convenzione non ha una mera valenza di obbligazione civilistica, ma assume rilievo in funzione della tenuta complessiva del sistema sanitario e della concreta attuazione del diritto alla salute, in quanto ogni prestazione non in linea con la programmazione ed ogni sforamento del budget determina la distrazione delle cospicue ma comunque limitate risorse del S.S.N. dalle finalità e prestazioni

programmate, mettendo a rischio il sistema complessivo e, da ultimo, il diritto alla salute di una parte della collettività a danno di un'altra (Sez. Giur. Calabria, sent. n. 183/2022).

In altri termini, il rispetto del tetto di spesa rappresenta un dovere di servizio che deve ritenersi violato qualora avvengano sovra-prestazioni non previamente autorizzate e se ne ottenga ciononostante il pagamento, con la conseguenza che tale violazione può determinare, nella concorrenza degli altri requisiti di legge, una responsabilità amministrativa perseguibile in questa sede. Ciò in quanto il sistema delineato dal d.lgs. n. 502/1992, speciale e derogatorio rispetto all'art. 2041 cod. civ., difetta di ogni discrezionalità amministrativa, atteso che è prevista una programmazione della spesa, con fissazione di limiti inderogabili da parte di qualunque soggetto, pubblico o privato, di tal che non vi è necessità di un rifiuto espresso delle prestazioni extra budget, dovendo tale rifiuto presumersi iuris et de iure. A rigore, quindi, nessuna remunerazione può essere pretesa, nemmeno a diverso titolo (ad es. di arricchimento), pena la violazione della regola stessa della programmazione.

Con particolare riferimento al caso di specie, il Collegio, con ordinanza n. 221/2023, del 30.11.2023, ha chiesto al Ministero della Salute di verificare la capacità operativa massima (C.O.M.) assegnata all'ISCD per le prestazioni effettuate nella branca di diabetologia nel periodo 2016 – 2020 (primo quesito).

Il Ministero ha, al riguardo, fornito motivata e documentata risposta nei termini che seguono: “*L'atto di*

riconoscimento della C.O.M. della struttura ISCD è costituito dalla deliberazione n. 993 del 18.07.2012 (all. 2 agli accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta – prot. 606097 del 17.11.2022) valido per gli anni in esame 2016-2020 oggetto della presente verifica.

L'istanza 21.12.2017 presentata dalla struttura ISCD per ottenere la revisione COM per l'anno 2018 (all. 3 agli accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 606097 del 17.11.2022) non ha esitato in un formale provvedimento di accoglimento/rifiuto da parte dell'Autorità competente.

Alle pagg. 6/7 della nota del Nucleo di Polizia economico-finanziaria prot. 606097 del 17.11.2022 si legge: "...la dott.ssa Delli Carri Ida, dirigente Medico dell'U.O.S. Centri Accreditati per la Specialistica Ambulatoriale, ha precisato in atti che ".....Per i centri di diabetologia, ad eccezione delle richieste di revisione pervenute nell'anno 2018 e precedentemente esibite, non è mai stata formalizzata un incremento della C.O.M. che peraltro è rimasta invariata"

In assenza di formali provvedimenti di revisione della C.O.M. della struttura ISCD, la medesima è riconosciuta con la sopra richiamata deliberazione n. 993/2012 - per prestazioni massime per anno - nelle branche di seguito riportare, con relative specificazioni ed evidenze istruttorie riscontrate.

Diabetologia (codice branca x COM 028): 13.250 ore annuali – 53.000 prestazioni/anno (4 prestazioni/ora ex D.G.R.C. n. 491/2006, pag. 20 – all. 3 - accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 115680 del 04.03.2021) – personale del

centro: n. 1 diabetologo con funzioni di Direttore sanitario a 40 h/w + n. 6 diabetologi per 240 ore settimanali.

Le prestazioni rientranti nella branca specialistica della diabetologia sono individuate dalla D.G.R.C. n. 642/2009 [all. 3 alla email ad oggetto Fasc. I00249/2020/SNT-FRN - Acquisizione al fascicolo istruttorio di documentazione reperita da fonti aperte - art. 59, co. 4 c.g.c., doc. 21 del fascicolo] in questi termini: “... alla luce delle già richiamate linee di indirizzo sulla gestione dei pazienti diabetici (DGRC n. 37/2004 e DGRC n. 1168/05),” possono “essere erogate le prestazioni attinenti alla patologia diabetica comprese nel nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGRC n. 1874/1998, con compartecipazione alla spesa da parte del paziente” Oculistica (codice branca x COM 016): 3.900 ore annuali – 19.500 prestazioni/anno (5 prestazioni/ora ex D.G.R.C. n. 491/2006) – personale del centro: n. 2 oculisti per complessive 78 ore settimanali.

Nell’anno 2017 la ASL di Caserta ha osservato una minore dotazione organica di specialisti oculisti (come risultante dalla documentazione agli atti dell’azienda sanitaria, piattaforma Saniarp), rispetto a quella riportata nella sopra citata delibera COM del 993/2012 (nota ASL CE n. 92126/C.PRES.ACC. del 7.4.2023 - all. 1 alla integrazione accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 24027/23 del 2.05.2023). Ciò ha comportato, come riferito dal dott. Edgardo Di Lullo, Direttore f.f. della U.O.C. Acquisto e controllo prestazioni esterne Strutture Accreditate della ASL di Casera dal 18.11.2022, “una revisione in minus del numero di prestazioni rimborsabili, con la contemporanea richiesta di emissione di nota di credito

quantificata secondo il criterio del “costo medio”. Non risulta agli atti del procedimento che tale revisione abbia inciso sul provvedimento COM 933/2012 ma solo sul riconoscimento delle prestazioni da remunerare nell’anno di riferimento (richiesta di emissione di nota di credito a favore della ASL Caserta per 38.665,64 euro determinato secondo il criterio del “costo medio”).

Cardiologia (codice branca x COM 002): 3.050 ore annuali – 12.200 prestazioni/anno (4 prestazioni/ora ex D.G.R.C. n. 491/2006); aumentata di 400 ore annuali per cod. n. 88.73.5 = eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici e per cod. n. 88.77.2 = ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso - personale del centro: n. 5 cardiologi per complessive 61 ore settimanali + n. 1 chirurgo vascolare per complessive 8 ore settimanali.

Dalla nota ASL Caserta nr. 827173/C.PRES ACC del 7.6.2021 (all. 4 alla integrazione accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 240274/23 del 02.05.2023) emerge che le prestazioni di chirurgia vascolare sono state conteggiate nel numero di 1.600 all’anno (400 ore x 4 prestazioni/ora).

Il Direttore f.f. U.O.C. Acquisto e Controllo Prestazioni esterne strutture Accreditate dell’ASL Caserta con nota ASL CE n. 92126/C.PRES.ACC. del 7.4.2023 (all. 1 alla integrazione accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 24027/23 del 2.05.2023) ha:

- richiamato al riguardo le “Linee di indirizzo per l’organizzazione dell’attività di diabetologia e percorso assistenziale per il paziente diabetico” (D.G.R.C. n. 1168 del 16.09.2005 – all. 2 alla email ad oggetto Fasc.

I00249/2020/SNT-FRN - Acquisizione al fascicolo istruttorio di documentazione reperita da fonti aperte - art. 59, co. 4 c.g.c., doc. 21 del fascicolo) e la DRGC n. 378/1998 che definisce le competenze della singola specialità;

- rappresentato che le prestazioni codici 88.73.5 e 88.77.2 possono essere effettuate da “uno o più professionisti laureati in medicina e chirurgia e specialisti in malattie cardiovascolari (angiologia o chirurgia vascolare) addetti esclusivamente all'erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale previste per la branca di cardiologia”;

- indicato la Commissione Verifica Capacità Operative – DRGR n. 491/06 come soggetto atto a fornire una interpretazione autentica della deliberazione 993/2012. Si trascrive dalla richiamata DRGR n. 491/06 (all. 3 - accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 115680 del 04.03.2021) “La definizione dei carichi di lavoro massimi erogabili da ogni singolo soggetto erogatore di prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, derivante dai requisiti strumentali, strutturali e professionali posseduti, la cui determinazione e relativo riconoscimento rientra nella esclusiva competenza dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente interessate, rappresenta solo la Capacità Operativa Massima (C.O.M.) invalicabile attribuita, ma non rappresenta un diritto ad effettuare per il SSR un tale numero di prestazioni, essendo tale limite demandato alla contrattazione con le AA.SS.LL. territorialmente competenti, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modif. ed integrazioni, sulla base di criteri e modalità applicative definiti,

preventivamente, con provvedimento della Giunta Regionale, anche con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative esistenti in Regione Campania”

A pag. 6 della nota del Nucleo di Polizia economico-finanziaria prot. 606097 del 17.11.2022 si legge: “la dott.ssa Delli Carri Ida, dirigente Medico dell’U.O.S. Centri Accreditati per la Specialistica Ambulatoriale, ha precisato in atti che “.....le Capacità Operative Massime dei Centri privati accreditati sono state definite da un’apposita commissione, istituita con deliberazione aziendale. L’ultima commissione C.O.M., nominata con deliberazione n. 271 del 14.07.2011 ed integrata con deliberazione n. 1369 del 08.08.2011, è stata operativa fino all’anno 2015/2016, data in cui i componenti hanno variato l’incarico. Dopo tale data, la Commissione non è stata più nominata e, con deliberazione n. 165 del 16.09.2016, le funzioni sono state demandate al competente Servizio - per i centri accreditati la competenza è passata, quindi, all’U.O.S. centri accreditati. (...).”;

Neurologia (codice branca x COM 015): 3.000 ore annuali – 12.000 prestazioni/ anno (4 prestazioni/ora ex D.G.R.C. n. 491/2006); - personale del centro: n. 3 neurologi per complessive 60 ore settimanali;

Biologia: 2.000 ore annuali (n. 1 Biologo per 40 ore/settimana);

Ecografie addominali (codice 002): 500 ore annuali – 1.500 prestazioni/anno (4 prestazioni/ora: esame ecografico per osservazione di un singolo organo; 3 prestazioni/ora: esame ecografico addome/addome superiore/addome inferiore – ex DGRC n. 491/2006).

In data 7 aprile 2023 sono stati esibiti al Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta della Guardia di Finanza dei prospetti sinottici afferenti al periodo 2016/2020, relativi alle prestazioni sanitarie rendicontate nella branca della cardiologia, oculistica, gastroenterologia diabetologica del centro ISCD s.r.l. (all. 1 - nota ASL CE n. 92126/C.PRES.ACC. del 7.03.2023 a firma del dott. Edgardo Di Lullo, avente ad oggetto: “verbale di operazioni compiute del 31.03.2023 – alla nota di integrazione accertamenti istruttori prot. 240274/23).

In detti prospetti sono stati eliminati gli esami di nefrologia (branca specialistica non ricompresa nella COM della struttura ISCD) precedente associati all'ecografia all'addome superiore per coesistenza riportata alla voce complicanze renali dalla D.G.R.C. n. 642/2009.

Sulla base delle considerazioni espresse, l'incaricato Ministero ha conclusivamente affermato che:

“La struttura ISCD è accreditata nei limiti della capacità operativa massima alla stessa assegnata con deliberazione del Direttore Generale della ASL di Caserta n. 993 del 19 luglio 2012, in vigore nel periodo 2016-2020.

La tipologia di prestazioni rientranti nelle branche specialistiche per l'attività diabetologica - per le quali la struttura privata è accreditata - è determinata a livello regionale (D.G.R.C. n. 642/2009; D.G.R.C. n. 491/2006; D.G.R.C. n. 1168 del 16.09.2005)”.

Con il secondo quesito, è stato chiesto al Ministero di verificare la sussistenza di sforamenti della C.O.M., indicando in caso affermativo gli importi corrisposti

dalla ASL in favore dell'ISCD per prestazioni erogate in eccesso.

In proposito, ha evidenziato quanto segue:

“Dalla disamina della documentazione in atti, sembra risultare che i rapporti intercorrenti tra l'azienda sanitaria territoriale e gli erogatori privati accreditati della branca a visita di diabetologia in oggetto, ivi compresa la struttura ISCD, siano stati strutturati sulla base di accordi contrattuali (all. 9 - accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 115680 del 04.03.2021), che riconoscono la dimensione qualitativa e quantitativa delle prestazioni ammesse a remunerazione attraverso un mero e diretto rinvio alle indicazioni di fabbisogno e budget di livello aziendale.

Il sistema sembra, quindi, articolarsi in un riconoscimento in termini contrattuali al livello di rapporto tra ASL e singola Struttura accreditata, di quelli che già si presentano come limiti massimi per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato nello specifico ambito assistenziale della branca di diabetologia (fabbisogni assistenziali – numero di prestazioni annue/tetto di risorse finanziarie utilizzabili per acquisto da privato accreditato-budget aziendale).

Ai sensi degli articoli 5, 5 bis, 6 e 7, degli accordi contrattuali esaminati in atti, infatti, la specifica quantificazione degli importi remunerati a rimborso in favore dell'erogatore privato accreditato si fonda su di un meccanismo dinamico in cui, dati i fabbisogni aziendali e i relativi budget di acquisto da privato per branca, ciascun operatore dichiara con cadenza mensile all'ASL (entro il giorno 10 del mese soggettivo all'erogazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, dell'accordo contrattuale) il

volume di prestazioni già erogato e fatturato “anche tramite il portale regionale Sani.Arpa”.

La ASL, con cadenza altrettanto mensile, provvede a comunicare a ciascun operatore: a) la percentuale consuntiva di consumo dei tetti di spesa aziendali; b) la data di raggiungimento di dette percentuali di consumo, secondo quanto previsto dall’articolo 5, commi 3 e 4, dell’accordo contrattuale.

Ne deriva un meccanismo volto, essenzialmente, a garantire la continuità assistenziale monitorando e temperando senza soluzione di continuità l’andamento dei “consumi” del budget aziendale da parte di ciascuna struttura privata accreditata. In tale senso, appare declinata anche l’applicazione su base trimestrale degli istituti della regressione tariffaria e del margine di tolleranza del 10% di eventuali sforamenti (parametrati in undicesimi dei tetti di spesa aziendali annui di branca), volto a consentire un recupero in corso d’anno degli eventuali sforamenti registrati.

Il tutto assumendo come limite massimo di remunerabilità il rispetto della capacità operativa massima espressamente riconosciuto in sede di accreditamento di ciascuna struttura.

Quello che appare mancare, rispetto al modello di accordo contrattuale di cui all’articolo 8 quinquies del D.lgs. 502/92 è tuttavia l’individuazione a priori di un “tetto-budget” di prestazioni assegnato, relativo a ciascuna struttura cui si riferisce il singolo accordo contrattuale per un dato periodo di riferimento, essenzialmente l’anno solare.

In tali circostanze, come peraltro appare confermato dalla disciplina e delle funzioni del “tavolo tecnico” di cui

all'articolo 6 degli accordi contrattuali esaminati in atti, l'individuazione dell'esatta dimensione delle prestazioni ammesse a remunerazione per ciascuna struttura dipende dalla "determinazione del valore medio delle prestazioni differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza", sostanzialmente negoziato nella sede del suddetto tavolo tecnico.

L'articolo 7, ai commi 1 e 2, degli accordi contrattuali, in tal senso, specifica che la remunerazione delle prestazioni erogate e rendicontate avviene su base mensile ed è articolata in un acconto del 90% del fatturato e un successivo saldo del 10%, articolato in 4 tranche sostanzialmente trimestrali.

Tale articolazione su base infra-annuale, come affermato nell'ambito dei medesimi accordi contrattuali, dovrebbe risultare funzionale a consentire un recupero medio-tempore degli eventuali sforamenti dei tetti di spesa, attraverso un'applicazione sostanzialmente trimestrale della regressione tariffaria e la rimodulazione delle attività erogate da includere nelle note di credito rivolte all'ASL ai sensi dell'articolo 6, comma 5, degli accordi contrattuali. Il tutto per evitare, o comunque per rendere meno probabile, che si verifichi uno sforamento delle Capacità Operative Massime determinate su base annuale per ciascuna struttura in sede di rilascio del relativo accreditamento istituzionale ex articolo 8 quater del D.lgs. 502/92. Tale circostanza, infatti, causerebbe l'applicazione del divieto di remunerazione delle prestazioni rese oltre il limite delle capacità operative massime, come peraltro espressamente previsto

all'articolo 5, comma 5, degli accordi contrattuali. L'applicazione di un meccanismo di rilevazione progressiva degli sforamenti, sia con riferimento ai tetti/budget aziendali di branca sia con riferimento alle capacità operative massime di struttura, infatti, consente di applicare meccanismi di recupero di entrambi gli sforamenti nella prospettiva del relativo calcolo su base annuale.

In tal senso, con specifico riferimento alla prospettiva di remunerare o meno le prestazioni rese in eccesso rispetto alla capacità operativa massima di struttura, all'articolo 7, comma 4, degli accordi contrattuali si prevede che "il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo", con l'evidente obiettivo di consentire una verifica, a fine esercizio, dell'effettiva consistenza del superamento delle capacità operative massime.

Quello che ne risulta appare come un sistema molto complesso di calcolo delle effettive spettanze in favore delle strutture accreditate e chiamate ad erogare prestazioni a carico del SSN, con l'obiettivo di garantire la continuità operativa del sistema di erogazione di prestazioni da parte del privato accreditato, ma che appare essenzialmente basato direttamente sul rapporto di accreditamento ex articolo 8 quater del D.lgs. 502/92 piuttosto che sull'accordo contrattuale ex articolo 8 quinquies. In tale contesto, il volume di attività rilevante in termini di capacità operativa massima della struttura accreditata sembra sostanzialmente coincidere con il volume di attività ammessa a rimborso, quindi acquistata da parte dell'ASL territoriale, nei limiti generali del proprio

budget/ tetto di spesa per l'intero novero degli acquisti da privato accreditato in una data branca di attività sanitaria.

Tale conformazione del modello di interazione pubblico-privato, della cui astratta aderenza ai principi di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale si esula nell'ambito della presente disamina, determina comunque una difficoltà sistemica nel distinguere la dimensione dell'apporto che ciascuna struttura privata accreditata è chiamata ad assicurare all'erogazione di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, generalmente espressa con la fissazione di budget di struttura attraverso l'accordo contrattuale, rispetto al livello ottimale di funzionamento in termini di qualità, oggetto delle capacità operative massime individuate in sede di accreditamento contrattuale.

Premesso quanto sopra, si rappresenta che, al fine di sviluppare la risposta al quesito, sono stati considerati validi i dati contenuti nei files C, depositati all'interno del fascicolo del giudizio (all. 7 agli accertamenti istruttori del Nucleo di Polizia economico-finanziaria di Caserta prot. 606097 del 17.11.2022), in ragione della relativa natura di esiti sostanzialmente automatici del sistema di monitoraggio e dei relativi debiti informativi in capo alla singola struttura sanitaria.

Da un punto di vista metodologico, ha rappresentato che: "le prestazioni eccedenti sono state individuate in base ad un criterio cronologico, vale a dire come prestazioni erogate in epoca successiva al raggiungimento del valore limite. Il valore delle prestazioni eccedenti è stato determinato dalla sommatoria delle singole prestazioni eccedenti la C.O.M.

Alla prestazione eccedente è stata attribuita la relativa tariffa onde quantificare le eccedenze in termini finanziari”.

Gli esiti delle relative verifiche sono riportati nelle tabelle sintetiche della relazione (pp. 9, 10, 11 e 12).

Ha poi aggiunto che: *“Per la cardiologia/chirurgia vascolare è stato considerato un valore soglia complessivo di n. 13.800 prestazioni, dato dalla sommatoria del valore soglia (12.200) della cardiologia e del valore soglia (1.600) per la chirurgia vascolare, in linea con l’interpretazione recepita dalla stessa Azienda Sanitaria Locale di Caserta”.*

Con riferimento alle prestazioni di “gastroenterologia” (ecografie addominali), ha puntualizzato che: *“La deliberazione n. 993/2012, tranne che per l’oculistica, stabilisce il rapporto di n. 4 prestazioni/ora quale parametro di riferimento per il calcolo del numero massimo di prestazioni erogabili nell’ambito delle branche specialistiche rientranti nella branca della diabetologia. La DGRC n. 491/2006, in relazione alla specialistica della diagnostica per immagini, all’interno della quale sono contemplati gli esami di ecografia addome superiore, nel fissare il rapporto prestazioni/ora opera un’ulteriore precisazione ovvero distingue tra: a) esame ecografico che contempla l’osservazione del singolo organo per cui è applicato il citato rapporto di n. 4 prestazioni/ora; b) esame ecografico che implica l’osservazione dell’addome superiore ed inferiore, è applicato un rapporto ridotto di n. 3 prestazioni/ora. Per completezza, si rielabora la relativa tabella considerando quale limite massimo il valore soglia di 2000 prestazioni, anziché 1500”.*

A questo punto, ha proceduto *“a ricostruire la situazione delle fatture emesse dalla struttura privata nei confronti della ASL di Caserta e dei pagamenti eseguiti da quest’ultima nei confronti della prima. Dette fatture individuano la tipologia delle prestazioni erogate in forma aggregata secondo una logica di branca (es. “prestazioni diabetologia mese di febbraio”). La sorte capitale corrisposta è stata decurtata delle eventuali note di credito, laddove emesse, secondo il principio di competenza”, senza tener conto “degli ulteriori oneri generati dalle azioni giudiziarie intraprese dalla struttura sanitaria privata (spese legali, interessi, ecc.)”.*

Ha inoltre rappresentato che *“per quanto concerne l’anno 2020, il totale fatturato assomma a € 5.360.304,85; tuttavia la ASL ha rifiutato fatture per “superamento COM” per un ammontare pari a € 1.906.076,29, con la conseguenza che il fatturato “accettato” assomma a € 3.454.228,56”. A ciò ha fatto seguire “il prospetto riepilogativo, sostanzialmente coincidente con quello predisposto dal Nucleo di Polizia Economico-Finanziaria della Guardia di Finanza di Caserta (prot. n.606097 del 17.11.2022, cfr. pag.40)” rimarcando di aver provveduto, per ciascuna annualità, ad individuare il limite massimo di produzione entro COM e a confrontarlo con i pagamenti ricevuti “poiché il quesito formulato chiede di indicare unicamente gli importi pagati in eccesso rispetto ai limiti derivanti dalla COM”.*

Ha infine precisato che il *“fatturato entro COM” è stato determinato sottraendo dalla produzione da file C le eccedenze riepilogate nella TABELLA 1, fermo restando che tali eccedenze possono essere calcolate soltanto per*

quelle branche in relazione alle quali la ASL ha stabilito una COM.”

Alla stregua di quanto evidenziato, il Ministero della Salute ha così concluso:

“Sulla base della ricostruzione operata, soltanto per l’anno 2019 è dato rilevare il pagamento di un importo superiore a quello fatturabile entro COM, per un ammontare di € 321.592,31”.

Le valutazioni compiute dal Ministero risultano in questa sede del tutto condivisibili in quanto prive di vizi logici e supportate da esauriente e congrua motivazione nonché corroborate da puntuali dati numerici e documentali.

Nello specifico, il Collegio ritiene di dover concordare con la liquidazione del danno erariale, in origine quantificata dalla Procura in complessivi euro 1.805.142,38, ed ora rideterminata nel minore importo di euro 321.592,31 parametrato al danno accertato con riferimento alla sola annualità 2019.

Nello specifico, appare correttamente applicata dalla relazione ministeriale la metodologia per il computo del c.d. Delta utile alla individuazione delle remunerazioni indebite per prestazioni extra C.O.M., avendo il Ministero calcolato le rilevate eccedenze sottraendo dal fatturato complessivo prodotto quello ritenuto liquidabile secondo C.O.M., alla stregua della corrispondente tabella 1 (pp. 9 - 10 della relazione). Il Ministero ha, poi, individuato il fatturato effettivo, ovvero l’importo ottenuto dalla sottrazione tra quanto effettivamente prodotto dall’ISCD e le note di credito dallo stesso emesse negli anni oggetto di causa, come

rappresentato da ulteriore tabella 2 (p. 11 della relazione). Una volta ottenuto il fatturato entro C.O.M. ha, inoltre, computato il Delta per gli anni oggetto del giudizio, effettuando una sottrazione tra quanto pagato dalla ASL ed il fatturato entro C.O.M., all'esito delle seguenti operazioni:

- Anno 2016: euro 1.078.078,29 (pagato) meno euro 1.270.227,71 (fatturato entro C.O.M.) = Δ 0;
- Anno 2017: euro 1.412.757,11 (pagato) meno euro 1.572.795,92 (fatturato entro C.O.M.) = Δ 0;
- Anno 2018: euro 1.416.584,20 (pagato) meno euro 1.569.131,28 (fatturato entro C.O.M.) = Δ 0;
- Anno 2019: euro 2.186.622,11 (pagato) meno euro 1.865.029,80 (fatturato entro C.O.M.) = Δ 321.592,31;
- Anno 2020: euro 1.422.029,03 (pagato) meno euro 2.517.915,21 (fatturato entro C.O.M.) = Δ 0.

Alla stregua delle operazioni compiute, sulla base della documentazione riversata in atti, si è quindi giunti alla condivisibile affermazione che soltanto per l'anno 2019 si è verificato un pagamento da parte della ASL superiore al fatturato entro C.O.M. per euro 321.592,31, corrispondente, cioè, alla remunerazione per prestazioni rese in esubero dall'ISCD rispetto alla C.O.M. assegnata per la diabetologia.

Nel confutare la sussistenza di tale danno da indebito esborso, le parti convenute hanno sollevato varie eccezioni tra cui:

- 1) la tollerabilità dello sforamento C.O.M. entro il limite del 15% (ISCD, CORRERA, DELLI CARRI, MARCHESE, TARI).

Tale eccezione va disattesa in quanto ogni remunerazione di prestazione extra C.O.M. si presume inutile e dannosa, configurando un pregiudizio risarcibile indipendentemente dall'entità dello sforamento come affermato dalla più recente giurisprudenza di questa Corte (al riguardo, già Sez. Giur. Calabria, sent. n. 183/2022).

2) la compensazione giudiziale con un credito vantato dall'ISCD nei confronti della ASL per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2020 innanzi al Giudice civile (ISCD, BATTAGLIA).

Anche tale eccezione dev'essere respinta in ragione della autonomia del giudizio contabile rispetto al giudizio civile, con la conseguenza che eventuali compensazioni tra debito erariale e crediti aliunde accertati e riconosciuti (ad es. in sede civile) potranno trovare applicazione soltanto in executivis;

3) la compensatio lucri cum damno a fronte dell'utilitas conseguita dalla ASL per le prestazioni extra C.O.M. comunque rese dall'ISCD in favore all'utenza.

Parimenti tale eccezione non merita accoglimento.

In proposito, ritiene il Collegio che il danno contestato non possa essere escluso né ridotto ai sensi dell'art. 1, comma 1 bis, l. n. 20/1994, sulla base dei vantaggi conseguiti dalla Amministrazione danneggiata o dalla comunità amministrata in conseguenza dell'atto illecito. Ciò in quanto nei rapporti che coinvolgono l'Amministrazione la valutazione della c.d. utilità gestoria non può essere automaticamente equiparata a quella civilistica, ma deve tener conto dei parametri fissati dalla legge a tutela dei preminenti interessi

pubblici, quali apprezzati in primo luogo dal legislatore e rispetto ai quali sono recessivi gli altri interessi collettivi o privati che con essi interferiscono (Sez. Riun., sent. n. 80/1996).

Ne consegue che non è configurabile alcun arricchimento della ASL di Caserta, da opporre in compensazione, in relazione a condotte illecite perpetrate dall'ISCD, atteso che il legislatore, nel fissare rigorosi presupposti nella determinazione della C.O.M., ha precluso la possibilità che il dettato normativo possa essere sostanzialmente vanificato attraverso una valutazione ex post di vantaggi di natura fattuale.

Ne discende, per l'effetto, il divieto di compensare anche parzialmente il danno con i vantaggi conseguiti dalla ASL e dall'utenza, in virtù della presunzione legislativa di inutilità delle prestazioni rese in esubero dall'ISCD, da cui scaturisce il carattere indebito dell'intero esborso economico sostenuto dalla ASL.

Pertanto, respinte le formulate eccezioni 1), 2) e 3) sulla base delle condivisibili riflessioni svolte dalla relazione ministeriale, il Collegio conferma la quantificazione del pregiudizio da indebite remunerazioni nel complessivo ammontare di euro 321.592,31, corrispondente al pagamento di importi superiori a quelli fatturabili entro C.O.M. per prestazioni rese in esubero nella branca di diabetologia nel corso della annualità 2019.

Nello specifico, tale danno è imputato in via principale e per l'intero all'ISCD per avere intenzionalmente rendicontato, fatturato ed incassato a rimborso dalla ASL prestazioni sanitarie dallo stesso erogate oltre i limiti C.O.M., nella ridetta annualità, in spregio della

normativa vigente, ciò integrando gli estremi di una condotta antigiuridica connotata dall'elemento psicologico del dolo.

Sotto il profilo del nesso eziologico, l'anzidetto pregiudizio è riconducibile, appunto, alla condotta con cui il menzionato Centro privato, per conseguire ingiuste remunerazioni, ha disatteso le regole di programmazione dell'offerta sanitaria e di razionalizzazione dei relativi costi, determinando a carico della ASL un indebito esborso.

Peraltro, non si ha evidenza positiva in atti che la ASL abbia riconosciuto l'esistenza, la quantità e il valore di tali prestazioni extra budget, avendone al contrario contestato la debenza, sicché lo sforamento dei limiti prestazionali all'uopo fissati ha reso inutile la relativa spesa pubblica per tutte le prestazioni erogate in eccedenza dal Centro privato, riflettendo la C.O.M. un indice di qualità ed utilità delle stesse.

A conferma di ciò milita, altresì, il tenore dei contratti annualmente stipulati tra le parti secondo i quali le prestazioni extra C.O.M. *“non saranno in alcun modo remunerate”*, ciò configurando sostanzialmente un aliud pro alio rispetto a quanto atteso dalla ASL di Caserta. Diversamente l'ISCD avrebbe potuto e dovuto rispettare la C.O.M. assegnata e non più modificata per la branca di diabetologia, attenendosi ai limiti prestazionali e di fatturato previamente stabiliti in ossequio al principio di programmazione della spesa sanitaria.

Passando ad esaminare la posizione della convenuta BATAGLIA, Direttrice sanitaria dell'ISCD, evocata in via principale, in solido, con il ridetto Centro privato, si

ritiene che la stessa debba rispondere di una parte del danno liquidato nella minor somma di euro 43.000,00, per prestazioni extra C.O.M. della sola annualità 2019, inferiore, quindi, alla richiesta iniziale computata dal requirente sul biennio 2019–2020.

Tale pregiudizio è riconducibile, sotto il profilo causale, alla condotta, commissiva ed omissiva, a mezzo della quale l'interessata, in violazione dei propri doveri di servizio quale responsabile organizzativa ex artt. 53, l. n. 128/1968 e 4, comma 2, l. n. 412/1991, ha consapevolmente tollerato la confusione organizzativa e gestionale in seno all'ISCD - rilevata dalla ASL Caserta nei propri controlli del luglio 2020 – omettendo l'esercizio dei dovuti poteri di controllo ed intervento sull'adeguatezza tecnico – sanitaria ed organizzativa dell'attività del Centro privato affidato alla propria direzione, favorendo così il prodursi dall'eccedenza prestazionale rispetto alla C.O.M. assegnata alla branca di diabetologia.

Al contrario, la convenuta BATTAGLIA avrebbe potuto e dovuto intervenire prontamente, con idonee iniziative, per arginare la massiva erogazione di prestazioni in esubero nel corso dell'intera annualità 2019; iniziative della cui adozione non è stata fornita alcuna sufficiente prova in atti.

Per quanto concerne l'invocata scriminante di cui all'art. 21, comma 2, d.l. 76/2020, conv. con modificaz. dalla l. n. 120/2020, anche questa eccezione è infondata e non può essere accolta.

Tale scriminante trova, del resto, applicazione alle sole condotte gravemente colpose perpetrate

successivamente alla entrata in vigore della suddetta normativa. Al contrario, dalla documentazione prodotta in giudizio, emerge, per un verso, la cosciente volontà di lucrare remunerazioni per prestazioni in esubero rispetto alla C.O.M. assegnata; per altro verso, la sussistenza di una condotta inquadrabile nel corso del 2019, anteriormente cioè all'entrata in vigore della normativa 2020.

Venendo, a questo punto, ad esaminare la posizione della dipendente della ASL Ida DELLI CARRI, la stessa risulta evocata in via sussidiaria nel presente giudizio, a titolo di colpa grave e limitatamente alla annualità 2019. In proposito, il Collegio ascrive a carico all'interessata un danno da indebito esborso, equitativamente determinato, in relazione all'anno 2019, nella somma di euro 45.000,00, corrispondente a circa 1/6 dell'importo di euro 289.088,86, originariamente domandato dal requirente per tale annualità, tenuto conto della complessità normativa e fattuale del contesto di riferimento e dell'assenza di qualsivoglia illecito arricchimento.

Nello specifico, dalla documentazione in atti si evince che tale pregiudizio consegue, sotto il profilo eziologico, alla condotta gravemente colposa con cui l'interessata, in qualità di responsabile dell'U.O.S. Controllo Centri Accreditati della ASL ha omesso e/o svolto con rilevanti mancanze ed errori, in spregio dei propri compiti di servizio, le prescritte attività di controllo e riconciliazione dei dati prestazionali con i limiti C.O.M.

Al contrario, dal punto di vista della condotta attesa e concretamente esigibile, l'odierna convenuta, per il ruolo

ricoperto ed i compiti assegnati, avrebbe dovuto ricostruire a consuntivo sia i termini di manifestazione temporale e quantitativa delle eccedenze C.O.M., sia il valore delle numerose prestazioni da defalcare (quest'ultimo pari al costo rendicontato), in modo da permettere una compiuta emersione dell'indebito con richiesta a ISCD di uno storno (a mezzo di note di credito) realizzabile anche attraverso compensazioni con quanto dovuto, onde evitare l'insorto pregiudizio a carico della ASL. Né risultano attendibili le dichiarazioni rese dall'interessata, a titolo di esimente dalla colpa grave, fondate sulla osservanza del limite di spesa annuale contrattualizzato, considerato, altresì, l'ammissione al pagamento di prestazioni inferiori come importo al valore economico medio delle prestazioni previste dalla Deliberazione Aziendale n. 993/2012 (pp. 4 e 5 memoria del 19.6.2025). Tali dichiarazioni risultano, del resto, smentite dalla relazione del Ministero della Salute che per l'anno 2019, rileva per la diabetologia uno sforamento della C.O.M. assegnata e del tetto di spesa previsto.

Passando, a questo punto, all'esame della posizione delle altre parti convenute e, segnatamente dei dipendenti della ASL, MARCHESE, TARI, DE BIASIO, BLASOTTI e CORRERA, per motivi di economia processuale, il Collegio ritiene opportuno verificare, secondo il principio della "*ragione più liquida*", se dalla documentazione in atti, emerga in modo palese l'infondatezza della domanda attrice per insussistenza di uno degli elementi costitutivi del prospettato addebito e, segnatamente, del danno risarcibile.

Come noto, il principio della “*ragione più liquida*” sottende un approccio interpretativo teso a verificare le soluzioni sul piano dell'impatto operativo rispetto a quello della coerenza logico - sistematica, con esame prioritario di una questione assorbente e di rapido scrutinio, idonea a consentire la definizione del giudizio, indipendentemente dalla circostanza che essa riguardi il rito o il merito (Cass. Sez. Un., sent. n. 9936/2014; III Sez. Appello, sent. n. 620/2016; Sez. Giur. Lazio, sent. n. 83/2017; Sez. Giur. Abruzzo, sent. n. 40/2017; Cass. Civ., sent. n. 11458/2018; Sez. Giur. Campania, sent. 180/2023).

In quest'ottica, i profili di evidenza ed idoneità possono sostituire quello dell'ordine delle questioni da trattare per motivi di economia e di celerità processuale (Cass. Civ., sent. n. 2909/2017; III Sez. Appello, sent. n. 222/2019; Sez. Giur. Campania, sent. n. 84/2025 e n. 221/2025), così ch  la causa   decisa “*sulla base della questione ritenuta di pi  agevole soluzione - anche se logicamente subordinata, senza che sia necessario esaminare previamente le altre*” (III Sez. Appello, sent. n. 620/2016).

Applicando il principio illustrato al caso di specie, si ritiene opportuno procedere direttamente allo scrutinio circa la sussistenza del danno da indebito esborso a carico della ASL nel perimetro della sola annualit  2019, come correttamente stabilito dalla relazione ministeriale, integralmente condivisa da questo Giudice. Cos  delimitato l'ambito temporale del danno accertabile, dall'esame della posizione di ciascuno dei ridetti citati si evince l'assenza di un danno risarcibile

per l'annualità 2019 in considerazione delle richieste avanzate dalla Procura.

A tal proposito, si consideri, infatti, che l'addebito formulato riguarda una spesa non dovuta riferita ad annualità diverse dalla annualità 2019, come dimostrato dalle richieste risarcitorie illustrate in citazione nei termini che seguono: CORRERA euro 45.845,65 di cui euro 25.865,81 per il 2017 ed euro 19.979,84 per il 2018; BLASOTTI euro 45.845,65 di cui euro 25.865,81 per il 2017 ed euro 19.979,84 per il 2018; DE BIASIO euro 61.127,54 di cui euro 34.487,74 per il 2017 ed euro 26.639,79 per il 2018; MARCHESE euro 160.022,33 di cui euro 73.902,31 per il 2017 ed euro 86.120,02 per il 2018; TARI euro 12.851,31 per il 2017 (pp. 59 – 61 dell'atto di citazione).

Ne deriva, per l'effetto, come per i convenuti CORRERA, BLASOTTI, DE BIASIO, MARCHESE e TARI risulti carente qualsivoglia specifica contestazione di danno con riferimento alla annualità 2019, con la conseguenza che gli stessi devono essere assolti dagli addebiti loro ascritti nel presente giudizio erariale.

5. Conclusivamente, per tutti i motivi illustrati, il Collegio accoglie parzialmente la domanda attrice e, per l'effetto:

1.1. Condanna in via principale l'ISCD al pagamento, in favore della ASL di Caserta, dell'importo di euro 321.592,31, oltre accessori e Marina BATTAGLIA al pagamento, in solido, fino all'importo di euro 43.000,00, oltre accessori;

1.2. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

2.1. Condanna in via sussidiaria Ida DELLI CARRI al pagamento, in favore della ASL di Caserta, della somma di euro 45.000,00, oltre accessori;

2.2. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

3. Dispone la conversione in pignoramento dell'autorizzato sequestro conservativo ai sensi degli artt. 80 c.g.c. e 686 c.p.c. nei limiti dell'importo di condanna;

4.1. Assolve Arcangelo CORRERA, Amedeo BLASOTTI, Mario DE BIASIO, Fulvio MARCHESE e Michele Giuseppe TARI dagli addebiti loro ascritti;

4.2. Condanna, ai sensi dell'art. 31, comma 2, la ASL di Caserta a pagare le spese di lite liquidate in favore di: CORRERA per euro 2.600,00, BLASOTTI per euro 2.600,00, DE BIASIO per euro 3.700,00, MARCHESE per euro 3.800,00, TARI per euro 1.500,00, oltre spese generali, IVA e CPA.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Campania, definitivamente pronunciando, in parziale accoglimento della domanda attrice:

- Condanna in via principale l'ISCD e Marina BATTAGLIA e in via sussidiaria Ida DELLI CARRI per le ragioni di cui in parte motiva;
- Le spese di lite, poste a carico delle parti soccombenti, sono liquidate con separata nota di Segreteria;
- Dispone la conversione in pignoramento dell'autorizzato sequestro conservativo ai sensi degli artt. 80 c.g.c. e 686 c.p.c. nei limiti dell'importo di condanna;

- Assolve Arcangelo CORRERA, Amedeo BLASOTTI, Mario DE BIASIO, Fulvio MARCHESE, Michele Giuseppe TARI per le ragioni di cui in parte motiva;

- Condanna, ai sensi dell'art. 31, comma 2, la ASL di Caserta a pagare le spese di lite liquidate in favore di: CORRERA per euro 2.600,00, BLASOTTI per euro 2.600,00, DE BIASIO per euro 3.700,00, MARCHESE per euro 3.800,00, TARI per euro 1.500,00, oltre spese generali, IVA e CPA.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Napoli, all'esito della camera di consiglio del giorno 10 luglio 2025.

L'ESTENSORE

(Gabriele Pepe)

Firma digitale

IL PRESIDENTE

(Paolo Novelli)

Firma digitale

Depositata in Segreteria il giorno 21/10/2025

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Maurizio Lanzilli)

(Firma digitale)