

n.29176

Sent.245/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI SEZIONE GIURISDIZIONALE LOMBARDIA

composta dai Magistrati:

Antonio CARUSO

Presidente

Vito TENORE

Giudice rel.

Massimo CHIRIELEISON

Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità, ad istanza della Procura Regionale, iscritto al numero 29176 del registro di segreteria, nei confronti di:

Masini Stefano, nato ad Azzate il 3/3/1947, c.f. MSN SFN 47C03A531O, res.te a Buguggiate (VA), Via Trieste n. 60, rappresentato e difeso dall'avv. Pasquale Mantello del Foro di Cosenza (c.f. MNTSQL66P09D086T – Fax 0332/286008 - Pec avv.pasqualemantello@pec.giuffre.it), e presso il di lui Studio Sec. In Varese, Via della Brunella n. 4 elett.te dom.to, giusta procura in atti;

Albieri Eleonora, res.te in via G. Comolli 7 Solbiate Con Cagno 22070 (C.F. LBRLNR56P65L682L), rappresentata e difesa dall'avv. Angelo Demetrio (C.F. DMTNGL72R22H224Z), con studio in Melito di P.S. via 1° Maggio n.30, domiciliato presso lo studio dell'avv. Francesco Adriano Orlando via Pietro Micca 2 in Milano, giusta procura in atti, fax 0965.781546 o all'indirizzo PEC studiolegaledemetrio@pec.it;

Lorenzon Dario, residente a Gallarate, in via Assisi, n. 40/D, cod. fisc. LRNDRA63B28D869K, rappresentato ed assistito, come da procura in atti,

dall'avv. Aldo Travi (cod. fisc. TRVLDA52C22B300R, pec: aldo.travi@busto.pecavvocati.it; fax 0331.324220) e dall'avv. Elena Travi (cod. fisc. TRVLNE83B58G388G), pec: elena.travi@busto.pecavvocati.it; fax 0331.324220), entrambi con studio in Busto Arsizio, via G. Ferraris n. 7, e con domicilio eletto ai fini del giudizio a Milano, piazza Cinque Giornate n. 5 presso l'avv. Enzo Barilà (cod. fisc. BRLNLN63D03F205C; pec: enzo.barila@milano.pecavvocati.it);

Tadiello Sergio, nato il 3.3.1960 a Castronno (VA) e ivi residente in Via Panoramica n. 34, C.F.: TDLSRG60C03C343W, rappresentato e difeso ai fini del presente giudizio, giusta delega in atti, dall'avvocato Sergio Carnevale del Foro di Milano (C.F. CRNSRG65C05F205F - PEC. sergio.carnevale@milano.pecavvocati.it) ed elettivamente domiciliato presso il suo studio in Milano, viale Lazio n. 4, si costituisce in giudizio, dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione, ai sensi degli Artt. 133 e 176 cpc, a mezzo pec al seguente indirizzo sergio.carnevale@milano.pecavvocati.it;

letta la citazione in giudizio ed esaminati gli altri atti e documenti fascicolati;
richiamata la determinazione presidenziale con la quale è stata fissata l'udienza per la trattazione del giudizio;
ascoltata, nell'odierna udienza pubblica del 25.9.2019, la relazione del Magistrato designato prof. Vito Tenore e uditi gli interventi del Pubblico Ministero nella persona del Vice Procuratore Generale cons. Alessandro Napoli e degli avv. Mantello, Demetrio, Travi e Carnevale per le parti convenute;

viste le leggi 14 gennaio 1994, n. 19 e 20 dicembre 1996, n. 639; visto il d.lgs. 26.8.2016 n.174.

FATTO

1. Con atto depositato il 18.7.2018, la Procura citava in giudizio Stefano Masini, Dirigente Responsabile dell'U.O. Convenzioni e Marketing della Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) dal 1.2.2001 al 31.5.2009, Eleonora Albieri, Coordinatrice dall'1.6.2009 e divenuta referente della S.S. Sistemi di Accesso, convenzioni e libera professione dell'Azienda dal 29.3.2013, Dario Lorenzon Direttore di ragioneria e Sergio Tadiello, direttore amministrativo della medesima Azienda, esponendo quanto segue:

a) che, a seguito di verifiche della Guardia di Finanza di Varese, la Procura erariale era stata notiziata il 22.10.2015 di un possibile danno erariale derivante dalla mancata riscossione da parte della Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) dei ticket dovuti dai pazienti fruitori di prestazioni di Pronto Soccorso in c.d. codice bianco (patologie ordinarie) quale compartecipazione alla spesa sanitaria per evitare i c.d. "abusi" delle prestazioni di P.S.;

b) che la verifica della Guardia di Finanza aveva evidenziato, nell'arco temporale 1.1.2003-31.12.2014, il frequente mancato pagamento del predetto ticket ed il frequente mancato avvio delle procedure per il recupero dei ticket non versati, sebbene la deliberazione della Giunta regionale della Lombardia 10 dicembre 2002, n. 11534, che aveva istituito il pagamento del ticket, prescriveva per i medici del Pronto Soccorso di consegnare il referto ai pazienti assistiti in "codice bianco" solo dopo il pagamento del ticket,

mentre non solo i referti risultavano essere stati consegnati in assenza del pagamento, ma in molti casi non erano state esperite le azioni necessarie per recuperare i relativi crediti;

c) che il danno erariale era pari ad euro 266.125,00 per il periodo 2003-2005 relativo a crediti ormai prescritti per il recupero dei ticket dai pazienti, e ad euro 633.350,00 per il periodo 2006-2013 connotato da inerzie recuperatorie da parte dell'Azienda descritte alle pp.6 - 7 della citazione;

d) che i supplementi istruttori delegati alla GdF, a prescindere dalla gestione degli incassi dei ticket 2006-2014 e relative problematiche non oggetto di questo giudizio (pari ad euro 519.580,00 e suscettibili di future iniziative della Procura), avevano evidenziato (relazione 26.10.2016 GdF) che i solleciti ai pazienti per il pagamento del ticket omesso era avvenuto di regola con posta ordinaria e allegato bollettino e solo occasionalmente con raccomandata AR e che non si era proceduto all'iscrizione a ruolo delle annualità 2003-2004 per ragioni legate all'incertezza delle informazioni sui pagamenti (alcuna evidenza vi era dei pagamenti con bollettini fatti a Poste Italiane nel 2003, smarriti, mentre risultavano oggetto di scarto nel 2013 vari documenti, tra cui quelli del 2003) e per carenze informatiche sull'incrocio dei dati tra attività erogate dal P.S. e incassi dei ticket;

e) che la dr.ssa Vania Ferrari, dirigente della Settelaghi di Varese, sentita dalla Procura, aveva tra l'altro chiarito che l'incrocio tra somme incassate e prestazioni erogate dal P.S. era avvenuto dal febbraio 2015 a seguito di accesso della GdF, che ci potevano essere incertezze nei conteggi per casi di bollettini di ticket pagati da persona diversa dal paziente o per

bollettini pagati ma non trasmessi all'Azienda dalle Poste, che non esisteva

un conto dedicato in via esclusiva alla ricezione dei pagamenti dei ticket;

f) che la GdF aveva altresì chiarito, con nota 8.3.2017 n.147088, che

nei diversi esercizi finanziari dal 2003 al 2015, i crediti sorti dai mancati

pagamenti dei ticket da codice bianco di P.S., non erano mai stati inseriti in

bilancio aziendale come crediti da riscuotere e che la ragioneria non era

dunque stata a conoscenza di detti crediti e la circostanza era stata

confermata dal dr. Dario Lorenzon, Direttore della S.C. Economico-

Finanziaria dell'ASST dei Sette Laghi, il quale aveva, con nota 23.3.2017

n.16370, chiarito che *“la contabilizzazione avveniva al momento*

dell'incasso, poiché i software di contabilità e quelli relativi al governo

delle movimentazioni dei codici bianchi erano, e sono, diversi e non

interfacciati. Pertanto, non sono stati contabilizzati crediti per codici

bianchi poiché, appunto, l'esistenza dell'operazione diveniva nota a questa

struttura al momento dell'incasso”;

g) che l'importo dei crediti non riscossi e prescritti presso l'Ospedale di

Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) in relazione al periodo 2003-2005, era

pari ad Euro 229.615,00 (anno 2003: 3.230 pari ad Euro 137.350,00; anno

2004: 1.463 posizioni pari ad Euro 62.450,00; anno 2005: 719 posizioni pari

ad Euro 29.815,00), analiticamente dettagliati in allegato alla nota della

G.d.F. prot. n. 0531024/2017 del 12/9/2017, con l'indicazione nominativa

dei pazienti morosi nei confronti dei quali l'azienda non aveva esercitato il

diritto di credito, anche rinnovando tempestivamente l'eventuale messa in

mora;

h) che tale danno era in primo luogo ascrivibile al geom.Stefano Masini, Dirigente Responsabile dell'U.O. Convenzioni e Marketing della Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) dal 1.2.2001 al 31.5.2009, ed alla dr.ssa Eleonora Albieri, Coordinatrice dall'1.6.2009 e divenuta referente della S.S. Sistemi di Accesso, convenzioni e libera professione dell'Azienda dal 29.3.2013, per non aver adottato atti interruttivi della prescrizione con raccomandata AR (imposti da elementari principi di cura dell'interesse pubblico, e anche della D.G.R. VII/11534 del 10.12.2002), per non aver assunto misure organizzative per un puntuale monitoraggio dei pagamenti dei ticket non immediatamente saldati dai pazienti del P.S, per non aver effettuato un minimo di controllo su quanto effettivamente incassato dai ticket per prestazioni di P.S. e, la sola Albieri, per non aver denunciato a questa Corte il danno erariale da mancato introito di somme prescritte;

i) che la responsabilità era poi da ascrivere anche al dr. Sergio Tadiello, direttore amministrativo della medesima Azienda dal 1.2.2003 al 31.1.2011 (dopo essere stato direttore di ragioneria sino al gennaio 2003), per pluriennale omessa adozione di misure organizzative per consentire l'imputazione dei pagamenti dei ticket per le prestazioni di P.S. in codice bianco alle prestazioni rese, in modo da avere contezza dei crediti non pagati, e per reiterata violazione degli obblighi di vigilanza sull'operato del dirigente responsabile, in carica *ratione temporis*, in relazione al mancato recupero dei crediti dell'ente pubblico (anche sotto forma di avocazione dei relativi procedimenti), quantomeno verificando l'adozione di atti interruttivi della prescrizione;

j) che la responsabilità era infine da ascrivere anche al dr. Dario Lorenzon, Direttore di struttura complessa ragioneria, per omessa denuncia alla Procura contabile dell'avvenuta prescrizione dei crediti Aziendali 2003-2005 nascenti dagli omessi versamenti di ticket, per omessa segnalazione agli organi Aziendali della necessità di monitorare i pagamenti dei ticket, per non aver inserito in bilancio e nelle scritture contabili i crediti per ticket codice bianco, così violando veridicità e trasparenza dei bilanci e precludendo verifiche degli organi di controllo interni (revisori) e della sezione controllo della Corte dei Conti ex art.170, L. n.266/2005;

k) che la colpa grave dei quattro convenuti era altresì traibile dalla elevata qualifica degli stessi, dalla pluriennale inerzia nel recupero crediti e dalla entità della somma non riscossa per gli anni 2003-2005;

l) che l'acclarato danno di euro 229.615,00 era ascrivibile pro-quota ai gravemente colpevoli convenuti nelle seguenti misure: 30% al geom.Masini (euro 68.884,50), 30% alla dr.ssa Albieri (euro 68.884,50), 20% al dott.Tadiello (euro 45.923,00), e 20% al dott.Lorenzon (euro 45.923,00);

m) che le deduzioni fatte pervenire dai convenuti in riscontro al notificato invito, non erano risultate idonee a superare le contestazioni mosse.

Tutto ciò premesso, la Procura chiedeva la condanna pro-quota dei convenuti, nella misura sopra indicata, al pagamento a favore della ASST dei Sette Laghi della somma di euro 229.615,00 oltre accessori e spese di lite.

2. Si costituiva il geom. Masini, difeso dall'avv.Mantello, eccependo quanto segue:

a) la nullità della citazione ex art. 87 D.lgs. 174/2016, per difetto di corrispondenza tra la contestazione formulata in "invito a dedurre" ed imputazione contenuta in citazione, essendo nell'invito contestato un concorso parziario in responsabilità amministrativa del 20% (da suddividere con la dr.ssa Barbieri), mentre in citazione del 60% (sempre da suddividere con la dr.ssa Barbieri);

b) la prescrizione dell'azione erariale, essendo il credito per i ticket non riscossi 2003-2005 connotato da prescrizione non già decennale, ma quinquennale (decorsa nel 2010), quale tassa a carattere commutativo per servizi resi dalla Azienda Ospedaliera, analoga a quella vigente per gli affini tributi locali dovuti a titolo di corrispettivo di forniti servizi pubblici: quali TARI, TASI, Tassa acqua, Contributi consortili etc;

c) che, nel merito, il Masini, quale Responsabile dell'U.O. Convenzioni e Marketing, era investito, nell'ambito delle attribuzioni del proprio Ufficio, di funzioni amministrative preminentemente esecutive delle "direttive del Responsabile del Servizio di Staff" (Responsabile della Direzione Aziendale integrata Day Hospital, Day Surgery e Sistema Poliambulatoriale), come recitava testualmente la Deliberazione Organizzativa n. 1489 del 10/8/2001 del D.G. e non aveva dunque potestà organizzative ed autonome di impulso su tutte le questioni e materie che, pur ricomprese nel proprio Ufficio, restavano tuttavia assoggettate alle Direttive dell'Organo Superiore Sovraordinato;

d) che in data 31/5/2009 – giusta Delibera Direttore Generale 580 del 14/5/2009 in atti - era cessato dall'incarico ben prima che maturasse la prescrizione decennale dei Ticket sanitari;

e) che, in ogni caso, non vi era prova del danno da prescrizione dei crediti 2005, in quanto le contestate 719 posizioni creditorie da Ticket "non riscosse e non azionate con racc. A/R", per un danno erariale di € 29.815,00, non risultavano corroborate da validi documenti probatori, ma addirittura smentite dalle "Schede riepilogative delle prestazioni in codice bianco per l'anno 2005" (in atti come doc. 25 allegato alla citazione); in particolare, erano state intraprese per le posizioni non versate spontaneamente adeguate iniziative di sollecito a mezzo Racc. A.R., culminate nella riscossione di diverse posizioni e nell'avvio della procedura riscossiva per altre, e che avevano comunque interrotto ed escluso la prescrizione per le rimanenti posizioni insolute, salvo per quelle appurate come esenti ed inesigibili;

f) che per i ticket 2003-2004, invece, la maggior parte dei versamenti erano stati effettuati mediante Bollettini Postali che, tuttavia, non erano stati regolarmente trasmessi e registrati e molti dei quali, pure, già acquisiti dall'Azienda, erano andati smarriti al momento dell'indagine contabile, espletata oltre 10 anni dopo e quindi oltre il termine di legge di tenuta e conservazione dei documenti; era possibile, pertanto, che le pratiche di quelle annualità, risultanti insolute, fossero state in realtà in buona parte riscosse e non registrate;

g) che, fino al 2007, era mancata completamente un sistema di monitoraggio e collegamento che consentisse agli Uffici esterni al Pronto Soccorso di verificare se e per quante e quali prestazioni in codice bianco fosse stato o meno versato il relativo Ticket, circostanza che aveva precluso al Masini, non solo di avere notizia di eventuali evasioni contributive dei Ticket del P.S., ma anche di intraprendere qualsivoglia iniziativa volta a

porvi rimedio; in ogni caso, le funzioni attribuite all'U.O. Convenzioni e Marketing non prevedevano attribuzioni dirette all'Ufficio in tema di recupero crediti inevasi da prestazioni sanitarie o di impulso per altri uffici, in quanto la verifica e controllo sull'effettivo pagamento o meno dei Ticket in codice bianco era demandato (in base alla DGR VII/ 11534 del 10/12/2002) al dipartimento del P.S. che, per questo, era gravato dell'obbligo di non rilasciare il referto sino all'incasso del Ticket;

h) che, in via gradata, appariva eccessiva l'imputazione del 30% del danno al Masini e, comunque, l'entità complessiva non era certa per il possibile parziale recupero non documentato o oggetto di smarrimento documentale, o, ancora, per la presuntiva quantificazione media in 42,50 euro del ticket, pari alla media tra 35 e 50 euro previsti per le varie prestazioni di P.S.

Ciò premesso, la difesa, ribadite le preliminari eccezioni, chiedeva il rigetto della domanda nel merito e, in via gradata, una più equa quantificazione della quota ascrivibile al Masini.

3. Si costituiva la dr.ssa Albieri, difesa dall'avv. Demetrio, eccependo quanto segue:

a) la non ascrivibilità della contestata condotta omissiva alla dr.ssa Albieri, non rientrando nelle proprie mansioni il controllo sui ticket o il recupero crediti, essendo stata, con deliberazione n.1159 del 22.06.2001, preposta, quale posizione organizzativa, al mero ruolo amministrativo di "Coordinamento Del CUP presidio di Varese" (non avente compiti di riscossione ticket) con eccellenti valutazioni di servizio e poi, dall'1.06.2009, al coordinamento di tutta l'attività amministrativa per gli

aspetti legati alle Convenzioni & Marketing, con dipendenza gerarchica dalla Direzione Sanitaria guidata dal dr.Roberto Riva, nonché dipendenza funzionale dalla struttura di coordinamento delle attività ambulatoriali CUP e poi Convenzioni e Marketing, la cui dirigente, succeduta al dr Masini, era però la dr.ssa Tagliasacchi (non evocata in giudizio al pari del dr Riva), e senza attribuzioni di compiti di controllo;

b) che la Direzione Sanitaria aveva sempre esercitato, tutte le attività, amministrativa (questa fino all'1.03.2013), di controllo e di organizzazione dei punti di accesso al Pronto Soccorso, compresi i ticket codice bianco, nonché il controllo sul continuo e corretto funzionamento dei punti di riscossione ticket, anche qui fino al 2013 (cfr. all. 1 piano organizzativo 2013);

c) che la Delibera di Giunta Regionale D.G.R. VII/11534 del 10 dicembre 2002 che stabilisce che il pagamento del ticket doveva “essere effettuato prima del rilascio della documentazione sanitaria relativa a prestazioni rese, attivandosi, nel caso di impossibilità, alla riscossione di quanto dovuto”, pur inviata via mail o con altri mezzi ai Primari, quali il dr. Perlasca responsabile del P.S., non era stata recepita in delibera aziendale e non era dunque nota a tutti i dipendenti per un suo recepimento organizzativo; da qui la prassi di consegnare il referto di P.S. anche in assenza di prova del prescritto previo pagamento del ticket;

d) che con patologico ritardo i vertici Aziendali avevano adottato le delibere n. 1189 del 23.12.2016, e n. 0242 del 22.03.2017 (allegati 3 e 4), con cui veniva per la prima volta emanato il “Regolamento Aziendale in tema di recupero Crediti”, ovvero lo strumento che si sarebbe dovuto

adottare nel 2002 al fine di poter dare vigenza ed operatività interna alla norma regionale;

e) che la dott.ssa Albieri non poteva adottare gli atti interruttivi della prescrizione contestati dalla Procura, nonché ogni iniziativa utile alla riscossione dei crediti, in quanto non era a conoscenza degli insoluti sui ticket e l'ufficio nel quale era collaboratore amministrativo e non disponeva degli elementi per poter valutare i dati, dati che peraltro nessuno mai aveva richiesto – in virtù di una normativa mai recepita - o trasmesso;

f) che sino all'1.6.2009 le funzioni di recupero crediti genericamente intesi, erano di spettanza del Responsabile dell'U.O. Convenzioni & Marketing, in persona del geometra Masini Stefano, il quale non aveva mai informato il dott. Riva o la dott.ssa Tagliasacchi del mancato recupero dei crediti derivanti da ticket codice bianco per le annualità 2003-2004-2005, senza che vi fosse alcun passaggio di consegne da parte del precedente Responsabile dell'U.O., geom. Masini, alla nuova Responsabile dott.ssa Tagliasacchi. Di conseguenza neppure l'odierna convenuta aveva mai ricevuto informative e/o segnalazioni *de relato*, su tali insoluti;

g) che i crediti sorti per i mancati pagamenti dei ticket da codice bianco di P.S. per gli anni 2003-2005, non erano mai stati inseriti in bilancio aziendale come crediti da riscuotere, quindi nessuno si era potuto accorgere di tali crediti, né la responsabile Tagliasacchi, né *de relato* la collaboratrice amministrativa Albieri;

h) che, in ordine ai ticket non riscossi, le casse dell'ufficio accettazione erano state dalla Procura erroneamente definite cassa CUP, ove la dr.ssa Albieri lavorava, ma nulla avevano a che fare con il CUP per l'ospedale di

Varese; nel periodo di riferimento non rientrava dunque tra i compiti attribuiti al CUP di Varese ed alla dr.ssa Albieri quello recupero ticket o di emanare dei provvedimenti necessari per superare la criticità di interfaccia tra i sistemi informatici afferenti i ticket; parimenti tali mansioni mai le erano state attribuite nella successiva funzione di coordinatrice del settore

Convenzioni e Marketing;

i) che la dott.ssa Albieri, non rientrava in nessuna delle figure apicali indicate dall'art.52, c.g.c., e come tale obbligata alla denuncia di danno erariale preteso in citazione dalla Procura, di cui comunque non era mai stata a conoscenza, gravando l'obbligo su dirigenti o sul direttore Perlasca, non evocati in giudizio, che ben conoscevano gli obblighi recuperatori dei ticket omessi, come da dichiarazioni fatte al PM;

j) che difettava comunque la colpa grave nella condotta contestata e che il *quantum* del danno ascritto era eccessivo, valutando il contributo causale di propri dirigenti non evocati in giudizio.

Tutto ciò premesso, la difesa invocava, previa chiamata in garanzia della compagnia di assicurazioni Generali, il proprio difetto di legittimazione passiva e, nel merito, il rigetto della domanda; in via gradata, una più corretta ascrizione del *quantum* contestato.

4. Si costituiva il dr. Lorenzon, difeso dagli avv. A. ed E.Travi, eccependo quanto segue:

a) che il ticket per le prestazioni di Pronto Soccorso a pazienti in codice bianco istituito in Lombardia con deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 2002, n. 11534 risultava di applicazione problematica, sia perché nelle Aziende ospedaliere gli sportelli in grado di ricevere il pagamento dei

ticket erano soggetti ad un orario di apertura, e comunque non avevano un orario continuato di 24 ore su 24, come invece vale per il Pronto Soccorso, sia perché i medici del Pronto Soccorso si rifiutavano di applicare la disposizione regionale, invocando il loro codice deontologico secondo il quale la consegna del referto costituisce una componente della prestazione medica e pertanto non può essere subordinata alla previa effettuazione di prestazioni patrimoniali;

b) che i medici del P.S. segnalavano l'effettuazione della prestazione in codice bianco alla competente struttura dell'Azienda ospedaliera e che la struttura dell'Azienda ospedaliera di Varese addetta all'attività di recupero dei crediti in questione negli anni 2003 – 2005 (e in tutti gli anni successivi) era l'Unità Operativa Convenzioni e Marketing in base al Piano organizzativo aziendale del 2004 (doc. n.4 difesa);

c) che tale Unità operativa procedeva a verificare quotidianamente i verbali di pronto soccorso per prestazioni in codice bianco per accertare se fosse stato corrisposto il ticket dai pazienti non esenti; compilava il bollettino di pagamento che veniva trasmesso con raccomandata a.r. al paziente, previo protocollo in uscita; qualora la raccomandata non fosse stata recapitata (un terzo di tutte le raccomandate inviate) l'Unità avviava, presso il Comune la ricerca dell'indirizzo anagrafico procedendo a trasmettere per raccomandata all'indirizzo corretto una nuova richiesta di pagamento; in caso di mancato pagamento, avviava le ulteriori attività di recupero;

d) che l'Unità operativa Convenzioni e Marketing (poi Struttura di Accesso, Convenzioni e Libera Professione) dipendeva, all'epoca dei fatti,

dal Dipartimento amministrativo, a sua volta direttamente soggetto al Direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera (cfr. deliberazione del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera 25 febbraio 2004, n. 247 – ns. doc.to n. 4); poi, successivamente, la stessa Unità operativa era stata posta alle dipendenze della Direzione sanitaria (cfr. deliberazione del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera 6 agosto 2008, n. 935, e deliberazione del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera 15 novembre 2012, n. 1030, ns. doc.ti n. 5 e n. 6);

e) che la struttura di cui era dirigente il dr. Lorenzon non era l'Unità Operativa Convenzioni e Marketing, ma era l'Unità Gestione Risorse Economico-finanziarie che dipendeva dal Dipartimento amministrativo, a sua volta direttamente soggetto al Direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera, e non aveva alcuna relazione gerarchica con l'Unità Operativa Convenzioni e Marketing, né tanto meno con le strutture del Pronto soccorso;

f) che il documento, prodotto in giudizio dalla Procura (all.to 3 alla Relazione della Guardia di finanza prodotta come doc.to n. 1), in cui veniva identificata come competente per il recupero dei crediti in oggetto la struttura "Risorse economico-finanziaria" dell'Azienda ospedaliera, non riguardava la vicenda in esame: trattavasi del regolamento approvato, ma solo con deliberazione dirigenziale del 23 dicembre 2014, per altra Azienda ospedaliera (l'Azienda ospedaliera di Busto A.-Saronno-Tradate);

g) che la contestata omessa denuncia del danno da intervenuta prescrizione del credito alla Corte dei Conti ex art.1, co.3, l. n.20 del 1994, non era ascrivibile al dr.Lorenzon, in quanto non addetto all'ufficio ove si

erano verificati i fatti dannosi, ovvero quello preposto al recupero ticket

(Unità Operativa Convenzioni e Marketing), il cui vertice era gravato da

detto obbligo di denuncia;

h) che la prescrizione risultava comunque determinata – oltre che

dall'omesso pagamento del ticket da parte dei soggetti obbligati – dalla

irreperibilità di pazienti (per morte, per indicazione di dati anagrafici erronei

al Pronto soccorso, per assenza di residenza per molti stranieri usi ad andare

in P.S. in assenza di propria assistenza medica regolare, per trasferimento

all'estero senza lasciare indirizzo – situazione verificatasi frequentemente

nel caso di pazienti stranieri);

i) che, sebbene a ciò non tenuto, già nell'ottobre del 2003 il dr.

Lorenzon aveva segnalato alla Direzione amministrativa di aver avuto

notizia che le procedure di riscossione dei ticket per prestazioni di pronto

soccorso in codice bianco non risultavano soddisfacenti (doc.to n. 3 difesa),

ma i vertici non avevano adottato accorgimenti correttivi;

j) che il Pronto soccorso dell'Ospedale di circolo di Varese non

trasmetteva neppure l'elenco dei nominativi dei pazienti assistiti in codice

bianco e che non vi era un sistema informatico che consentisse di verificare

la corrispondenza dei dati dei pazienti assistiti nei Pronto soccorso per

prestazioni in codice bianco con i dati inseriti sui bollettini (consegnati ai

pazienti dal Pronto soccorso) con i quali gli stessi pazienti avrebbero dovuto

effettuare il pagamento del ticket;

k) che la struttura diretta dal dr. Lorenzon, per ragioni di ordine

contabile, riceveva istituzionalmente comunicazione da Poste Italiane di

tutti i pagamenti effettuati all'Azienda ospedaliera, ivi compresi quelli

effettuati mediante bollettini di conto corrente postale per il ticket del Pronto soccorso, ma non riceveva con regolarità dal Pronto soccorso i dati relativi ai pazienti assistiti in codice bianco, e non era dunque in grado di verificare, in assenza di un software che collegasse entrate postali e dirette con prestazioni di P.S. (installato solo dopo le annualità oggetto di causa), se tali pazienti provvedessero regolarmente ai pagamenti e non aveva dunque potuto inserire in bilancio eventuali crediti per omessi pagamenti (il modello di bilancio-tipo redatto dalla Regione per l'Azienda prevedeva, tra l'altro, una mera voce di "crediti da soggetti privati" e non specifica per i ticket del P.S.); in ogni caso, il mancato inserimento in bilancio non era prova di danno erariale;

l) che lo smaltimento-scarto dei bollettini 2003, avvenuto nel 2013, ad opera dell'Ufficio diretto dal Lorenzon, su suo impulso, era avvenuto, alla scadenza del termine decennale prescritto da norme interne ("Prontuario di selezione per gli archivi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere", approvato con apposito atto d'indirizzo dalla direzione dell'amministrazione archivistica del Ministero dei beni culturali) e previo assenso della Sovrintendenza, per ragioni di spazio (doc.to n. 7 difesa); tale scarto non aveva comunque impedito alla GdF di effettuare verifiche e quantificare il danno da mancato introito;

m) che, dal danno ipotizzato da mancato introito seguito da prescrizione, andavano comunque scomputati gli importi relativi a pazienti irreperibili, pari ad euro 82.900,00, calcolati secondo criteri di verosimiglianza; andava inoltre calcolato il costo del recupero crediti attivabile dalla Azienda per

ricerche anagrafiche, raccomandate eaggio per Equitalia, pari a circa 87.000,00 euro.

Tutto ciò premesso, la difesa del Lorenzon chiedeva il rigetto della domanda e, in via gradata implicita, una sua più equa rideterminazione nel *quantum*.

5. Si costituiva infine il dr. Tadiello, difeso dall'avv. Carnevale, eccependo quanto segue:

a) che la Procura aveva irragionevolmente disposto l'archiviazione nei confronti degli altri due direttori amministrativi Colombo e Micale, evocando il solo dr. Tadiello, che aveva svolto la funzione di direttore amministrativo dal 1.2.2003 al 31.1.2011;

b) che la Procura non aveva valutato il contesto complessivo in cui si erano verificati i fatti di causa, connotato, in aggiunta ai compiti ordinari (tra i quali il coordinamento di tutte le strutture amministrative aziendali), da importanti lavori, ampliamenti, ammodernamenti, impegni economici e riorganizzazioni radicali dell'ospedale di Varese dal 2003 al 2007 (Monoblocco del Nuovo Ospedale di Varese, del Padiglione degli Infettivi, degli ospedali di Cittiglio e di Luino e del Polo Materno Infantile), impegni che avevano pienamente coinvolto e assorbito il direttore amministrativo Tadiello, privo di adeguato personale e costretto a difendersi anche in complesse vicende penali connesse a tali opere, chiusesi con assoluzione piena; tali assorbenti incombenze straordinarie erano state dunque preminenti rispetto a qualsivoglia analisi sui ticket, soprattutto perché non erano state segnalate criticità sul punto dalle UO competenti;

c) che, grazie alla predetta notevole ed intensa attività della Direzione Amministrativa, sotto la direzione del dott. Tadiello, oggi l'ASST dei Sette Laghi, già Azienda Ospedaliera di Varese, costituiva un polo universitario di eccellenza della sanità lombarda;

d) che, in capo al direttore amministrativo, non vi era alcun obbligo di provvedere direttamente alla riscossione e/o alla sollecitazione del pagamento dei crediti, ivi compresi i ticket, ma solamente un generale dovere "strategico" di controllo e vigilanza e non di sopperire attivamente ed in prima persona alle carenze gestorie dei suoi delegati o degli addetti alla riscossione dei crediti;

e) che erano dunque altre le unità deputate al controllo, come l'UO economico finanziaria in stretto collegamento con l'UO affari generali e legali, tenute a segnalare alla direzione strategica ed al Direttore Amministrativo le problematiche circa il recupero dei crediti relativi ai ticket, effettuando relative proposte e programmi diretti a relativo recupero;

f) che difettava dunque la colpa grave, anche *in vigilando*, nella condotta contestata, non potendo essere al Tadiello imputato un obbligo di controllo analitico su tutte le singole pratiche di recupero dei microcrediti di Euro 25,00 cadauno per i ticket relativi ai codici bianchi, né una verifica sull'invio delle lettere interruttive della prescrizione, e ciò soprattutto in un periodo di complesse attività straordinarie da gestire;

g) che, in ogni caso, il recupero dei ticket di modesto importo individuale avrebbe comportato costi superiori al recupero reale, con possibile danno erariale, e quindi le scelte fatte dalla Azienda sulle modalità di recupero attenevano al merito, insindacabile dalla Corte;

h) che, previ controlli sugli elenchi dei pagamenti postali effettuati predisposti in foglio *excel* dalla AO di Varese, erano comunque state attivate iniziative sollecitatorie e recuperatorie Aziendali, che avevano portato ad un recupero del 60% delle sofferenze, come indicato nel prospetto a pagg.21 e 22 della comparsa: a fronte di un ammontare complessivo di microcrediti relativi al periodo 2003 – 2006 per un importo complessivo di Euro 746.380,00 riguardanti 17.811 posizioni erano stati recuperati per iniziativa dell'AO di Varese microcrediti per l'importo complessivo di Euro 468.885,00 riguardanti 11.414 posizioni e l'insoluto era stato pari ad Euro 277.495,00 riguardanti 6397 posizioni (importo superiore ai 229.615,00 euro contestati dalla Procura);

i) che, in ogni caso, la Procura non aveva adeguatamente comprovato il *quantum* del danno, valutandolo in modo approssimativo e riducendolo poi del 50%.

Ciò premesso, la difesa del dr.Tadiello chiedeva il rigetto della domanda e formulava richieste istruttorie di acquisizioni documentali.

6. All'udienza del 25 settembre 2019, udita la relazione del Magistrato designato, prof.Vito Tenore, la Procura attrice e i difensori dei convenuti sviluppavano i rispettivi argomenti. Quindi la causa veniva trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Giova premettere come il fatto di danno contestato in questo giudizio dalla attrice Procura appaia, per gli univoci riscontri istruttori e le ammissioni degli stessi convenuti, di una solare evidenza, espressiva di una reiterata, pluriennale, se non addirittura clamorosa, indolenza e trascuratezza

omissiva e organizzativa dei dirigenti, dei sanitari e dei funzionari dell'Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) nell'assumere minimali linee organizzative tese ad incassare, nell'arco di molti anni di (gravemente) colpevole ed incomprensibile stasi (nel solo caso *sub iudice* dal 2003 al 2005, ma l'arco temporale si protrae fino al 2014) il ticket c.d. bianco dovuto dai numerosi pazienti fruitori di servizi resi dal Pronto Soccorso ospedaliero prima di ottenere la consegna del referto medico o della prescrizione.

Tale incondizionato obbligo di previo incasso stabilisce, in modo chiarissimo, la deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 2002, n. 11534 in atti, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito *web* della Regione Lombardia-Direzione Generale Sanità e testualmente destinata alla "*notifica del presente atto alle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno alla relativa diffusione nel territorio di relativa competenza*", con obbligo per le "*Aziende Sanitarie Locali di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del presente provvedimento*". La stessa, necessariamente nota al Direttore generale, al direttore amministrativo ed al direttore sanitario, era stata inviata via mail o con altri mezzi, come confermato dalla difesa della dr.ssa Albieri, a tutti i Primari, quali il dr. Perlasca responsabile del P.S., sebbene non fosse stata recepita in delibera aziendale (circostanza irrilevante in punto di vincolatività della DGR suddetta, diffusamente nota ai vertici delle varie articolazioni dell'Ospedale).

La delibera, come è noto a tutti (e soprattutto agli operatori ospedalieri che ne sono prioritari destinatari) nasce non solo per esigenze di

contenimento della spesa sanitaria (la Legge n.405/01, all'art. 5, ha introdotto il tetto di spesa per l'assistenza sanitaria territoriale), ma anche per evitare sovraccarichi in Pronto Soccorso (P.S. di seguito) per l'erogazione di prestazioni che dovrebbero essere effettuate in un altro regime assistenziale, come quello ambulatoriale, prassi diffusa che comportava (e in parte comporta a tutt'oggi) che le strutture di P.S. utilizzassero (e utilizzano ancora) risorse umane e strumentali per un compito che non è quello "istituzionale": infatti le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero sono spesso causate dalla volontà di superare le liste di attesa e di evadere la compartecipazione alla spesa, dovuta in regime ambulatoriale. Pertanto, le prestazioni erogate in maniera inappropriata nelle strutture deputate all'urgenza-emergenza sono considerate come una tipologia di attività non facente parte dei livelli essenziali di assistenza, così come stabiliti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001. Quindi, al fine di disincentivare un utilizzo inappropriato delle strutture di pronto soccorso, è stato da tale delibera regionale 11534 del 2012 stabilito un rimborso forfetario per l'erogazione nelle strutture di urgenza-emergenza di tali prestazioni aggiuntive. La quota a carico dei cittadini in codice bianco è stata stabilita in 35 Euro nel caso dell'effettuazione della sola visita specialistica, anche se eseguita da più specialisti o, in alternativa, di 50 Euro nel caso di effettuazione anche di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche correlate alla visita stessa.

Tale determinazione del 2012 ha permesso di non ledere in nessun modo le prestazioni garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché il diritto di accesso del cittadino alle strutture sanitarie, in quanto si è limitata a

ricondere l'erogazione delle prestazioni al corretto regime assistenziale, permettendo, inoltre, alle strutture deputate all'attività di urgenza-emergenza di svolgere al meglio il loro compito.

L'allegato B a tale delibera 11534 del 2002, testualmente recita:
“Ogni struttura erogatrice che svolge prestazioni in urgenza-emergenza deve informare adeguatamente il personale che opera nella medesima, sulla corretta applicazione di quanto previsto; inoltre deve provvedere alla comunicazione ed informazione dei cittadini, che devono essere adeguatamente informati sulla possibilità di dover corrispondere quanto previsto nel presente documento. Il pagamento della quota dovrà essere effettuata prima del rilascio della documentazione sanitaria relativa alle prestazioni rese, attivandosi, nel caso di impossibilità, alla riscossione di quanto dovuto”.

Poiché non vige nel nostro ordinamento una visione antropomorfa della P.A. (quasi fosse un “omone” di Ascarelliana memoria), le suddette disposizioni provvedimentali *“ogni struttura erogatrice.....deve informare”* e *“Il pagamento della quota dovrà essere effettuato”*, vanno necessariamente riferite alle persone fisiche preposte alle strutture aziendali e dunque, nella specie, *in primis* al direttore generale, al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al dirigente del P.S., tenuti ad informare subordinati e utenti del disposto della DGR e, soprattutto, ad imporne l'attuazione.

La chiarezza e vincolatività del dato normativo sulla previa debenza del ticket (già oggetto di talune pronunce di questa Corte: cfr. C.conti, sez.Calabria, 26.1.2016 n.1; id., sez.Calabria, 9.5.2018 n.68; id., sez.I app., 24.9.2018 n.361) e la doverosità del suo recupero in caso di omesso

versamento da parte del paziente, sono di tale comprensibilità, per qualsiasi cittadino e, a maggior ragione, per funzionari, medici e dirigenti di una Azienda Ospedaliera pubblica, che le difese dei convenuti, ben coscienti della limpida portata del precetto sin dalla sua adozione, si sono nel merito incentrate, a fronte di una grave colpevolezza gestionale omissiva e di un conseguente danno da mancato recupero e poi da prescrizione del credito 2003-2005 assolutamente palesi, su carenze informatiche o sulla reciproca ascrizione della negligenza nell'introito iniziale e/o nel successivo recupero pecuniario, rivendicando, a fronte del contestato inerte *agere*, i limiti delle rispettive mansioni e addebitando ad altri (anche taluni non evocati in questo giudizio) il rilevante danno erariale cagionato, così rifacendosi all'antico, ma sempre utilizzato, meccanismo noto in gergo come "scaricabarile" o, con più aulica terminologia giuridica, "conflitto negativo di competenza", rivelatosi, come si evidenzierà, parzialmente fondato per taluni degli evocati.

2. Ma prima di analizzare il merito, occorre farsi carico delle preliminari eccezioni difensive di natura processuale o sostanziale, che vanno tutte respinte per i motivi infraprecisati.

a) Va in primo luogo respinta l'eccezione formulata dalla difesa del geom.Masini circa la nullità della citazione *ex art. 87 D.lgs. 174/2016*, per difetto di corrispondenza tra la contestazione formulata in "invito a dedurre" ed imputazione contenuta in citazione, essendo stato nell'invito contestato un concorso parziario in responsabilità amministrativa del 20% (da suddividere con la dr.ssa Barbieri), mentre in citazione del 60% (sempre da suddividere con la dr.ssa Barbieri). E' agevole replicare a tale argomento

difensivo che, come già chiarito dalla giurisprudenza di questa Corte, “...è assolutamente fisiologico che gli elementi raccolti fino all’emissione dell’invito a dedurre possano non coincidere, per difetto, con gli elementi disponibili al momento dell’esercizio dell’azione: dopo la contestazione dell’addebito, o per iniziativa autonoma o dando seguito ad una esigenza di approfondimento generata dalle deduzioni fornite dall’invitato [...]; pertanto, il Pubblico Ministero è pienamente legittimato a proseguire nelle attività di indagine. Anzi, in una prospettiva di maggiore valorizzazione della neutralità che connota l’esercizio delle pubbliche funzioni – caratteristica che impone che le iniziative intraprese dal P.M. siano sempre consone alla funzione esercitata e che preclude la proposizione di azioni la cui fondatezza non sia stata prudentemente vagliata – la prosecuzione dello sforzo istruttorio fino al momento di emissione dell’atto di citazione appare doverosa quando emergano fatti destinati ad incidere significativamente sul promovendo giudizio. È, quindi, del tutto ammissibile che la valutazione del compendio documentale, arricchito in conseguenza dell’esercizio della facoltà di dedurre e/o degli approfondimenti istruttori ulteriori promossi dall’Organo requirente, conduca ad una parziale rimodulazione della contestazione iniziale” (Sezione giurisdizionale per la Lombardia, 9 marzo 2018 n.48; id., sez.Lombardia, 29 dicembre 2017, n. 196; id., Sezioni riunite, 16 febbraio 1998, n. 7). Pertanto la rimodulazione delle quote ascrivibili ai convenuti tra invito e citazione è attività fisiologica e legittima per il requirente, tenuto, all’esito dell’istruttoria e dei chiarimenti degli invitati, ad una più corretta imputazione del *quantum* ai convenuti.

b) Parimenti da respingere è l'eccezione di prescrizione dell'azione erariale, formulata dalla difesa del rag.Masini, secondo cui il credito per i ticket non riscossi 2003-2005 sarebbe connotato da prescrizione non già decennale ma quinquennale (decorsa nel 2010, e seguita quindi da tardiva iniziativa della Procura attrice), quale tassa a carattere commutativo per servizi resi dalla Azienda Ospedaliera, analoga a quella vigente per gli affini tributi locali dovuti a titolo di corrispettivo di forniti servizi pubblici: quali TARI, TASI, Tassa acqua, Contributi consortili.

Rileva di contro il Collegio, come tale contributo posto a carico del cittadino non è affatto una tassa, non essendo definita tale in nessuna fonte, ma testualmente (v. all.B DGR 11534 del 2012 cit.) un "*rimborso forfetario per l'erogazione nelle strutture di urgenza-emergenza di tali prestazioni aggiuntive*", come tale sottoposto a prescrizione ordinaria decennale in assenza di legge che disponga diversamente (art.2946 c.c.) e non rientrando nelle tassative ipotesi di prescrizione quinquennale di cui all'art.2948 c.c.

c) Va infine respinta la richiesta della difesa della dr.ssa Barbieri di chiamata in garanzia della propria compagnia di assicurazioni Generali, essendo pacifico l'indirizzo di questa Corte secondo cui l'Impresa assicuratrice non è parte del giudizio ed il suo legame contrattuale con l'assicurato interviene autonomamente e parallelamente, o successivamente, a questo giudizio giuscontabile (*ex pluribus* C. conti, sez. Campania, 6 febbraio 2018, n. 62; id., sez. Sicilia, 25 gennaio 2012, n. 221).

3. Venendo al merito, esclusa la necessità di ulteriori acquisizioni documentali istruttorie indicate dalla difesa del Tadiello (non rilevanti ai fini del decidere in quanto afferenti fatti storici non concernenti la contestazione

omissiva oggetto di causa), è opportuno premettere che il danno accertato e contestato dalla Procura è pari ad euro 229.615,00 come conteggiato dai verbali della GdF in atti (v. conteggi analiticamente dettagliati in allegato alla nota della G.d.F. prot. n. 0531024/2017 del 12/9/2017), fondati su riscontri istruttori non contestati nel merito dai convenuti. Anzi, la difesa del dr. Tadiello, con affermazione quasi “confessoria”, quantifica le sofferenze dei crediti da ticket non introitate nel triennio 2003-2005 nella maggior somma di euro 277.495,00 riguardanti 6397 posizioni, ma il Collegio ritiene in via prudenziale e in ossequio al principio del chiesto/pronunciato, di tararsi ai fini del decidere sulla meno elevata pretesa attorea di 229.615,00 euro, fondata su puntuali riscontri della GdF che hanno preso atto dei parziali recuperi intervenuti a fronte delle prestazioni erogate.

4. Acclarato come certo il *quantum* del predetto danno erariale da mancata riscossione di ticket incontestabilmente dovuti alla Azienda Ospedaliera da pazienti fruitori di prestazioni di P.S., in ordine alla condotta omissiva contestata dalla Procura, osserva il Collegio come la circostanza, tanto valorizzata da tutte le difese, circa le difficoltà “tecniche” di monitoraggio dei pazienti morosi degli anni 2003-2005 derivanti dal mancante collegamento telematico tra banche dati (quella delle prestazioni rese dal Pronto soccorso e quella degli incassi effettuati dalla Azienda tramite Poste Italiane), non colga affatto nel segno.

Difatti, da sempre, in qualsiasi pubblica amministrazione, prima dell’avvento di strumenti telematici o prima del collegamento tra banche dati, l’ordinaria gestione della “cosa pubblica”, e dunque, nella specie, di una entrata Aziendale, non poteva e non può paralizzarsi o abdicare al

rispetto delle norme in attesa di futuri interventi di *software* mirati e di monitoraggi informatici. Ed invero, tale gestione della prescritta, e dunque doverosa, entrata (seguita da fattivi interventi sollecitatori e recuperatori a fronte di eccezionali morosi, situazione in verità difficilmente ipotizzabile ove il servizio fosse stato ossequioso della DGR 11534), ben poteva e doveva, nelle more di riscontri, *alert* e incroci telematici, essere condotta con altri elementari ed antichi strumenti cartacei, quali il pagamento *brevi manu* del ticket (con relativa annotazione in un semplice elenco cronologico cartaceo) o con la consegna previa da parte del paziente all'addetto al Pronto Soccorso del bollettino di avvenuto pagamento postale del ticket prima della consegna del referto della prestazione resa, con rapida annotazione, cartacea e poi telematica, di chi avesse pagato in un semplice registro. Per chi non avesse dimostrato l'avvenuto previo (tra l'altro minimale e ordinario: da 35 a 50 euro) pagamento, *brevi manu* in contanti o bancomat, o con bollettino postale consegnato dalla Azienda presso il P.S., la struttura di P.S. avrebbe dovuto semplicemente rifiutare legittimamente (secondo le norme e le direttive settoriali a tutti note) la consegna del referto all'interessato, come avviene in qualsiasi contesto, pubblico o privato, ove sia prescritto un prezzo o un contributo per ottenere un servizio.

Lo scambio referto-pagamento doveva dunque essere necessariamente contestuale senza possibili scelte alternative.

Tale semplice metodologia, prescritta dalla DGR n.11534 del 2002 e agevolmente attuabile con elementare organizzazione Aziendale presso il P.S., avrebbe anche impedito che taluni pazienti che avessero dato erronee generalità, o privi di residenza, o in procinto di partire per l'estero, o

propensi a mancati pagamenti, omettessero il previo pagamento ricevendo prioritariamente (ma illegittimamente) il referto. E tale previo introito avrebbe evitato successivi costi di recupero crediti (ricerche, raccomandate, pagamenti dell'aggio ad equitalia etc.), rimarcati da alcune difese (del Lorenzon), in quanto non vi sarebbero stati crediti da recuperare. Pertanto, quest'ultimo ipotizzato costo gestionale non può essere considerato ai fini del *quantum* contestato dalla Procura, essendo ben evitabile "a monte" con una rituale organizzazione tesa a introitare sistematicamente il ticket prima di consegnare il referto. Ma quest'ultimo doveroso e previo introito avrebbe altresì evitato rischi di prescrizioni di crediti non recuperati, in quanto non vi sarebbero stati crediti da recuperare !

In alternativa, come avvenuto presso l'Azienda di Varese, ove vi fosse stata egualmente la (munifica, suppur censurabile in quanto illegittima) consegna del referto di P.S. anche a chi non avesse dato prova del previo pagamento del ticket, andava trascritto da parte della persona fisica preposta alla consegna dei referti di P.S. il nominativo del "moroso", con relativi dati anagrafici e fiscali, non meramente dichiarati, ma desunti da un valido documento esibito, oltre a mail, fax, e copia del documento, per poi raccogliere periodicamente in un elenco cartaceo o telematico i morosi da sollecitare con strumenti telematici (mail), telefonici (sms), fax, raccomandate AR o diffide di un legale, anche questi, con censurabile ritardo, previsti solo con le di molto successive delibere n. 1189 del 23.12.2016, e n. 0242 del 22.03.2017 (allegati 3 e 4 difesa Albieri), con cui è stato per la prima volta emanato il "Regolamento Aziendale in tema di

recupero Crediti”, comunque introitabili con i predetti ordinari sistemi di recupero anche prima di tali delibere.

Tale elementare ed intuitiva operazione di previo introito del ticket, sul piano gestionale, non richiedeva strateghi della scienza dell’organizzazione o luminari dell’informatica, ma semplicemente un minimale buon senso gestionale e basiche capacità organizzative, qui rivelatesi totalmente assenti nei vertici e nei responsabili di settore, e, in particolare, del direttore generale, del direttore amministrativo, del direttore sanitario e nel dirigente/primario del P.S., tutti consapevoli della prassi seguita presso l’Ospedale di Varese di consegna di referti senza prova sistematica dell’avvenuto pagamento del ticket.

Ed identiche conclusioni in punto di (gravemente) colposa disorganizzazione, valgono circa la mancata attivazione di un semplice conto corrente bancario o postale dedicato, per chiarezza contabile, ai soli introiti dei ticket pagati via Posta, che ben avrebbe potuto consentire doverosi e più agevoli controlli sulle entrate e su eventuali morosi. Ma anche tale minimale e semplice accorgimento non è stato posto in essere dagli statici vertici e funzionari Aziendali.

5. Parimenti privo di pregio è l’ulteriore argomento difensivo, prospettato dalla difesa del Lorenzon, secondo cui il ticket per le prestazioni di Pronto Soccorso a pazienti in codice bianco istituito in Lombardia con deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 2002, n. 11534 risultava di applicazione problematica sia perche nelle Aziende ospedaliere gli sportelli in grado di ricevere il pagamento dei ticket erano soggetti ad un orario di apertura, e comunque non avevano un orario continuato di 24 ore su 24,

come invece vale per il Pronto Soccorso, sia perché i medici del Pronto Soccorso si rifiutavano di applicare la disposizione regionale, invocando il loro codice deontologico secondo il quale la consegna del referto costituisce una componente della prestazione medica e pertanto non può essere subordinata alla previa effettuazione di prestazioni patrimoniali.

E' agevole replicare che la discrasia di orari tra sportelli amministrativi per incasso pagamenti ticket e orari di pronto soccorso era facilmente superabile, come si è detto, con un previo pagamento direttamente in pronto soccorso alle persone fisiche ivi presenti, o con macchinette meccaniche analoghe a quelle per parcheggi auto o per analoghi servizi, o attraverso bonifico postale o, più semplicemente, procedendo alla consegna del referto il giorno successivo alla visita all'interessato, previa esibizione dell'avvenuto pagamento postale.

Né assume rilevanza alcuna la circostanza, affermata da talune difese ma non comprovata, secondo cui i medici del Pronto Soccorso si rifiutavano di applicare la disposizione regionale sulla consegna del referto solo previo pagamento, invocando il loro codice deontologico secondo il quale la consegna del referto costituisce una componente della prestazione medica e pertanto non può essere subordinata alla previa effettuazione di prestazioni patrimoniali.

Osserva di contro il Collegio come, a prescindere dalla assorbente assenza nel codice deontologico medico vigente all'epoca dei fatti (ma anche in quello attuale) di una norma facultizzante i sanitari alla "libera e gratuita consegna di referti" (gli artt.8 e 25 richiamati dall'avv.Travi in udienza non statuiscano testualmente tale obbligo di consegna in capo al

medico), osserva il Collegio, più in generale, anche a voler estrapolare con una forzatura ermeneutica tale (inesistente) facoltà/obbligo quale principio implicito del regime Ordinario dei medici, come le norme deontologiche Ordinarie, anche ove esistenti (ma non nella specie), per un medico che sia anche pubblico dipendente, in caso di contrasto, sono recessive rispetto agli obblighi contrattuali, provvedimenti e legislativi previsti per i lavoratori della P.A., quale quello (DGR 11534/2012 cit.) che impone il previo pagamento del ticket per la consegna del referto.

Il medico di P.S., ed il relativo dirigente, quali pubblici dipendenti, avevano dunque l'obbligo normativo di pretendere il pagamento dal paziente prima di consegnare il referto senza timori di "ritorsioni" Ordinarie. Difatti, eventuali velleitarie iniziative disciplinari dell'Ordine dei medici sul punto, si sarebbero fatalmente concluse con una assoluzione o con un annullamento giurisdizionale di abnormi sanzioni, avendo il medico di P.S. agito, nel consegnare referti solo previo pagamento, in doveroso adempimento di un obbligo pubblicistico e nel contempo contrattuale e, comunque, in assenza di colpa o dolo.

6. Del pari irrilevanti, in punto di colpa grave (salvo valutarle in sede di rideterminazione equitativa del *quantum* di danno ascrivibile attraverso il potere riduttivo: v. *infra*), appaiono le doglianze, ampiamente sviluppate dalla difesa del Tadiello, circa la peculiarità del momento storico Aziendale in cui si verificarono i fatti di causa, connotato da una importante trasformazione, ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale di Varese e da complessità gestionali e giudiziarie assorbenti per il Tadiello e per i suoi poco numerosi collaboratori.

Rileva sul punto il Collegio come in ogni realtà amministrativa pubblica (o privata) intervengono talvolta picchi di lavoro straordinari nascenti dalle più varie fonti, ma ciò non dispensa i lavoratori dall'espletamento delle proprie ordinarie incombenze soprattutto se, come si è sopra illustrato, le stesse si traducano in minimali e semplici accorgimenti organizzativi (pretendere dai pazienti il pagamento prima di consegnare i referti; munirsi di un registro cartaceo riassuntivo delle entrate) che potevano e dovevano porsi in essere da parte degli addetti al P.S. anche su pungolo, parimenti doveroso, dei vertici amministrativi, ben coscienti delle inerzie dei subordinati.

7. Osserva su quest'ultimo punto il Collegio come, a fronte di inerzie degli addetti al P.S. nell'incassare il ticket prima di consegnare referti, sia mancata anche una doverosa vigilanza dei vertici. La vigilanza "generale" sulle UO interne all'Ospedale, cui fa riferimento la difesa del Tadiello, non può infatti essere intesa come una vigilanza generica e quasi "contemplativa" delle altrui inerzie, ma deve tradursi in pungoli verbali, scritti e, in caso di inottemperanze ad ordini (che ancora connotano la gerarchia nel lavoro, pubblico e privato), in iniziative disciplinari nei confronti di dirigenti e funzionari sottordinati inerti presso il P.S. (che consegnavano referti senza previo pagamento) o in uffici preposti al recupero crediti, e in avocazioni gestionali da parte del dirigente sovraordinato.

Questo prevede la logica comune, tesa al buon andamento ed alla legalità dell'azione amministrativa, ancor prima che i basilari e fondanti istituti del lavoro pubblico e privato, che attribuiscono precisi compiti

pungolatori, sanzionatori e sostitutivi al dirigente. La pretesa natura “strategica” del ruolo e del controllo demandato al direttore amministrativo, rivendicato dalla difesa del Tadiello, non è un richiamo ad una categoria filosofica, ma giuridica, che deve declinarsi nel raggiungimento, appunto strategico, di risultati: e la mancata organizzazione, con semplici direttive vincolanti per medici e funzionari del P.S. ospedaliero (sul divieto assoluto di consegna di referti, o addirittura delle relative prestazioni a monte, senza previo pagamento del ticket), rappresenta la gravemente colpevole negazione del ruolo strategico di un direttore amministrativo, tenuto a fattivi interventi e non ad una statica contemplazione delle inerzie dei suoi subordinati.

8. Tirando le somme dei rilievi sin qui svolti, ritiene il Collegio che, sul piano psicologico e soprattutto causale, la responsabilità del danno contestato non derivi tanto dalla mancata adozione di strumenti di monitoraggio telematico di entrate e insoluti, nè dal successivo omesso recupero di crediti (che non dovevano neppure sorgere se si fossero seguite le chiare direttive vincolanti della DGR 11534/2002) poi prescrittisi, né da una omessa denuncia di danno erariale, ma esclusivamente, quale iniziale e assorbente serie causale autonoma e sufficiente (artt.40 e 41 c.p.), dalla consegna di referti da parte di medici del Pronto Soccorso senza il previo agevolissimo e sistematico pagamento dei ticket da parte dei pazienti visitati. La prova del doveroso saldo andava infatti pretesa sempre, senza condizioni o differimenti, dagli addetti al suddetto P.S. (da effettuare presso gli stessi o altro ufficio amministrativo dell’Azienda Ospedaliera individuato dai vertici) su doveroso ordine del proprio dirigente di PS (qui

inspiegabilmente non evocato) in semplice raccordo con il direttore amministrativo, con il direttore sanitario e con il direttore generale dell'ente, parimenti inerti.

Pertanto, ritiene il Collegio di escludere ogni responsabilità in capo al rag. Masini, alla dr.ssa Albieri ed al dr. Lorenzon, in quanto non addetti al P.S., né assegnatari, in base ad ordini di servizio o ad organizzazione aziendale, di compiti di materiale incasso dei ticket o di compiti di macro-organizzazione per l'istituzione degli sportelli o macchinari per incasso.

Il primo, quale Responsabile dell'U.O. Convenzioni e Marketing, era infatti investito, nell'ambito delle attribuzioni del proprio Ufficio, di funzioni amministrative preminentemente esecutive delle "direttive del Responsabile del Servizio di Staff" (Responsabile della Direzione Aziendale integrata Day Hospital, Day Surgery e Sistema Poliambulatoriale), come recitava testualmente la Deliberazione Organizzativa n. 1489 del 10/8/2001 del D.G. prodotta dalla difesa.

La dr.ssa Albieri non vedeva invece annoverato nelle proprie mansioni il controllo sui ticket o il recupero crediti, essendo stata, con deliberazione n.1159 del 22.06.2001, preposta, quale posizione organizzativa, al mero ruolo amministrativo di "Coordinamento del CUP presidio di Varese" (non avente compiti di riscossione ticket per l'ospedale di Varese) e poi, dall'1.06.2009, al coordinamento di tutta l'attività amministrativa per gli aspetti legati alle Convenzioni & Marketing, con dipendenza gerarchica dalla Direzione Sanitaria guidata dal dr.Roberto Riva, nonché dipendenza funzionale dalla struttura di coordinamento delle attività ambulatoriali CUP e poi Convenzioni e Marketing, la cui dirigente,

succeduta al dr Masini, era però la dr.ssa Tagliasacchi (non evocata in giudizio al pari del dr Riva).

Infine, il dr.Lorenzon era dirigente dell'Unità Gestione Risorse Economico-finanziarie che dipendeva dal Dipartimento amministrativo, a sua volta direttamente soggetto al Direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera, e non aveva alcuna relazione gerarchica con l'Unità Operativa Convenzioni e Marketing, preposta al recupero crediti, né tanto meno con le strutture del Pronto soccorso, preposte a monte all'introito del ticket.

Né assume rilevanza l'omessa denuncia del danno da intervenuta prescrizione del credito alla Corte dei Conti *ex art.1, co.3, l. n.20 del 1994* (p. 25 citazione) o del credito della PA anche non ancora prescritto (obbligo fissato da norme generali puntualmente richiamate in udienza dal PM), contestata dalla Procura a taluni convenuti, in quanto trattasi, sul piano causale, di obbligo successivo alla condotta dannosa, qui rilevante e assorbente, da omesso introito di ticket che ha portato a rilevanti crediti non riscossi e poi alla loro prescrizione oggetto del presente giudizio. Tale denuncia, a prescindere dalla individuazione dei soggetti ad essa tenuti, è tra l'altro contestata dalla Procura quale omessa denuncia di un credito prescritto, che in questa sede è stato però reclamato, vagliato e giudicato a prescindere da detta denuncia, quindi irrilevante.

9. Assumono invece ruolo centrale, in ordine alla ascrizione causale e psicologica del danno, accanto al direttore amministrativo dr Tadiello, anche il vertice dirigenziale del Pronto soccorso, il direttore sanitario ed il direttore generale qui non citati. Difatti, per tolleranza e inerzia di tutti e quattro i soggetti sopra menzionati, si sono verificate (e dunque anche nel triennio

2003-2005 oggetto di causa) sistematiche consegne di referti senza previo incasso del ticket, senza alcun intervento correttivo o impositivo del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo, preposti tutti istituzionalmente al corretto funzionamento delle varie UO dell'Ospedale e dunque a far rispettare presso le stesse, tramite il Primario di PS, norme basiche di agevolissima attuazione, quali da DGR 11534 del 2002.

Se il dirigente/primario di PS ha tollerato, con colpa grave omissiva, che i medici del suo reparto seguissero una prassi *contra legem* per anni, ovvero quella di consegnare referti anche senza prova dell'avvenuto previo pagamento del ticket, parimenti il direttore generale, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario non sono intervenuti per imporre tale osservanza, benchè fossero a conoscenza della prassi seguita in PS e dei problemi di recupero crediti che originava (v. mail 17.10.2003 dr. Lorenzon al dr. Tadiello in doc.3 difesa Lorenzon).

Ne sono conseguiti, ma quale mera conseguenza di una iniziale inerzia gestionale, crediti rilevanti per gli anni 2003-2005, non integralmente recuperati (o in parte non più recuperabili) e così prescritti, che non sarebbero sorti, né quindi avrebbero posto problemi di recupero coattivo e di prescrizione, ove i suddetti dirigenti apicali si fossero attivati con una semplice direttiva che imponesse, a pena di illecito disciplinare (e di danno erariale), il previo incasso del ticket per effettuare la consegna del referto da parte di medici, infermieri o personale amministrativo di P.S. in qualsiasi ora del giorno o della notte.

Per agevolare tale incasso, sarebbe bastato adibire un impiegato a tale compito (di incasso di contanti o con carta di credito o bancomat, o con verifica del previo pagamento postale verificando il relativo bollettino saldato), o far confluire lo stesso presso i preesistenti comuni sportelli di incasso ospedalieri deputati ad altri servizi ospedalieri, o installare una macchinetta meccanica a ciò deputata (soprattutto in fase notturna).

Aver abdicato a tale compito, per molti anni dopo la previa, risalente, chiara e nota DGR 11534/2002, configura colpa grave nella omissiva condotta, foriera di danno erariale ben quantificato dalla Procura, sulla scorta di riscontri della GdF, in euro 229.615,00, da ascrivere, ad avviso del Collegio, per il 25% al dirigente del P.S. (o ai dirigenti del P.S. succedutisi nel tempo tra il 2003 ed il 2005 qui non individuati), per il 25% al direttore sanitario (o ai direttori succedutisi ne tempo) e per il 25% al direttore generale (o ai direttori generali succedutisi ne tempo), tutti qui incomprensibilmente non convenuti, ed il restante 25% al direttore amministrativo Sergio Tadiello. Alcn contributo causale è invece ascrivibile, almeno in questo giudizio afferente crediti del 2003-2005 non introitati, ai direttori amministrativi Colombo e Micale, come vorrebbe la difesa del Tadiello, essendo stato quest'ultimo l'unico direttore amministrativo dall'1.2.2003 al 31.1.2011, *ergo* nel periodo di omesso colpevole previo introito in P.S. delle somme dei ticket oggetto di causa.

Ciò che si imputa al dirigente di P.S., al direttore generale, al direttore sanitario ed al dr.Tadiello non è dunque un omesso controllo analitico su tutte le singole pratiche di recupero dei microcrediti da ticket relativi ai codici bianchi, o sull'invio delle lettere interrutive della

prescrizione, ma la doverosa imposizione con ordine di servizio di una consegna dei referti dal P.S. solo e soltanto previo pagamento di ticket, organizzando la struttura ed il personale per tale minimale obiettivo.

10. Assolti dunque il rag. Masini, la dr.ssa Albieri ed il dr. Lorenzon, stante la mancata evocazione del dirigente di P.S., del direttore generale e del direttore sanitario (o dei vari dirigenti alternatisi in tali ruoli nel triennio 2003-2005), va ascritto al solo dr. Tadiello il 25% dell'importo del danno complessivo di euro 229.615,00, ovvero euro 57.403,75, che può essere equitativamente rideterminato, nell'esercizio del potere riduttivo dell'addebito, in euro 40.000 ad oggi già rivalutati, tenendo conto della complessità dei conteggi analitici su entrate e sofferenze creditorie evidenziate dalla stessa GdF (soprattutto per possibili entrate, pur effettuate ma non registrate, o per esenzioni a vario titolo spettanti a taluni pazienti) e, soprattutto, delle documentate complessità gestionali (pluriennale vasta ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Varese) curate dal direttore amministrativo nel triennio 2003-2005 e delle carenze di personale.

Le spese di lite sostenute dai convenuti Masini, Albieri e Lorenzon vanno poste a carico della Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) e vengo liquidate come da dispositivo. Il convenuto Tadiello va invece condannato al pagamento delle spese di lite, liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando, ASSOLVE **Masini Stefano**, c.f. MSNSFN47C03A531O, **Albieri Eleonora**, c.f. LBRLNR56P65L682L, **Lorenzon Dario**, c.f. LRNDRA63B28D869K e condanna l'Azienda

