REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Sent.40/2024

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE PER IL MOLISE

composta dai seguenti magistrati:

Maurizio Stanco	Presidente
Gennaro Di Cecilia	Consigliere
Luigia Iocca	Primo Referendario *relatore*

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. 4012/EL del registro di Segreteria, promosso dalla Procura regionale per il Molise, nei confronti dei sigg.ri Paolo DI LAURA FRATTURA, c.f. DLRPLA62L04B519H, nato il 4/7/1962 a Campobasso ed ivi residente in via C. Gazzani, n. 48, rappresentato e difeso dall'avv. Francesca Fazzolari, c.f. FZZFNC91D48B519U, presso il cui studio legale elegge domicilio a Vinchiaturo, via Volta, n. 5, indirizzo pec francescafazzolari@pec.it; Lolita GALLO, c.f. GLLLLT61B45H501N, nata a Roma il 5/2/1961, residente a Campobasso in via G. Pascoli, n. 4, rappresentata e difesa dall'avv. Mariano Prencipe, ed elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultimo a Campobasso, via D'Amato n. 13/E, pec avvmarianoprencipe@cnfpec.it; Michele ANTONELLI, c.f. NTNMHL51L15B519L, nato il 15/7/1951 a Campobasso, ed ivi residente in via Sicilia, n. 194, rappresentato e difeso dall'avv. Bambina Daniela

Mammarella, ed elettivamente domiciliato presso quest'ultima a Termoli, via Mulino a vento, n. 10 pec avvdanielamammarella@cnfpec.it**;** Giovanna BIZZARRO, c.f. BZZGNN54D52E456Y, nata a Larino il 12/4/1954, residente a Isernia, via Dei Sanniti, n. 16, rappresentata e difesa dagli avv.ti Francesco Trovato, c.f. TRVFNC86B14D773H, e Pierluigi De Bellis, c.f. DBLPLG81C11C034A, ed elettivamente domiciliata presso lo studio di questi ultimi a Isernia, via Umbria, n. 24, pec avv.francescotrovato@pec.it e pierluigi.debellis@pecavvocatiisernia.it; Marinella D'INNOCENZO, c.f. DNNMNL59M42E506I, nata a Lecce il 2/8/1959 e residente a Roma in via Cimone, n. 103, rappresentata e difesa dall'avv. Rosa Sciatta ed elettivamente domiciliata presso quest'ultima a Roma, via Panama, n. 52, pec rosasciatta@ordineavvocatiroma.org; Paola SABATINI, c.f. SBTPLA60A63F576L, nata a Montenero di Bisaccia il 23/1/1960 e residente a Campobasso in c.da S. Antonio dei Lazzari, n. 18 C, rappresentata e difesa dall'avv. Stefano Sabatini ed elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultimo a Campobasso, in via De Attelis n. 11, pec avvstefanosabatini@pec.giuffre.it; Stefania PIZZI, c.f. PZZSFN71E58C034F, nata a Cassino il 18/5/1971 e residente e Montaquila in via Piero Della Francesca, n. 16, rappresentata e difesa dall'avv. Mirella De Santis ed elettivamente domiciliata presso quest'ultima al domicilio digitale pec avvmirelladesantis@cnfpec.it nonché dell'Istituto Neurologico Mediterraneo - Neuromed s.p.a., p. Iva 00068310945, con sede legale a Pozzilli in via Atinense, n. 18, nella persona del rappresentante legale *p.t.* sig. Giovanni DE GAETANO, c.f.

DGTGNN43M23H480A, nato a Rodi Garganico il 23/8/1943 e residente a Lanciano in via Milano, n. 56, rappresentato e difeso dagli avv.ti Salvatore Di Pardo, c.f. DPRSVT63R20F839Y, con studio legale a Campobasso, via Crispi, n. 1 e Claudio Di Ruzza, c.f. DRZCLD55S27I351V, con studio legale a Piedimonte San Germano (FR), via Quarto, n. 5, elettivamente domiciliato presso i domicili digitali di questi ultimi pec salvatore.dipardo@legalmail.it e claudiodiruzza@pec.it;

Visti l'atto di citazione, le comparse di costituzione e la documentazione tutta prodotta agli atti del giudizio;

Uditi – all'udienza del 24/10/2024, svoltasi con l'assistenza del Segretario dott.ssa Donatella Petrollino – il rappresentante del pubblico ministero nella persona del S.P.G. dott. Stefano Brizi, nonché gli avv.ti Mariano Prencipe, Daniela Bambina Mammarella, Rosa Sciatta, Francesca Fazzolari, Francesco Trovato, Katia Palladino per delega dell'avv. Mirella De Santis, Salvatore Di Pardo e Claudio Di Ruzza, Stefano Sabatini, rispettivamente per i convenuti GALLO, ANTONELLI, D'INNOCENZO, DI LAURA FRATTURA, BIZZARRO, PIZZI, NEUROMED e SABATINI;

Ritenuto in

FATTO

Con atto di citazione depositato in Segreteria il 7/3/2024, e ritualmente notificato, la Procura regionale ha citato in giudizio i sigg.ri Paolo DI LAURA FRATTURA, Lolita GALLO, Michele ANTONELLI, Giovanna BIZZARRO, Marinella D'INNOCENZO, Paola SABATINI, Stefania PIZZI nonché l'istituto Neurologico Mediterraneo - NEUROMED s.p.a. (d'ora in avanti, solo NEUROMED) per sentirli condannare "*al pagamento in favore della*

Regione Molise, nonché del dello Stato, quale apparato amministrativo di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale, della somma complessiva ***di euro 19.846.183,14***" per il danno da costoro ritenutamente cagionato, ciascuno in ragione del rispettivo ruolo, attraverso la remunerazione all'Istituto NEUROMED delle prestazioni sanitarie da quest'ultimo erogate, nel periodo 2010-2014, ai cittadini non molisani, oltre i limiti di spesa annualmente stabiliti in sede di programmazione regionale.

La notizia di danno è costituita da un esposto mediante il quale il legale rappresentante di un coordinamento di associazioni ambientaliste e di tutela dei consumatori segnalava, come riferito nella citazione, "*l'esistenza di «transazioni milionarie … tra Regione e Neuromed in assenza di ufficiali profili di tracciabilità delle prestazioni rese e dei crediti eventualmente maturati»*". Più in particolare, si segnalava che "*erano stati riconosciuti (e già interamente erogati) circa 46 milioni di euro in favore dell'Istituto privato NEUROMED «a titolo di transazioni per la rinuncia (…) ai contenziosi giurisdizionali pendenti, relativamente alle* ***presunte*** *prestazioni sanitarie erogate a far data addirittura dal 1993, ulteriori rispetto a tutte quelle già ritualmente pagate per ciascun anno»*".

Delegate le indagini alla Guardia di Finanza, il pubblico ministero apprendeva che "*Nel corso degli anni 2015/2017 la Regione Molise quantificava i saldi spettanti alle Strutture private accreditate per attività sanitarie svolte nelle annualità pregresse, sino al 31/12/2014* […]. *La Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, in particolare, determinava a conguaglio i seguenti corrispettivi: - 46.033.073,00 euro in favore dell'I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Mediterraneo - NEUROMED di Pozzilli* […] *38.334.725,83 euro in favore*" di un altro Istituto sanitario privato a carattere universitario, la cui posizione è stata

successivamente stralciata dal procedimento, come si dirà.

Infatti, con la "*determinazione n. 80 del 21/04/2016, a firma del Direttore del Servizio di Programmazione rete ospedaliera pubblica e privata, Dott.ssa Paola SABATINI, e del Direttore generale per la Salute, Dott.ssa Marinella D'INNOCENZO, si disponeva la liquidazione e il pagamento di 30.016.420,70 euro in favore di NEUROMED* […] *a titolo di primo acconto sul saldo per le attività sanitarie erogate nelle annualità pregresse sino al 31/12/2014, definito sulla base della Relazione Tecnica del Servizio Ispettivo Regionale*".

Ancora, con successivo "*decreto n. 19 del 28/02/2017, il Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro (nella persona del Presidente pro tempore della Giunta regionale Arch. Paolo DI LAURA FRATTURA) confermava il saldo che veniva riconosciuto, alla data indicata, a NEUROMED nella misura di 46.033.073,00 euro; quindi, dava mandato alla Direzione Generale per la Salute di erogare il conguaglio delle spettanze, nella misura di 16.016.652,30 euro*". Infine, con "*determinazione della Direzione Generale per la Salute n. 1112 del 15/03/2017, a firma del Direttore del Servizio Programmazione Economico Finanziaria del SSR Dott.ssa Lolita GALLO, si riconosceva a credito di NEUROMED la somma di 15.875.290,28 euro, facendo gravare la spesa sul capitolo n. 36435, imp. n. 2269/2016*".

Ha riferito ancora il requirente che tale provvedimento era preceduto da una attestazione, a firma del Responsabile sig.ra Stefania PIZZI, "*con cui si precisava che la proposta di determinazione era stata istruita e redatta dalla Struttura di Servizio, la quale esprimeva parere favorevole in ordine alla legittimità della stessa, anche ai fini del rispetto degli artt. 56, commi 3 e 5, e 57, del D.lgs. n. 118/2011, con valutazione positiva in merito alla opportunità e convenienza economica dell'atto*".

Il pagamento della somma totale avveniva con i mandati n. 1111, n. 1112 e n. 1114 dell'11/05/2016 per l'importo di 30.016.420,70 euro; con il mandato n. 533 del 15/03/2017, per l'importo di 15.875.290,28 euro.

Su invito della Procura, la Regione Molise provvedeva alla costituzione in mora degli odierni convenuti, fatta eccezione per l'Istituto NEUROMED.

Secondo parte attrice "*Gli accertamenti svolti dai Militari delegati hanno consentito di accertare che i pagamenti disposti a favore di NEUROMED, in relazione alle annualità dal 2007 al 2014, sono stati effettuati in violazione dei limiti di spesa massima fissati, dalla Regione Molise e dalla Struttura Commissariale, alla Struttura privata accreditata a diretta gestione, per le macroaree assistenza ospedaliera e specialistica*", come rappresentato in un'apposita tabella, per un importo quantificato in euro 39.174.186,06.

L'atto di citazione contiene l'illustrazione degli impegni di spesa relativi ai pagamenti oggetto dell'istruttoria. Tali elementi sono stati forniti, in esito a richiesta istruttoria, dalla dirigente regionale preposto al settore Bilancio e Ragioneria generale della Regione. La stessa dirigente, sentita in due audizioni come persona informata, ha altresì offerto alcuni chiarimenti tecnico-contabili, compendiati nei relativi verbali di audizione.

Notificato rituale invito a dedurre – con la contestazione agli intimati di aver causato, "*con le rispettive condotte antigiuridiche e dolose, **un danno pari a 53.750.347,42 euro,** di cui: - 39.174.186,06 euro per pagamenti a NEUROMED; - 14.576.161,36 euro, per pagamenti alla CATTOLICA. In subordine,* […] *un danno di 35.320.909,32 euro, di cui: - 29.582.180,31 euro per pagamenti a NEUROMED; - 5.738.729,01 euro per pagamenti alla CATTOLICA*" – gli invitati hanno

espletato attività difensiva preprocessuale nei modi di seguito riassunti. NEUROMED ha presentato deduzioni in atti al 25/2/2023, chiedendo che fosse sentito in audizione personale un rappresentante legale all'uopo delegato. L'audizione ha avuto luogo in data 21/3/2023 ed è stata seguita dal deposito di ulteriore documentazione, autorizzato dal pubblico ministero. La sig.ra GALLO ha presentato deduzioni in atti al 25/2/2023, chiedendo di essere sentita personalmente. L'audizione ha avuto luogo in data 6/3/2023. Il sig. DI LAURA FRATTURA ha presentato deduzioni in atti al 25/2/2023, chiedendo di essere sentito personalmente. L'audizione ha avuto luogo il 21/3/2023 ed è stata seguita dal deposito di ulteriore documentazione, autorizzato dal pubblico ministero. La sig.ra D'INNOCENZO ha presentato deduzioni difensive in atti al 23/2/2023. La sig.ra SABATINI ha presentato deduzioni difensive in atti al 23/2/2023. Il sig. ANTONELLI ha presentato deduzioni in atti al 25/2/2023, con la richiesta di essere sentito personalmente. L'audizione è avvenuta in data 6/3/2023. La sig.ra BIZZARRO ha richiesto unicamente l'audizione personale, che è avvenuta in data 20/1/2023. La sig.ra PIZZI ha depositato deduzioni difensive in atti al 25/2/2023, chiedendo di essere sentita personalmente. L'audizione è avvenuta in data 6/3/2023. Infine, in data 17/4/2023, NEUROMED ha trasmesso copia delle sentt. nn. 3775 e 3773/2023 del Consiglio di Stato, in tema di "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquistabili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2020*". In data 17/10/2023, trasmetteva copia della sent. n. 265/2023 del Tar Molise.

Nell'atto di citazione è altresì riferito che la "*Procura contabile, all'esito*

degli accertamenti istruttori, delle deduzioni presentate e delle audizioni personali svolte, ritiene che emergano sufficienti ragioni per disporre un'archiviazione parziale rispetto alla vicenda in esame. Il tutto viene formalizzato in un decreto di archiviazione ai sensi dell'art. 69 Codice di giustizia contabile allegato al presente atto". Tale archiviazione parziale afferisce alla posizione dell'altro Istituto sanitario universitario privato, con le complementari quote di responsabilità inizialmente ipotizzate a carico dei funzionari e dell'amministratore regionali, per l'aspetto inerente a quella vicenda.

Con ord. n. 1/2023 del giudice monocratico designato presso la Sezione, è stata assegnata una proroga del termine per il deposito della citazione, su istanza della procura, motivata dalla necessità di disporre un supplemento di indagine a seguito di talune delle argomentazioni svolte dagli invitati a dedurre. Il supplemento istruttorio è stato delegato, dal pubblico ministero, alla Guardia di Finanza, la quale ne ha riferito con Relazione suppletiva del 16/10/2023.

Con successiva ord. n. 2/2023, è stata accolta una seconda istanza di proroga su istanza della Procura, motivata dall'esigenza di garantire un più ampio spazio temporale alle difese degli invitati in merito agli esiti del supplemento istruttorio. Tra essi, infatti, la sig.ra D'INNOCENZO aveva richiesto un maggior termine a controdedurre. Nelle more della pronuncia sull'istanza di proroga, anche la sig.ra SABATINI aveva presentato analoga richiesta.

Valutate anche le memorie preprocessuali integrative, il requirente non ha mutato il convincimento alla base dell'assunto accusatorio (fatta eccezione per la ricordata archiviazione parziale) e pertanto ha convenuto in

giudizio gli invitati, sulla base delle motivazioni di seguito riassunte.

Operato un inquadramento generale della fattispecie in causa (il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, sul versante delle strutture private accreditate), il pubblico ministero ha circoscritto il perimetro temporale dall'analisi, chiarendo che essa "*afferisce a un preciso lasso temporale, dal 2007 al 2014*", giacché "*solo nel 2015/2017 si giunse a definire la contrapposizione tra la Regione Molise e le due Strutture a diretta gestione - NEUROMED e Cattolica – con impegno finanziario a carico del bilancio regionale, fronteggiato con quote di Fondi europei e col ricorso a mutui statali. Circostanze queste che mal si adattano alla tesi secondo la quale l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore di pazienti extraregionali non avrebbe provocato alcun danno nello specifico, in quanto il relativo costo sarebbe stato remunerato a favore degli Operatori privati solo dopo gli accreditamenti delle relative risorse da parte delle Regioni di provenienza dei pazienti, destinatarie finali della spesa*".

Richiamando il principio della pianificazione preventiva, ha sottolineato che "*Al fine* […] *di evitare che il fabbisogno venisse determinato dal basso (dagli assistiti) o da un livello intermedio (dalle Strutture sanitarie), alle Regioni è stato affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria; ciò al fine di permettere che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolgesse nell'ambito di una pianificazione finanziaria*". Ha aggiunto che "*Le Regioni, quindi, non solo definiscono unilateralmente il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni e i preventivi annuali delle prestazioni, ma vincolano la successiva contrattazione dei piani, determinandone modalità ed indirizzi*. […].*A tale «segmento autoritativo» segue* […] *il «segmento*

negoziale/consensuale»", in merito al quale ha richiamato le disposizioni contenute negli artt. 8-*bis* e 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992.

Con particolare riguardo al contesto molisano, ha ricordato che "*La Regione Molise* […] *ha sottoscritto, nel marzo del 2007, l'Accordo per la riqualificazione strutturale e il rientro dai disavanzi del Settore sanitario (cd. Piano di Rientro)*", costituente la condizione di accesso al fondo statale transitorio all'epoca istituito per le regioni in disavanzo sanitario, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del Piano di rientro quale presupposto per la riattribuzione della quota di finanziamento integrativo a carico dello Stato. Nell'ambito di tale contesto – che evidenzia a tutt'oggi una condizione di disavanzo, malgrado il susseguirsi di commissari nominati dallo Stato nell'esercizio del suo potere sostitutivo – il pubblico ministero ha effettuato una ricognizione della normativa e della giurisprudenza sui tetti di spesa sanitaria, anche con riferimento agli erogatori privati. Ha ribadito in proposito che "*la determinazione dei limiti di spesa è di competenza esclusiva della Regione: i limiti di spesa costituiscono un dato insuperabile in sede di contrattazione (obbligatoria) con le singole Strutture sanitarie, ai fini della determinazione delle prestazioni erogabili nell'anno di riferimento*". Poste tali premesse, ha evidenziato che "*Il quadro della «Vicenda Molise» è caratterizzato dal disconoscimento dei principi di bilanciamento* […]. *Ne offrono un puntuale segnale, infatti, i ricorsi al TAR Molise con i quali NEUROMED censurava, tra l'altro, l'introduzione dei tetti di spesa*", mentre essi "*costituiscono un dato insuperabile per la contrattazione con le singole Strutture sanitarie, ai fini della determinazione delle «quantità presunte e tipologie» di prestazioni da erogare nell'anno e formanti oggetto del piano annuale preventivo*".

Più in particolare, ha precisato che "*Le deliberazioni regionali* […] *essendo poste in attuazione di precisi vincoli di bilancio e, in particolare, dovendo rispettare la normativa speciale sul rientro dai disavanzi dettata dalle ultime Leggi Finanziarie, non possono ritenersi soggette a contrattazione* […] *con le singole Strutture e devono qualificarsi come atti amministrativi autoritativi*". Infatti, "*Tra gli obiettivi primari individuati nel Patto della Salute (accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni), nel Piano di Rientro e nei conseguenti Programmi operativi – assegnati ab origine alla Regione Molise e poi ai Commissari ad acta – sono stati ricompresi la determinazione del budget per gli erogatori privati e il monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate, nonché la definizione dei contratti con gli Erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, delle procedure di cui all'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del d.lgs. 30/12/1992, n. 502, che stabilisce: «In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso»*".

Il requirente ha riferito di un orientamento regionale (di cui alle delibere giuntali n. 972/2007, n. 1170/2007, n. 169/2008 e n. 284/2009), inizialmente favorevole alla remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate agli utenti non molisani, anche oltre i tetti di spesa prefissati, ma sempre nella "*quota parte di cui alle deliberazioni CIPE relative alla ripartizione della quota di parte corrente tra le Regioni* […], *e per quanto concerne la parte eccedente solo a compensazione avvenuta*". Con i decreti commissariali "*adottati nel 2010 (n. 14/2010, n. 15/2010, n. 45 /2010, n. 53/2010*

e n. 62/2010)", invece, "*l'Organismo commissariale, nell'intento di attuare le prescrizioni dei Programmi operativi e le prime osservazioni emerse già nel 2009 dalle riunioni del Tavolo tecnico e del Comitato permanente fissava i propri obiettivi in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati al S.S.R., chiarendo il principio della invalicabilità dei tetti di spesa per la remunerazione delle prestazioni sanitarie rese sia ai cittadini residenti in Molise, sia a quelli residenti in altre Regioni. In particolare* – si prosegue nell'atto di citazione – *nei decreti C.A. adottati nel 2010 (n. 14/2010, n. 15/2010, n. 45 /2010, n. 53/2010 e n. 62/2010) si leggono espressioni del tipo: «[…] non sarà riconosciuta alle strutture accreditate alcuna maggiore produzione a qualsiasi titolo, che superi i tetti di spesa individuati e … tutte le eventuali fatturazioni o altri titoli fiscali o contabili si intendono inaccoglibili nella parte in cui violano i tetti di spesa o non siano compatibili con le sole prestazioni sanitarie riconoscibili, e … non saranno altresì riconosciute eventuali indennità o maggiorazioni di qualsiasi genere»; «[…] gli importi previsti per tutti i soggetti accreditati sono comprensivi della quota di mobilità extra regionale»*".

Nella prospettiva accusatoria, il principio dell'invalicabilità dei tetti di spesa per le prestazioni di mobilità interregionale avrebbe poi ricevuto una formale sanzione nella l.reg. Molise n. 16/2010, con la quale "*Il principio di invalicabilità dei tetti di spesa, del rispetto del budget e della non remunerabilità dell'extra budget entrava quindi a pieno diritto nell'ordinamento regionale*". Tale norma è inserita in un contesto di disposizioni statali dalle quali, pure, il pubblico ministero fa discendere il su richiamato principio, come il d.l. n. 112/2008, la l. n. 311/2004, art. 1, comma 174.

Alla luce delle suddette illustrazioni, e richiamando anche gli artt. 8-*quater* e 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992, il Requirente ha rilevato

l'inadempienza della Regione Molise rispetto ad una serie di obblighi normativi, tra cui la stipula degli accordi di confine con le regioni da e verso le quali regolare il fenomeno della mobilità, la stipula dei contratti con le strutture private abilitate ed il rispetto del limite di spesa annuale per il settore sanitario. Ha sottolineato, in particolare, che "*Lo sforamento dei tetti di spesa fissati dalla Regione per le prestazioni riconducibili alla mobilità interregionale ha mostrato tendenze diverse nelle scelte di NEUROMED e Cattolica rispetto alle quali nasce la convinzione che, anche a prescindere dalla chiarezza del quadro normativo di riferimento (che qui si è dimostrata e si sostiene), in una certa epoca si era ormai raggiunta nei fatti una piena conoscenza (ovvero, si era compreso che non si poteva più tenere un atteggiamento elusivo) in ordine ai principi in materia di programmazione regionale e alle conseguenze che ne derivavano. Il tutto in ragione delle rigide prescrizioni dettate dal Commissario ad Acta nei decreti n. 14/2010, n. 15/2010, n. 45/2010, n. 53/2010 e n. 62/2010 e, soprattutto, dalla l.r. n. 16/2010, che positivizzava il principio di "invalicabilità" dei tetti di spesa e di non remunerabilità dell'extra budget*". In merito all'obbligo di stipulare i contratti con le strutture private, il requirente ha riferito che "*negli anni di interesse non è stata riscontrata la costante vigenza di accordi contrattuali tra la Regione Molise e la NEUROMED. Le sole eccezioni* […] *hanno riguardato gli accordi contrattuali tra Regione Molise e NEUROMED, sottoscritti il 6/10/2008, il 18/11/2010 e il 5/10/2011*". Con particolare riferimento al contratto stipulato con NEUROMED, il pubblico ministero ha posto l'attenzione sulla clausola di salvaguardia in esso contenuta, a tenore della quale "*La struttura rinuncia ad attivare ogni forma di contenzioso e/o di giudizio relativo al presente accordo di assegnazione del budget ed al relativo schema di accordo contrattuale di budget per l'anno 2011, per l'erogazione*

di prestazioni sanitarie". Ne ha concluso che "*In applicazione della clausola sopra trascritta, pertanto, era* […] *preclusa ogni contestazione relativa ai tetti di spesa (per pazienti regionali ed extraregionali) fissati nel contratto medesimo; effetto che non si è verificato, come si desume dal tormentato rapporto tra la Regione e NEUROMED*".

In merito alla ritenuta natura dolosa dell'attività che ha condotto al superamento dei tetti di spesa, nella citazione viene evidenziato che "*NEUROMED ha perseguito una politica che, durante tutto il periodo d'interesse (2007 - 2014), l'ha portata a raggiungere una produzione notevolmente superiore ai tetti di spesa assegnati, con riguardo alle prestazioni rese a favore dei pazienti extraregionali. In conseguenza di questi atteggiamenti, assunti rispetto alle diverse opzioni a disposizione (lo si ribadisce perché il perseguire, fra le altre, una linea che presentava gravi criticità è uno dei segni rilevatori della natura dolosa delle scelte effettuate), la Regione Molise - e, per essa, la Direzione Generale per la Salute, come appresso meglio si dirà - ha riconosciuto come dovuti pagamenti che, per quanto detto e dimostrato, non lo erano in quanto riconducibili a scelte di carattere manageriale effettuate, da una delle Strutture interessate, al di là dei criteri programmatori pubblici*". Perciò, "*Gli odierni convenuti (Commissario ad Acta, NEUROMED, dipendenti regionali), con le loro condotte, hanno causato lo sforamento denunciato e/o hanno contribuito al riconoscimento, alla liquidazione e all'erogazione, in favore dell'operatore economico sanitario, di somme che, in violazione di norme e della programmazione sanitaria vincolante, in assenza di contratti, etc., non avrebbero dovuto essere pagate in quanto connesse a prestazioni sanitarie rese extra budget.* […]. *Ciò soprattutto dopo l'entrata in vigore dell'art. 19 della l.r. 16/2010 che - per quanto già si è detto - segna lo spartiacque del conclamarsi della natura inderogabile della disciplina la cui valenza qui si afferma e che, in contrario, è stata del tutto*

disattesa dai convenuti. NEUROMED, che operava in regime di convenzionamento benché per molti anni non avesse sottoscritto alcun contratto, ha arbitrariamente e consapevolmente erogato prestazioni sanitarie oltre i limiti consentiti, in favore di pazienti non molisani".

Peraltro, in conseguenza della centralità del richiamo alla l.reg. Molise n. 16/2010, il pubblico ministero ha precisato – con riguardo alla delimitazione temporale delle censure – che "*in base a quanto in precedenza affermato circa lo spartiacque rappresentato dalla l.r. n. 16/2010 rispetto al principio di "invalicabilità" dei tetti di spesa e di non remunerabilità dell'extra budget, che la presente iniziativa accusatoria viene limitata agli anni dal 2010 al 2014, con la conseguente archiviazione parziale della posizione*" dell'altro operatore sanitario.

Passando alla puntualizzazione delle condotte, l'atto di citazione espone la seguente schematizzazione delle singole contestazioni: "***A)*** *La Dott.ssa D'INNOCENZO, nella qualità di Direttore Generale pro tempore per la Salute: - ha adottato le determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75, n. 80, n. 130, n. 131 e n. 134 del 2016; - ha controfirmato il decreto commissariale n. 19/2017;* ***B)*** *la Dott.ssa GALLO, nella qualità di Direttore pro tempore del Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del S.S.R. presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise: - ha adottato le determinazioni di liquidazione n. 897 e n. 1112 del 2017; ha sottoscritto, in veste di responsabile del procedimento, le determinazioni di liquida-zione n. 73, n. 74, n. 75 e n. 80 del 2016; - ha proposto e attestato la legittimità nella forma e nella sostanza, la coerenza con la normativa vigente e le compatibilità economiche imposte dal Piano di Rientro, delle determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75, n. 80, n. 130, n. 131 e n. 134 del 2016; - ha controfirmato il decreto commissariale n. 19/2017;* **C)** *la Dott.ssa*

SABATINI, nella qualità di Direttore pro tempore del Servizio Programmazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise: *- ha espresso parere favorevole nel procedimento di adozione delle determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75 e n. 80 del 2016; - ha proposto e attestato la legittimità nella forma e nella sostanza, la coerenza con la normativa vigente e le compatibilità economiche imposte dal Piano di Rientro, delle determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75, n. 80, n. 130, n. 131 e n. 134 del 2016;* **D)** *il Dott. ANTONELLI, nella qualità di Direttore pro tempore del Servizio Livelli Massimi di Finanziamento presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise: - ha proposto e attestato la legittimità nella forma e nella sostanza, la coerenza con la normativa vigente e le compatibilità economiche imposte dal Piano di Rientro, delle determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75, n. 80, n. 130, n. 131 n. 134 del 2016;* ***E)*** *la Dott.ssa BIZZARRO, nella qualità di Direttore pro tempore del Servizio Programmazione Servizi Territoriali delle Attività Distrettuali e della Medicina Generale presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise: - ha proposto e attestato la legittimità nella forma e nella sostanza, la coerenza con la normativa vigente e le compatibilità economiche imposte dal Piano di Rientro, delle determinazioni di liquidazione n. 73, n. 74, n. 75 e n. 80 del 2016;* ***F)*** *la Dott.ssa PIZZI, nella qualità di Responsabile dell'Ufficio "Osservatorio epidemiologico, statistica sanitaria, indicatori ospedalieri", incardinato nel Servizio Supporto al Direttore Generale: ha controfirmato, in veste di responsabile del procedimento, il decreto commissariale n. 19/2017 e le determinazioni di liquidazione n. 897 e n. 1112 del 2017; − ha espresso parere favorevole nel procedimento di adozione delle determinazioni di liquidazione n. 897 e n. 112 del 2017.* […]. *L' arch. DI LAURA FRATTURA ha rivestito le pregnanti funzioni di Commissario ad Acta e, in*

particolare, ha adottato il decreto commissariale n. 19 del 28/02/2017". Riguardo alla struttura privata, la censura sulla condotta è formulata nei termini che seguono: "*Nonostante la fissazione* […] *dei tetti di spesa invalicabili per espressa previsione normativa, per effetto dell'entrata in vigore del precitato art. 19 della l.r. n. 16/2010, NEUROMED ha deciso – unilateralmente e arbitrariamente - di erogare, in regime di convenzione, prestazioni sanitarie in favore di pazienti provenienti da altre Regioni oltre il limite programmato dalla Regione Molise*". In tal modo, "*La Struttura è riuscita a ottenere il pagamento delle prestazioni rese extra budget in base a una scelta illegittima, ad essa favorevole, attuata dagli altri convenuti attraverso l'apporto causale descritto nel presente atto*".

Rispetto alle condotte alternative legittime che avrebbe potuto scegliere, l'Istituto privato "*ha scelto una terza via, non prevista dalla legge e non supportata da disposizioni contrattuali: erogare le prestazioni senza tener conto della programmazione pubblica (come se agisse in campo privato) mettendo però a carico del servizio pubblico i relativi oneri. E ciò pur nella possibilità di rifiutare le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere di bassa complessità e inappropriate. Le condotte di NEUROMED, inoltre, si sono poste in netta violazione dei generali doveri di correttezza e buona fede* […] *che governano tutti i rapporti obbligatori e contrattuali, ivi compresi i rapporti di accreditamento e i rapporti concessori con la Pubblica Amministrazione*". Da parte sua, "*L'apparato amministrativo ha omesso* […] *di opporre a NEUROMED la vigenza della più volte richiamata legge regionale e delle clausole di salvaguardia*".

Quanto al danno patrimoniale, il requirente "*ritiene di dover contestare il danno generato dai pagamenti presuntivamente illeciti in favore di NEUROMED, successivamente ai provvedimenti del Commissario ad Acta n. 14/2010, n. 15/2010,*

n. 45/2010, n. 53/2010 e n. 62/2010) e all'entrata in vigore della legge regionale n. 16/2010 (e quindi per le annualità ***dal 2010 al 2014****), per l'importo complessivo di euro* ***19.846.183,14***".

Premessa l'illustrazione dei criteri e parametri di calcolo utilizzati, ha rappresentato che "*La sommatoria degli importi corrisposti in relazione alle annualità* ***2010, 2011, 2012, 2013, 2014****, è pari a complessivi euro* ***19.846.183,14*** […]. *Il danno patrimoniale di euro* ***19.846.183,14*** *è divenuto concreto e attuale nel momento in cui sono stati disposti i pagamenti in favore di NEUROMED* […] *per il periodo* ***dal 2010 al 2014***".

Sui recuperi compensativi, tra regioni, della spesa per mobilità sanitaria, nonché sugli esiti del supplemento istruttorio delegato alla GdF a seguito delle deduzioni preprocessuali dei convenuti, il pubblico ministero ha affermato che "*La Guardia di Finanza, in sede di supplemento istruttorio, attraverso l'esame della documentazione acquisita nel corso dell'attività investigativa suppletiva* […] *ha accertato che il Ministero della Salute e la Conferenza Stato-Regioni non dispongono dei dati inerenti ai* ***valori finanziari*** *delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, erogate dalle singole Strutture sanitarie presenti sul territorio molisano (tra cui NEUROMED) in favore dei pazienti delle altre regioni e riconosciute alla Regione Molise in sede di compensazione extraregionale per le annualità 2007-2014; i* ***dati di mobilità, infatti, vengono acquisiti solo in forma aggregata per regione e, pertanto, non è possibile risalire al singolo erogatore****. Tuttavia è stato possibile ricostruire che la Regione Molise, per gli anni di interesse, all'esito del procedimento di determinazione delle disponibilità finanziarie a valere sul Fondo Sanitario Nazionale, (i cc.dd. riparti, proposti dal Ministero della Salute, oggetto di Intesa in sede di Conferenza Stato –*

Regioni e poi recepiti con delibere dal CIPE), è stata assegnataria dei seguenti fondi da parte dello Stato, ***quale finanziamento del Servizio Sanitario Regionale corrente***", riepilogati in una apposita tabella. Ha proseguito affermando che "*Le predette risorse sono state poi assegnate alla Regione Molise con le delibere CIPE, specificatamente indicate nell'annotazione erariale del nucleo delegato. Il valore relativo al saldo di mobilità (dato dalla differenza tra il valore della mobilità attiva e quello della passiva) concorre a determinare il* ***totale del finanziamento indistinto*** *(parte corrente). I dati di mobilità, riportati nella tabella, sono aggregati per Regione e non consentono di risalire alla singola Struttura; quindi, i valori ivi riportati fanno riferimento a tutte le Strutture sanitarie molisane. Le indagini condotte dalla Guardia di Finanza nei mesi di luglio/agosto 2023 presso la Conferenza Stato-Regioni e presso le Direzioni ministeriali competenti hanno dunque consentito a questo Requirente di confermare il proprio convincimento in ordine al fatto che, in sede di riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale connesse al fenomeno della mobilità attiva e passiva, si concede una quota di finanziamento ad ogni Regione sulla base del saldo di mobilità dei due anni precedenti. Per tale motivo, il saldo di mobilità costituisce uno dei parametri cui si ricorre, in sede di riparto delle disponibilità finanziare del S.S.N., per la definizione del fabbisogno sanitario regionale corrente, ma non rappresenta né un utile o un ricavo, né una perdita o un costo per la P.A. La compensazione interregionale della mobilità sanitaria, dunque, finisce per essere un mero meccanismo attraverso il quale si determinano e si quantificano le risorse che il Servizio Sanitario Nazionale erogherà, per ciascun anno, a favore delle Regioni, in sede di riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente*".

Sotto il profilo contabile, il pubblico ministero ha aggiunto che "*La Regione Molise, quindi, per pagare a NEUROMED prestazioni extrabudget che non*

dovevano gravare sul bilancio pubblico, ha speso risorse di cui non aveva disponibilità. A tal riguardo la Regione Molise, per far fronte al pagamento dei debiti sanitari pregressi al 31.12.2014, tra i quali rientrano anche quelli verso le Strutture accreditate, con Delibera di Giunta n. 632 in data 20/11/2015 ha disposto di destinare e vincolare alla copertura delle obbligazioni di pagamento vantate dai fornitori di beni e servizi nei confronti del Sistema Sanitario Regionale e dell'Azienda Sanitaria Regione Molise (ASReM), tra l'altro, le risorse del fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) destinate al finanziamento del Programma Attuativo Regionale 2007-2013 della Regione Molise per l'importo di euro 55.000.000,00; ha, inoltre, contratto anticipazioni di liquidità con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Pertanto, con provvedimento giuntale n. 348 in data 30/06/2015 ha approvato l'accesso all'anticipazione di liquidità per euro 257.338.926,00 ai sensi dell'art. 3 del D.L. 35/2013 […] *e dell'art. 35 del D.L. 24 aprile 2014, n. 66.* […]. *Detto in altri termini, la Regione per onorare i debiti con NEUROMED riferiti al periodo 2007-2014, non avendo a disposizione risorse proprie, ivi comprese quelle che sarebbero dovute derivare dall'asserito saldo di mobilità attivo, si è vista costretta a ricorrere all'anticipazione di liquidità, le cui rate di rimborso sono finanziate dagli introiti della Cassa Automobilistica Regionale, oltre che dall'incremento della aliquota IRPEF regionale*".

Quanto all'elemento soggettivo, ad avviso della Procura "*le condotte dei convenuti* […] *sono caratterizzate* [dal] *dolo, inteso come consapevolezza e volontà non solo di violare scientemente le norme, rendendosi inadempienti agli obblighi di servizio; ma anche di perseguire l'effetto che ne sarebbe derivato, ovvero lo sfondamento dei limiti di spesa posti ad argine della corretta programmazione delle prestazioni sanitarie*". Tale stato d'animo sarebbe corroborato, nella

prospettazione accusatoria, dagli "*stessi contenuti delle richieste di pareri da parte della Regione e dei pareri ricevuti* [dall'Avvocatura distrettuale dello Stato], *le tempistiche degli stessi (richieste di pareri e pareri), le determinazioni assunte e la corrispondenza tenuta con le Strutture private, sembrano far emergere un favor nel senso indicato. In particolare, la dott.ssa D'INNOCENZO, con le note sopra citate, ha cercato, in una qualche maniera, di dare una forma di legittimità a una vicenda che, nella sostanza, si poneva totalmente al di fuori dei parametri della legalità. Ciò è avvenuto nell'ambito, presumibilmente, di un'azione amministrativa difensiva rivolta in concreto a salvaguardare l'interesse particolare dell'agente pubblico, in luogo dell'interesse pubblico generale. Le tempistiche di richiesta di parere (a ridosso dei provvedimenti che disponevano il pagamento) e il loro rilascio sembrano confermare che la preoccupazione degli Organi regionali era quella di ottenere una valutazione favorevole che, nel consentire il pagamento in favore di NEUROMED* […], *ponesse loro stessi al riparo da responsabilità erariale.* […]. *Volontà* [dolosa] *dimostrata ex se, in particolare, dall'ostinato perseguimento da parte di NEUROMED - anche attraverso l'attivazione di contenziosi - di erogazioni illecite che costituivano il compimento della volontà di conseguire risultati imprenditoriali di ottimizzazione delle risorse tecniche a disposizione*". Con specifico riferimento alla convenuta PIZZI "*il ruolo chiarito in ordine allo svolgimento dell'iter in esame e le competenze ad essa riferibili inducono* […] *a escludere che ella abbia agito con lo specifico intento di perseguire il risultato dannoso. Alla medesima, invero, può ragionevolmente imputarsi l'omissione colposa di prudenti rimostranze sulla illegittimità dei provvedimenti che si assumevano e il mancato prudenziale esercizio degli strumenti che l'ordinamento presta al fine di escludere la responsabilità. La Funzionaria quindi, per tale ragione, può essere chiamata a rispondere solo in via*

sussidiaria e a titolo di colpa grave, per gli importi declinati". Analoga considerazione è stata inoltre espressa nei confronti della sig.ra BIZZARRO "*chiamata a rispondere solo in via sussidiaria e a titolo di colpa grave, per gli importi declinati*".

Quanto alla validità della costituzione in mora, parte attrice ha ritenuto priva di fondamento l'eccezione sollevata dai convenuti secondo cui non sarebbe evocabile, nella fattispecie *de qua,* il disposto di cui all'art. 1310 c.c. Ha ribadito in proposito che "*tale norma trova piena applicazione ai fini dell'interruzione della prescrizione dell'azione di responsabilità amministrativa se si tratta, come nella presente fattispecie, di danni cagionati con dolo o caratterizzati da arricchimento illecito dei responsabili*".

Infine, ha precisato che "*La violazione dei tetti di spesa per mobilità attiva da una Regione a un'altra non può non tradursi in un costo che, pur ammettendo che non gravi in prima istanza sul bilancio della Regione di destinazione, è in ogni caso a carico del Servizio Sanitario Nazionale*", sicché "*il danno causato da coloro che sono legati da un rapporto di servizio con una determinata Amministrazione non ricade solo su tale Amministrazione, ma anche, e soprattutto, sull'intera comunità amministrata*". Ha specificato ancora, sul punto, che "*non si può convenire con l'assunto secondo il quale la scelta di sottoporre a budget invalicabile anche le prestazioni eseguite in favore dei pazienti di altre regioni non può giustificarsi su ragioni di contenimento della spesa atteso che il costo di tali prestazioni ricade sulle Regioni di provenienza, e non sul bilancio della Regione (nello specifico) Molise. La previsione del limite di spesa, anche per le prestazioni rese nell'ambito della c.d. mobilità attiva, infatti, nasce proprio dall'esigenza di garantire la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale*".

Quanto alla ripartizione dell'onere risarcitorio, nell'atto di citazione è specificato che "*In ragione dell'attenta ricognizione della documentazione in atti, della analisi della materialità dei fatti in contestazione, della causazione del danno e della gravità delle condotte, ferma restando la responsabilità solidale dei convenuti dovuta al carattere doloso delle condotte contestate, ai soli fini del riparto interno tra i condebitori solidali nell'ipotesi di esercizio dell'azione di regresso, la Procura ritiene che il danno patrimoniale possa essere ripartito applicando le seguenti percentuali:*

1. NEUROMED, 50% (ossia euro 9.923.091,57);

2. GALLO Lolita, 15 % (ossia euro 2.976.927,47);

3. DI LAURA FRATTURA Paolo, 15% (ossia euro 2.976.927,47);

4. D'INNOCENZO Marinella, 10% (ossia euro 1.984.618,31);

5. SABATINI Paola, 5% (ossia euro 992.309,16);

6. ANTONELLI Michele, 5% (ossia euro 992.309,16).

La responsabilità delle convenute BIZZARRO Giovanna e PIZZI Stefania, invece, va affermata in via sussidiaria e a titolo di colpa grave, ciascuna per l'importo quantificato in via equitativa in 100.000,00 euro". È stata manifestata opposizione all'eventuale esercizio del potere riduttivo da parte del collegio.

Il pubblico ministero ha concluso chiedendo che i convenuti siano condannati "*nei termini esposti in motivazione (i convenuti* ***dal n. 1 al n. 6 dell'elenco, a titolo di dolo e in via principale e solidale****;* ***le convenute n. 7 e n. 8 dell'elenco, a titolo di colpa grave e in via sussidiaria),*** *al pagamento in favore della Regione Molise, nonché del dello Stato, quale apparato amministrativo di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale, della somma complessiva* ***di euro 19.846.183,14,*** *dianzi specificata, salva diversa valutazione che si rimette sin da ora al Collegio adito, oltre a rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giustizia,*

queste ultime a favore dello Stato".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico dell'1/10/2024, si è costituita in giudizio la sig. Paola SABATINI che, ricostruita la vicenda di causa, ha eccepito la "***INAMMISSIBILITÀ ED IMPROPONIBILITÀ DELLA DOMANDA. L'APPROVAZIONE DA PARTE DELLA SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA REGIONE MOLISE ED IL GIUDIZIO DI PARIFICA DEFINITIVO***". Ha evidenziato, in proposito, che "*i pagamenti dei quali si ipotizza l'illegittimità nell'odierno atto di citazione, sono naturalmente indicati nella documentazione che la Regione Molise ha esibito alla Sezione Regionale di controllo della Corte dei Conti e sono stati approvati nel Giudizio di* [parifica] *relativo all'anno 2016 di cui si tratta (anno in cui è stato programmato il pagamento delle somme contestate con la Determinazione n. 80 del 21.4.2016, ed è materialmente avvenuto il pagamento) senza che nel corso o all'esito di tale Giudizio siano stati mossi dalla Sezione, né dalla Procura Regionale che ha partecipato come per prassi all'intero procedimento, rilievi di sorta*".

La convenuta ha inoltre contestato l'atteggiamento doloso attribuitole, evidenziando di essere stata distaccata presso la Direzione regionale per la salute della Regione Molise, quale dirigente del Servizio programmazione rete ospedaliera, solo dal mese di novembre 2015, sicché "*allorquando si sono verificati i fatti oggetto di contestazione da parte della Procura (marzo-aprile 2016), la dott.ssa Sabatini* ***aveva appena assunto le proprie funzioni***".

Con specifico riferimento alla determina n. 80/2016, ha rappresentato che tale provvedimento era stato proposto solo dal Servizio programmazione economico-finanziaria, "***il cui Direttore risulta anche essere l'istruttore della***

determina", mentre "***Alcuna proposta è stata firmata dal Servizio Programmazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata diretto dalla dott.ssa Sabatini***". Ha affermato che le proprie competenze esulavano del tutto dagli ambiti di operatività riconducibili ai rapporti economici tra la Regione e la struttura privata in questione, esponendo la declaratoria contrattuale delle proprie mansioni. Queste ultime afferivano, secondo quanto riferito, unicamente alla gestione della rete ospedaliera pubblica e privata, sotto il profilo tecnico-organizzativo. Ha sottolineato quindi la inidoneità della propria condotta alla causazione del danno, in quanto ritenutamente "*limitata al mero rilascio di nulla osta per quanto di propria competenza* […] *senza la partecipazione di essa ad alcun atto istruttorio, antecedente e/o susseguente o comunque in alcun modo ad essa collegato*".

Soffermandosi ampiamente sul meccanismo di riparto interregionale del finanziamento sanitario, la sig.ra SABATINI ha anche evidenziato come "*il saldo di mobilità per ciascun anno ecceda decisamente la quota che per quell'anno è stata attribuita a Neuromed con la Determina 80/2016*". Ne ha concluso "*l'assenza di danno alcuno per le casse della regione Molise, poiché le somme contestate provengono* […] *da erogazioni poste in essere dalle regioni i cui pazienti sono stati curati nelle strutture private operanti in territorio molisano*".

Ha anche posto in rilievo che "*i pagamenti in contestazione sono stati erogati in favore del Neuromed in esecuzione di accordi intervenuti tra queste ultime e la regione che hanno contemplato* […] *rinuncia* […] *alla proposizione di ogni e qualsivoglia azione giurisdizionale nei confronti della regione Molise in relazione a fatti, atti e provvedimenti conosciuti e conoscibili e per le ragioni di cui ai contenziosi transatti e comunque relativi alle prestazioni saldate con le somme così quantificate*",

e tra l'altro l'eventuale incameramento, da parte della Regione Molise, dei compensi afferenti alle prestazioni svolte dall'Istituto privato avrebbe "*determinato un arricchimento ingiustificato ed illecito, comportante sussistenza certa di responsabilità a diverso titolo*".

Dopo ampia ricostruzione del panorama dottrinario e giurisprudenziale in tema di spesa e prestazioni sanitarie, ha affermato che la tesi sostenuta dalla Procura "*fa sorgere ulteriori dubbi sotto il profilo dell'equità e della parità di trattamento tra cittadini*". Infatti, "*sorgerebbe un profilo di disparità di trattamento tra cittadini determinato dal loro reddito se, all'avvenuto superamento del budget, solo chi potrebbe permettersi prestazioni a pagamento avrebbe accesso alle cure nell'Istituto prescelto, e, alla stessa stregua, la disparità di trattamento opererebbe sotto l'ulteriore profilo per cui chi ha avuto accesso alla prestazione sanitaria nel periodo dell'anno in cui il budget non è stato ancora superato sarebbe titolare di una posizione soggettiva assai diversa da chi, nel periodo invece successivo, non avrebbe accesso alle stesse cure a meno di potersele pagare*".

Ha affermato che la decisione di concludere l'accordo alla base dei pagamenti oggi contestati, determinando la cessazione dei contenziosi giudiziari tra la Regione e l'Istituto, sarebbe "*stata non solo approvata, ma anzi auspicata fortemente e sollecitata con decisioni dal Governo, dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, nei tavoli tecnici ed in provvedimenti diversi*".

Sotto il profilo contrattuale, quanto alla remunerazione delle prestazioni extra-tetto, ha chiarito che "*Le strutture private* […] *possono erogare prestazioni in favore di utenti extraregionali oltre la previsione di spesa sopraindicata, con la precisazione che il diritto di queste al rimborso scaturisce dal riconoscimento, alla regione nel cui territorio operano, dei relativi rimborsi da parte*

della Conferenza Stato - Regioni e dai Ministeri di riferimento", sicché "*Il superamento del tetto per le prestazioni non è un illecito né amministrativo né contabile, soprattutto qualora si consideri che è stato, negli anni in parola, espressamente autorizzato e concordato con le regioni di provenienza dei pazienti non residenti in Molise*".

Ha concluso chiedendo di "***dichiarare inammissibile ed improcedibile la domanda avanzata dalla Procura Regionale, poiché le questioni da essa sollevate sono coperte dal Giudicato, e non più riproponibili, avendo formato oggetto di Giudizio di parificazione perfezionatosi e conclusosi senza che alcuno ne abbia mai impugnato il provvedimento conclusivo; in ogni caso, rigettare la domanda spiegata nei confronti della Dott.ssa Paola Sabatini stante l'assenza di dolo ed anche di colpa grave, in via subordinata, in conseguenza del breve periodo di tempo in cui la Dott.ssa Sabatini si è occupata della vicenda, modificare la posizione soggettiva dell'odierna comparente, nel senso di ritenere sussistente la sola colpa grave, così come già disposto dalla Procura Regionale, e per le medesime ragioni, per la Dott.ssa Bizzarro; nel merito, rigettare la domanda per mancanza di danno, ed anche di azione e nesso di causalità***".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 3/10/2024, si è costituito in giudizio il Sig. Michele ANTONELLI, eccependo "*IN RITO .INAMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA PER ESISTENZA DI PRECEDENTE GIUDICATO*". Ha evidenziato, in proposito, che "*La sezione reg.le di controllo della Corte dei Conti* […] *con la presenza del pubblico ministero, ha emesso giudizio di parificazione del rendiconto regionale per ciascuno degli anni del periodo 2010-2014, confermando la legittimità e regolarità*

finanziaria della inerente gestione". Pertanto, "*L'avvenuta pronuncia di parifica da parte della sez. reg. le di controllo della Corte dei Conti del Molise , dei rendiconti regionali relativi agli anni 2010-2014, in difetto di impugnazione da parte della Procura reg. le, assume carattere definitivo ed irretrattabile, con effetti di giudicato sull'accertamento compiuto, e rende, per l'effetto la domanda di responsabilità erariale , successivamente e contraddittoriamente esperita dalla Procura inammissibile e\o improponibile e\o improcedibile*".

Ha altresì eccepito, preliminarmente, la prescrizione del diritto al risarcimento, ritenendo che il relativo termine debba decorrere dal 21/4/2016, data della determina di liquidazione n. 80. A tale data, infatti, la convenuta ritiene che "*il preteso danno all'erario si è manifestato ed esternalizzato, ossia è divenuto conoscibile in maniera obiettiva ed era certo nel suo ammontare e nella ineluttabilità, fin dal momento della pubblicazione di detta determinazione, avvenuta il 21.4.2016*".

Ha poi affermato la "***NECESSITA' DI INTEGRAZIONE DEL CONTRADDITTORIO***", poiché la Procura avrebbe omesso di coinvolgere le "*maggiori figure di vertice dell'amministrazione reg.le e della struttura commissariale, in carica negli anni di riferimento*", mentre tale coinvolgimento sarebbe "*indefettibile , anche ai fini di una corretta ripartizione del danno*".

Ha proclamato la "*inidoneità ed ininfluenza*" della propria condotta rispetto alla causazione dell'evento dannoso, nonché l'assenza dell'elemento psicologico contestatogli. Ha precisato, in proposito, che egli avrebbe controfirmato "*provvedimenti meramente esecutivi di quanto contenuto in atti di programmazione regionale* […] *Né può rimproverarglisi di non aver rispettato le diverse statuizioni di cui ai decreti commissariali n. 14-15-45-53-62/2010 , perché*

tali decreti sono stati annullati dalla Giustizia Amministrativa con diversi provvedimenti, proprio in ragione della peculiarità del contesto sanitario molisano e della virtuosità e validità del meccanismo introdotto dal 2007, di erogabilità e remunerabilità delle prestazioni ultra budget, all'atto della recezione da parte della Regione Molise, del corrispondente pagamento in compensazione da parte della regione di provenienza del paziente". Ha altresì sottolineato che "***che i controlli che, in ragione del suo ruolo, doveva eseguire avvenivano ex post, cioè l'anno successivo a quando le prestazioni sanitarie erano state rese, ad esercizio finanziario chiuso, e quindi, dopo che le strutture private avevano provveduto ad emettere ed inviare le relative fatture ed il Servizio Programmazione Rete ospedaliera pubblica e privata aveva già provveduto ad accettarle (o a respingerle al mittente laddove emesse illegittimamente) e, quindi, dopo che le suddette fatture venivano incluse nella contabilità regionale***". Ha aggiunto che " *nella sua* […]*qualità, in assoluta buona fede e convinto di fare l'interesse ed il bene della regione e di adempiere diligentemente al suo ruolo, si è limitato ad apporre la sua sottoscrizione* […] *alla determinazione di liquidazione n. 80\16* […] *perché la stessa,, **a)** dava esecuzione a quanto contenuto in atti di programmazione regionale: e segnatamente al Programma Operativo Straordinario 2015/2018, sottoscritto all'esito di una lunga trattativa e scambio di corrispondenza, con i Ministeri competenti, **b)** si allineava alle risultanze del parere redatto dall'avvocatura dello stato* […] ***c)** presentava un contenuto conforme alle risultanze dei Tavoli Tecnici antecedenti e successivi all'approvazione del POS 2015/2018, contenenti il riconoscimento dei saldi a favore delle due Strutture accreditate*".

Quanto all'elemento oggettivo, ha escluso che si sia verificato alcun

danno per la Regione Molise, giacché il meccanismo di compensazione alla base della mobilità interregionale – combinato con la subordinazione del pagamento delle eccedenze extraregionali agli esiti della compensazione suddetta – "*esclude già di per sé, oltre che l'elemento psicologico del dolo, che vi possa essere un danno erariale*".

Ha concluso chiedendo "***in rito:*** *dichiarare inammissibile la domanda avanzata dalla Procura Reg.le per essersi formato sulle questioni sollevate il giudicato, avendo formato oggetto del giudizio di parifica, perfezionatisi e conclusosi senza che il relativo provvedimento conclusivo sia stato impugnato,ancora in via preliminare: dichiarare la prescrizione dell'azione di responsabilità per danno erariale;* ***in via principale****: assolvere il convenuto dott. Antonelli da ogni responsabilità e addebito, stante l'assenza di dolo o colpa grave e\o la mancanza di nesso causale e\o di danno;* ***in via meramente subordinata****: dichiarare il contestato danno compensato dai maggiori benefici ottenuti dalla Regione Molise a seguito della approvazione del POS 2015/2018 e alla utenza a seguito della erogazione delle prestazioni sanitarie assicurate dall'IRCCS;* ***in via ulteriormente gradata****: ripartire il danno fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti anche se non evocati in giudizio dalla Procura attrice e per l'effetto ridurre l'entità del danno richiesto al dott. Antonelli; anche applicando il potere riduttivo e in valutazione equitativa delle circostanze addotte*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 3/10/2024, si è costituita in giudizio la sig. Stefania PIZZI che preliminarmente ha eccepito la prescrizione del danno erariale facendola decorrere dall'11/5/2016, cioè dalla disposizione dei mandati di pagamento n. 1111, 1112, 1114 emessi, appunto, in quella data.

Quanto alla propria condotta, ha sostenuto di non aver apportato alcun "*contributo valutativo, né tantomeno decisionale, al procedimento di definizione delle posizioni creditorie dell'Istituto Neuromed*". Nella tesi difensiva, infatti, "*I provvedimenti che* […] *era chiamata a sottoscrivere, oltre a costituire la mera prosecuzione di un procedimento già avviato dall'Amministrazione – ed in buona parte concluso – costituivano provvedimenti validati*". Conseguentemente, la convenuta "*non poteva far altro che controfirmare i provvedimenti, già contenuti nel POS 2015/2018 e costituenti mera esecuzione del POS medesimo* […] *già convalidato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia, già recepito con DCA n. 52/2016, per poi essere approvato con disposizione normativa*". Escludendo alcun profilo di colpa grave, ed enunciata la declaratoria delle sue competenze nel procedimento, ha asserito che nei suoi riguardi "*Al più, potrebbe parlarsi di un "errore scusabile"* […] *che si determinava in presenza di oggettive difficoltà interpretative o di contrasti giurisprudenziali sull'interpretazione di una norma e di rilevante complessità dei fatti*". Ha anche fatto rilevare, sotto il profilo soggettivo, che "*nessun rilievo veniva sollevato sui fatti economici-finanziari dall'advisory contabile (per le Regioni sottoposte ai piani di rientro, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, dell'art. 2, comma 88 della legge 191/2009, dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135, è prevista la consulenza ed il supporto tecnico di un advisor per provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e all'implementazione delle corrette procedure contabili e gestionali) che supporta la Regione nelle attività di verifica e riferisce al Tavolo Tecnico di monitoraggio con produzione di documenti propri. (v) Ed ancora,* ***dal decreto ingiuntivo immediatamente esecutivo n. 8 del 4 gennaio 2017 del Tribunale di Isernia***

(All. 6), *con cui si ingiungeva il pagamento dell'importo pari ad euro € 16.016.652,30, a saldo di quanto già pagato a favore dell'Istituto Neuromed*".

Ha sostenuto, ad ogni buon conto, che la Regione non avrebbe subito alcun pregiudizio patrimoniale dai pagamenti per cui è causa, giacché "*per effetto del procedimento di compensazione interregionale della mobilità, la Regione Molise ha ottenuto una quota di riparto del fondo sanitario nazionale e un saldo di mobilità sufficiente a pagare la produzione erogata dall'IRCCS Neuromed*".

Ha concluso chiedendo "***In via preliminare:*** ***-****Dichiarare prescritto il contestato danno erariale, per i motivi esposti nel paragrafo denominato "In via preliminare – Eccezione di prescrizione"; **Nel merito: In via principale** -Dichiarare la Dott.ssa Stefani Pizzi esente da ogni responsabilità per difetto degli elementi costitutivi della responsabilità amministrativo-contabile, sotto entrambi i profili, soggettivo ed oggettivo, e per l'effetto assolverla da ogni addebito per tutte le ragioni innanzi indicate. **In via gradata-**Ripartire il presunto danno erariale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella vicenda oggetto di giudizio, seppur non convenuti, in considerazione della responsabilità e dell'apporto di ciascuno, e per l'effetto ridurre l'entità del danno erariale richiesto all'odierna convenuta, anche applicando il potere riduttivo proprio del Giudice e valutando in via equitativa le circostanze in atti. Con condanna alle spese di lite*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 3/10/2024, si è costituito in giudizio il sig. Paolo DI LAURA FRATTURA, che ha ricostruito i principali snodi del piano di rientro dal debito sanitario, cui la regione Molise è sottoposta dal 2007, precisando di aver ricoperto la carica di Presidente della giunta regionale e di commissario *ad acta* per l'attuazione del suddetto piano dal marzo 2013. Assunta tale veste, ha

affermato di aver ereditato una situazione compromessa da tempo risalente, "*e rimasta, sin a quel momento, irrisolta, nonostante l'intervento di plurime qualificate figure professionali - con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi sanitari per gli anni 2013-2015*". Ha argomentato, in merito, che "*la Presidenza del Consiglio dei Ministri richiedeva espressamente, con* ***atto di diffida*** *del Presidente del Consiglio dei Ministri* […] *al Presidente e Commissario ad Acta,* […] ***una ricognizione della situazione creditoria e debitoria del SSR al 31.12.2014***, [nonché] *di adottare ed attuare il* ***Programma operativo 2015-2018****, contenente,* ***in via prioritaria****, la conclusione delle procedure per il controllo amministrativo-contabili e per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, e della* ***necessità*** *di procedere ad una* ***tempestiva ricognizione dell'entità e natura del contenzioso attivo e passivo volta alla definizione e quantificazione dello stesso, in accordo con l'Avvocatura distrettuale dello Stato***". Ha rilevato che "*sulla base delle Linee di indirizzo per la predisposizione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 fornite dal Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze* […] *i Tavoli tecnici ritenevano che la struttura commissariale potesse procedere all'adozione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018* […] *previo inserimento, nell'accordo medesimo, di alcune prescrizioni. Fra tali prescrizioni vi era quella relativa alla* ***chiusura di tutti i contenziosi e le partite pregresso esistenti fra la Regione Molise, l'Istituto Neuromed e la Fondazione di Ricerca e Cura, Giovanni Paolo II***". Ha altresì evidenziato che "*il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 era, altresì, approvato dall'art. 34 bis del d.l. n. 50/2017, convertito nella L. n. 97/2017. In sostanza, diveniva* ***legge dello Stato***".

Tanto premesso, e dopo aver ricostruito la vicenda di causa, ha eccepito la prescrizione del danno erariale, facendola decorrere dal 11 /5/ 2016. A tale data, infatti, afferiscono i "*primi mandati di pagamento* […] *(con cui si disponeva a favore dell'Istituto Neuromed il pagamento di euro 30 mln, quale prima tranche del complessivo importo riconosciuto pari ad euro 46 mln)*". Ha disconosciuto, in proposito, il valore interruttivo dell'atto di costituzione in mora notificatogli dal Presidente *p.t.* della Regione, affermando che tale atto sarebbe "*affetto da radicale nullità, dunque inefficacia, in quanto trattasi di un atto emesso su delega della Procura, ex art. 66 c.g.c.. L'art. 66 del c.g.c., tuttavia, non prevede tale potere di delega*". Ha precisato, inoltre, che "*l'importo totale di euro 46 mln circa era pagato alla Struttura in due momenti, il primo è successivo all'approvazione della Determinazione n. 80/2016, alla cui stesura non collaborava l'Arch. di Laura Frattura e per effetto della quale veniva liquidato, oltrechè definito nel suo ammontare, l'importo pari ad euro 30 mln; il secondo momento è successivo all'approvazione del Decreto commissariale n. 19/2017, elaborato dall'Arch. di Laura Frattura e per effetto del quale veniva liquidato l'importo pari ad euro 16 mln*". Ha sostenuto, conseguentemente, che "*quest'ultimo provvedimento rappresenta la mera, doverosa ed inevitabile esecuzione di un procedimento già avviato e soltanto parzialmente concluso. Dunque, da portare a termine*".

Con riferimento ai tetti di spesa per i pazienti *extra*-regionali, il sig. DI LAURA FRATTURA ha specificato che "*per l'annualità 2010 e per quelle successive* […] *il tetto di spesa relativo alle prestazioni extraregionali non aveva la funzione di limitare tali prestazioni, ma soltanto di definire quelle che sarebbero state remunerate solo a processo di compensazione avvenuto*".

Quanto all'elemento psicologico del dolo, ha osservato che

"*Nonostante la Procura contesti all'odierno convenuto la sola adozione del decreto commissariale n. 19/2017, opera una ricostruzione della vicenda che sembra coinvolgere l'Arch. di Laura Frattura nell'intero disegno criminoso ideato dall'Istituto Neuromed e dall'Amministrazione regionale sin dall'anno 2010, per tutte le annualità a seguire, e fino al 2014. Si ribadisce, tuttavia, che in tale disegno criminoso (in realtà non sussistente) l'odierno convenuto non poteva essere coinvolto dal momento che – secondo la ricostruzione della Procura regionale – tale disegno sarebbe stato ideato, compiuto e definito in epoca antecedente alla nomina dell'Arch. Di Laura Frattura quale Commissario ad Acta (avvenuta solo a metà 2013)*", ribandendo che il decreto n. 19/2017 rappresenterebbe solo un atto vincolato, meramente esecutivo del Programma operativo straordinario (cd. Pos) 2015/2018 e conseguentemente a premesse amministrative poste antecedentemente alla assunzione della carica da parte sua. Ha richiamato arresti giurisprudenziali ritenuti confermativi "*sia* [del]*la legittimità della clausola contenuta nel contratto che consente di sforare il tetto delle prestazioni extra regionali* […] *sia* [del]*l'impossibilità della Regione di trattenere somme pagate dalle Regioni di provenienza dei pazienti extraregionali, una volta che le stesse siano stato riconosciute in sede di compensazione interregionale*".

Ha contestato, perciò, che si sia verificato alcun danno per la Regione, specificando che "*L'Istituto Neuromed riceveva, in riferimento alle prestazioni extraregionali lecitamente erogate nelle annualità 2010 – 2014, meno di quanto ricevuto dalla Regione Molise*".

Ha fatto inoltre rilevare che la Regione Molise, negli anni 2010-2014, avrebbe conseguito un vantaggio dal meccanismo di compensazione interregionale. Infatti, "*a fronte di una produzione erogata dall'Istituto Neuromed,*

per gli extraregionali, e riconosciuta dalle Regioni di provenienza dei pazienti in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale pari ad euro 187.577.273,33, ha ricevuto dalla Regione Molise euro 180.020.126,77 (come da importi contenuti nella determina n. 80/2016 e nello stesso atto di costituzione della Procura, in merito alla remunerazione dell'extrabudget) . La Regione Molise, dunque, per effetto delle prestazioni extraregionali erogate dall'Istituto Neuromed negli anni 2010-2014, ha conseguito un vantaggio complessivo pari ad euro 7.577.146,56".

Ha aggiunto, peraltro, che a prescindere dalla legittimità della propria condotta, si dovrebbe comunque tenere conto del vantaggio conseguito dalla collettività per l'avvenuto espletamento delle prestazioni sanitarie, che "*sono state tutte oggetto di verifica e validazione da parte delle Regioni di provenienza dei pazienti*". "*Sempre ai fini dell'applicazione del cd. principio del vantaggio, [ha] rilevato che la chiusura dei contenziosi ha consentito alla Regione Molise di beneficiare sia delle premialità pari a* ***40 milioni di euro a titolo di contributo statale previsto dall'art. 1, commi 604 e 605, della L. 190/2014****, per la chiusura delle partite pregresse, sia il contributo di solidarietà interregionale per il Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale – Piano Operativo Straordinario 2015-2018 –* ***pari a 30 milioni di euro per l'anno 2015, 25 milioni di euro per l'anno 2016 e 18 milioni di euro per l'anno 2017. Per un totale di 100 mln di euro*** *(che mai avrebbe ricevuto se non avesse approvato il POS 2015-2018* […]*). Inoltre, la chiusura dei contenziosi ha determinato l'azzeramento dei crediti che, seppur in contenzioso, la Struttura vantava nei confronti della Regione Molise, il cui importo era stato accertato in 125 milioni di euro nel verbale del Tavolo Tecnico del 24.11.2015. Appare evidente come di tale beneficio derivante dall'azzeramento dei debiti la Procura regionale non ha affatto tenuto conto, risultando così non applicato*

il principio di cui all'art. 1, comma 1 bis, L. 20/1990".

Ha concluso chiedendo "***In via preliminare:*** *-Dichiarare prescritto il danno erariale per le ragioni indicate nel paragrafo denominato "In via preliminare – Sulla prescrizione";* ***In via principale:*** *-Dichiarare l'Arch. Paolo Di Laura Frattura esente da ogni responsabilità per difetto degli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa-contabile, sotto entrambi i profili, soggettivo ed oggettivo, e per effetto assolvere il convenuto da ogni addebito, per tutte le ragioni indicate ai punti 1, 2, 3 e 4;* ***In via gradata: -****Dichiarare il contestato danno erariale compensato dai maggiori benefici derivati alla Regione Molise per effetto dell'approvazione del POS 2015-2018 e alla comunità per effetto dell'erogazioni di prestazioni sanitarie extraregionali pacificamente eseguite dall'Istituto Neuromed;* ***In via ulteriormente gradata:*** *Ripartire il presunto danno erariale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella vicenda oggetto di giudizio, seppur non evocati in giudizio, in considerazione della responsabilità e dell'apporto di ciascuno, e per l'effetto ridurre l'entità del danno erariale richiesto all'odierno convenuto. Ridurre il danno richiesto all'odierno convenuto in applicazione del potere riduttivo e in valutazione equitativa delle circostanze in atti. Con condanna alle spese di lite di tutti i gradi giudizio*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 3/10/2024, si è costituita in giudizio la sig. Lolita GALLO che, ricostruito il contesto amministrativo molisano e gli atti antecedenti alla firma dei provvedimenti per cui è causa, ha affermato di avere "*controfirmato provvedimenti meramente esecutivi di quanto contenuto in atti di programmazione regionale e nella specie di quanto contenuto nel Programma Operativo Straordinario 2015/2018*".

Ha eccepito la prescrizione, osservando che "*fin dal momento della pubblicazione* [della determina di liquidazione n. 80 del 21/4/2016] *il presunto danno all'erario si era esternalizzato, ossia era divenuto conoscibile in maniera obiettiva ed era certo nel suo ammontare e nella ineluttabilità, mentre il conseguente pagamento non rappresentava altro che un atto consequenziale esecutivo e dovuto* […]. *In secondo luogo, e partendo dalla ricostruzione fornita dalla stessa Procura Attrice, secondo cui il danno si sarebbe configurato con i primi mandati di pagamento, lo stesso sarebbe indubbiamente prescritto per effetto di quanto statuito dall'articolo 66 del codice di giustizia contabile* […]. *Come noto i primi mandati di pagamento risalgono all'11.5.2016 e l'atto di citazione (atto introduttivo del presente giudizio) è stato depositato il 7.3.2024*".

Ha affermato, in merito all'elemento psicologico (contestatole nella forma del dolo), che "*a riprova della liceità e linearità della condotta tenuta* […] *gli atti sottoscritti dalla dott.ssa Gallo e contestati dalla Procura non sono stati una iniziativa scellerata e unilaterale della stessa. Sono state, invece, la dovutae diligente conseguenza di scelte di programmazione regionale, incardinate nel tempo, intraprese anni prima e da altri funzionari e rappresentanti della Regione* […] *e non solo per Neuromed*".

Ha ribadito che "*la mobilità attiva rappresenta per il Molise e per tutte le Regioni virtuose una voce di credito: ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino, andando ad incidere sui bilanci regionali. Tale peculiarità della Regione Molise, riconosciuta legittima, si ribadisce, da granitica giurisprudenza amministrativa, rende dunque, da un lato, inconferente e inapplicabile, alla presente fattispecie, la giurisprudenza costruita sui tetti di spesa invalicabili, dall'altro, chiarisce come l'attività posta in essere dalle Strutture sia*

stata ossequiosa di una previsione contrattuale e provvedimentale posta in essere fin dal 2007, sia dalla Struttura commissariale che da coloro che, dieci anni prima della Dott.ssa Gallo, rivestivano il ruolo di Direttore Generale della Direzione Generale della Salute della Regione Molise. Ciò, dunque, denota non solo che la condotta […] *non è stata illecita, ma anche che manca l'elemento psicologico del dolo atteso che la convenuta ha agito nel rispetto della disciplina normativa regionale e dei provvedimenti di programmazione* […] *introdotti e sottoscritti da precedenti Responsabili della Regione Molise*". Ha affermato, inoltre, che "*la determinazione di liquidazione n. 80, sia le determinazioni di liquidazione n. 897 e 1112 del 2017, contestate dalla Procura attrice, sono conformi al Programma Operativo Straordinario 2015/2018".*

Ha richiamato, in proposito, anche l'esistenza dei pareri dell'Avvocatura distrettuale dello Stato, che avrebbero asseverato la legittimità dell'accordo con NEUROMED.

Al fine di dimostrare l'assenza del danno erariale, la convenuta ha ricostruito in particolare i vari passaggi che interessano la mobilità interregionale sino ad arrivare ai relativi incassi, deducendone che "*L'assenza del danno è dunque comprovata da quanto contenuto nelle Intese Stato-Regioni relative ai saldi delle annualità oggetto di contestazione (2007/2014). Per ognuna di tali annualità, viene riconosciuto alla Regione Molise un saldo di mobilità interregionale positivo – dunque, la Regione Molise riceve delle somme – e di gran lunga superiore a quanto corrisposto alle Strutture sanitarie private per prestazioni in favore di pazienti extra regionali. Tanto è confermato anche dalle reversali d'incasso*.

Anche la sig.ra GALLO ha invocato, in subordine, la compensazione

dell'asserito danno con il vantaggio comunque conseguito dalla collettività, non solo per le prestazioni sanitarie effettivamente erogate, ma anche perché i pagamenti disposti in favore di NEUROMED avrebbero permesso di chiudere un contenzioso che – dal report predisposto dalla struttura commissariale per il tavolo tecnico interministeriale – "*superava abbondantemente quanto poi riconosciuto dalla Regione Molise con riconoscimento delle somme oggetto di contestazione*".

Ha concluso chiedendo "*in via preliminare: dichiarare la prescrizione del danno erariale; in via principale: assolvere la convenuta dott.ssa Gallo da ogni responsabilità e addebito; in via meramente subordinata: dichiarare il contestato danno compensato dai maggiori benefici ottenuti dalla Regione Molise a seguito della approvazione del POS 2015/2018 e alla utenza a seguito della erogazione delle prestazioni sanitarie assicurate dall'IRCCS; in via ulteriormente gradata: ripartire il danno fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti anche se non evocati in giudizio dalla Procura attrice e per l'effetto ridurre l'entità del danno richiesto alla dott.ssa Gallo; anche applicando il potere riduttivo e in valutazione equitativa delle circostanze addotte. Con vittoria di spesa e onorari*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 3/10/2024, si è costituito in giudizio l'Istituto neurologico mediterraneo (NEUROMED, come detto), richiamando le pronunce del giudice amministrativo che avrebbe consentito "*espressamente la possibilità di* ***non*** *includere nel budget e, quindi, nel tetto di spesa, le prestazioni erogate a favore di residenti in altre Regioni, qualora il Neuromed si fosse dichiarato disponibile ad attendere il pagamento sino alla conclusione del procedimento di compensazione*". Quindi, "*Neuromed, sulla base dei contratti, della programmazione sanitaria*

regionale e dei provvedimenti adottati dalla Pubblica Amministrazione, a seguito di statuizioni del Giudice Amministrativo, ha ***correttamente e doverosamente*** *erogato prestazioni in favore di pazienti extraregionali senza essere sottoposto ad alcun tetto di spesa e con la sola condizione della remunerazione di tali prestazioni solo a compensazione interregionale avvenuta*".

Effettuata la ricostruzione del procedimento di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, ha affermato essere "***inconfutabile*** *che non solo la Regione Molise non ha subito alcun danno per effetto delle remunerazione dell'attività resa dall'Istituto Neuromed a favore di pazienti extraregionali, ma che, invero, la Regione Molise ne ha addirittura tratto vantaggio*".

Ha escluso l'elemento psicologico del dolo, affermando che "*l'erogazione di prestazioni in favore di pazienti extraregionali non è stata affatto «unilaterale ed arbitraria» ma assolutamente conforme a quanto stabilito, dall'Amministrazione regionale, in sede di programmazione regionale, e dagli accordi contrattuali sottoscritti ed in vigore negli anni 2010-2014. In secondo luogo* […] *non solo Neuromed, ma tutte le strutture sanitarie accreditate del Molise* […] *hanno adottato identica condotta e hanno sottoscritto i medesimi contratti*".

Ha tra l'altro evidenziato che "*La Procura* ***non*** *ha citato nessuno di coloro che hanno gestito la sanità molisana dal 2010 al 2014.Dalla mancata citazione deve necessariamente desumersi che* […] ***tutti gli atti e i contratti e le clausole dei contratti sulla base dei quali l'Istituto Neuromed ha svolto le prestazioni sono legittimi, dal momento che i funzionari che li hanno adottati e sottoscritti sono ritenuti esenti da qualsiasi responsabilità***". Inoltre, nella tesi difensiva, "*La prova più lampante della infondatezza e inverosimiglianza di tale costruzione di un accordo illecito e doloso coinvolgente funzionari e Neuromed è data*

[…] *dal fatto che, neppure la Procura, quando è intervenuta per la costituzione in mora lo ha ipotizzato. Infatti, quando la Procura ha imposto al Presidente della Giunta Regionale di interrompere la prescrizione lo ha fatto esclusivamente nei confronti dei funzionari regionali*".

A tale constatazione si salda l'eccezione di prescrizione, che l'Istituto ha fatto decorrere dai primi mandati di pagamento, n. 1111, 1112, 1114 in data 11/5/2016. Inoltre – riaffermata l'insussistenza di alcun accordo doloso ed articolata una vasta esegesi degli artt. 1308 e 1310 c.c. – l'Istituto ha negato che la costituzione in mora dei funzionari regionali abbia effetto anche nei propri confronti, sia per l'insussistenza di un accordo doloso (che determinerebbe la solidarietà nell'obbligazione risarcitoria), sia per la ritenuta inoperatività dell'effetto estensivo stabilito dall'art. 1310 c.c.

Sul punto, ha inoltre affermato che "*Qualora* […]si *volesse ritenere corretta l'azione proposta in via solidale nei confronti di tutti i convenuti, allora dovrebbe necessariamente rilevarsi come la stessa sia inammissibile,* ***per mancata evocazione in giudizio di tutte le parti necessarie***".

A sostegno di tale tesi, ha opinato che "*nella nuova formazione, la cd. valutazione virtuale del contributo causale del non convenuto in giudizio riguarda esclusivamente il caso di responsabilità parziaria (per colpa grave), ma non riguarda più l'ipotesi di responsabilità solidale, che richiede quindi il litisconsorzio necessario*".

Ha contestato l'assunto della Procura secondo cui avrebbe assicurato soltanto in minima parte prestazioni di alta complessità, precisando la propria peculiare qualifica di ente "***del servizio sanitario a rilevanza nazionale*** *dotat*[o] *di autonomia e personalità giuridica che,* ***secondo standard di***

eccellenza, *persegu*[e] *finalità di* ***ricerca***, *prevalentemente* ***clinica e traslazionale***, *nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a* ***prestazioni di ricovero e cura di alta specialità***".

Alla luce di ciò, e richiamando anche la sent. 3775/2023 del Consiglio di Stato, ha affermato di erogare "***normalmente, prestazioni che si appalesano indispensabili per i pazienti, con la conseguenza che, qualora non fossero erogate presso la struttura molisana*** […] ***dovrebbero essere, in ogni caso, prestate altrove, essendo comunque a carico del SSN***". Ne discende, in base alla tesi difensiva, che "*tale naturale* […] *propensione dell'attività sanitaria del Neuromed verso un'utenza extraregionale, non rappresenti affatto una violazione di norme e, soprattutto, non risulti affatto il frutto di una «unilaterale ed arbitraria decisione di erogare, in regime di convenzione, prestazioni sanitarie in favore di pazienti provenienti da altre Regioni, oltre il limite programmato dalla Regione Molise», ma rappresenti soltanto – ed unicamente – l'effetto* […] *della natura di IRCCS e degli accordi contrattuali intervenuti tra il Neuromed e la Regione Molise*".

Ha proseguito, l'Istituto convenuto, sottolineando di non aver in alcun modo partecipato all'articolato procedimento che ha preceduto l'accordo con la Regione Molise, ma di essersi limitato "*unicamente ad accettare il valore dei saldi e la tempistica dei pagamenti, così come fissati, prestabiliti e determinati* – ***unilateralmente*** – *dalla Regione Molise d'intesa con il Tavolo Tecnico Ministeriale, così eliminando, in radice, qualsiasi volontà dolosa (ed anche meramente colposa)*".

Ha ribadito che la mobilità attiva è da intendersi "*componente patrimoniale attiva per le finanze regionali molisane*", ritenendo che sarebbe stata

anche la Sezione regionale di controllo per il Molise, di questa Corte, "*in sede di giudizio di parificazione sul rendiconto generale regionale, a certificare che la* ***mobilità attiva*** *rappresenta una* ***voce dei crediti***".

Quanto ai pagamenti ricevuti, ha precisato che essi sarebbero riferiti a "***crediti*** […] ***di varia natura e a diverso titolo e nient'affatto riferiti soltanto ed esclusivamente alle prestazioni sanitarie rese in favore di pazienti extraregionali*** *oltre il limite di spesa inizialmente fissato per gli anni 2010-2014* […] ***ma anche riferiti temporalmente ad un periodo completamente diverso*** *e ben più ampio (dal* ***1993 a tutto il 2014)***".

Quanto alla condotta, ha ricordato che le prestazioni sanitarie effettuate anche in favore di pazienti provenienti da altre regioni, sarebbero state concordate con la Regione Molise attraverso **contratti** nei quali si prevedeva che "*con riferimento alla voce di spesa afferente la* ***mobilità extra-regionale****, alla Struttura è consentito erogare prestazioni in favore di pazienti extra-regionali* ***oltre la previsione di spesa sopra indicata***", specificando che "***Il Titolo al rimborso di tali somme nasce al momento in cui la quota di mobilità viene riconosciuta alla Regione*** […] ***senza interessi***".

Ha rimarcato che "*l'****identica*** *notizia di danno che ha originato il presente procedimento è stata oggetto, quale* ***notitia criminis****, del procedimento penale attivato* […] *presso la Procura della Repubblica di Campobasso.* […]. *Il Pubblico Ministero della Procura della Repubblica di Campobasso, non ravvisando* ***né gli estremi di alcun abuso di ufficio ex art. 323 c.p. "né gli estremi di altra fattispecie penale rilevante****" in data 12 giugno 2020 disponeva, con ordinanza, l'archiviazione del procedimento penale per l'****infondatezza della notizia di reato***".

Presentando tabelle riepilogative dei dati contabili, anche con l'ausilio di una perizia tecnica di parte, l'Istituto NEUROMED ha illustrato il meccanismo di compensazione – tra le regioni – della mobilità sanitaria, evidenziando i punti ritenuti erronei della prospettazione accusatoria, soprattutto con riguardo alla censurata minore consistenza del cd. saldo di mobilità rispetto all'ammontare delle prestazioni remunerate all'Istituto stesso. Ha concluso che "*La Regione Molise* […] *a fronte di una produzione effettuata dalla Neuromed* […] *e riconosciuta dalle altre Regioni di euro 40.818.829,62 ha corrisposto alla Neuromed euro 39.914.403,96. La Regione Molise, quindi, non solo non ha subito alcun danno economico* […] *ma ha acquisito addirittura un vantaggio trattenuto e non corrisposto alla Neuromed* […] *di euro 904.425,66*". Ha altresì puntualizzato che "*Quel che la Procura Regionale trascura – o, comunque omette del tutto dal considerare e riportare nel corposo atto di citazione qui contestato – è che la Tariffa Unica Convenzionale (d'ora in avanti, TUC), approvata in sede di Conferenza Stato-Regioni, da sempre riporta dei valori tariffari, per ogni singola prestazione sanitaria, sempre e costantemente superiori di circa il 15% rispetto ai corrispondenti valori tariffari utilizzati dalla Regione Molise (cosiddetto Tariffario regionale) per remunerare, la stessa tipologia di prestazione sanitaria, alla struttura sanitaria privata molisana, nel caso di specie cioè, al Neuromed (DCA 19/2013)*".

Quanto alla ulteriore individuazione, da parte del pubblico ministero, dello Stato quale entità danneggiata, inteso come "*apparato amministrativo di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale*", l'Istituto ha contestato "*l'assoluta genericità di una simile richiesta, semplicemente «dedotta» dalla Controparte erariale soltanto nelle conclusioni dell'atto di citazione, ma assolutamente sprovvista di*

qualsivoglia specificazione (oltre che di prova), anche in relazione alla mancata descrizione analitica circa la quantificazione di tale voce di danno". Richiamando, in particolare, l'onere per chi agisce in giudizio di esplicitare i fatti costitutivi della pretesa, il convenuto ha ritenuto che il pubblico ministero abbia omesso di dichiarare "*con rigore i fatti materiali che assume essere stati fonte di danno e, dunque, in cosa sia consistito il pregiudizio patrimoniale, nel caso di specie, per lo Stato e, soprattutto, con quali criteri di calcolo dovrà essere computato il danno per il Servizio Sanitario Nazionale.* […] *ne discende che una richiesta di risarcimento, quando non sia accompagnata dalla concreta descrizione del pregiudizio di cui si chiede il ristoro (come quella formulata in relazione ai danni allo Stato) va qualificata come generica* […] *perché non mette né il giudice, né il convenuto, in condizione di sapere di quale concreto pregiudizio si chieda il ristoro*".

Ne ha concluso che – nella misura in cui "*in modo assolutamente generico, la Procura Regionale chiede un danno che sarebbe stato causato, genericamente, allo Stato, senza però fornire alcun elemento di specificazione di tale pretesa*" – la domanda attorea "*si appalesa inammissibile, oltre che infondata e che, comunque e in ogni caso, viene espressamente contestata*". Ha rimarcato, ad ogni buon conto, "*che mai «lo Stato quale apparato amministrativo di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale» ha contestato alcun danno erariale all'Istituto Neuromed ed alcuna contestazione, in effetti, potrebbe oramai operare essendo ampiamente decorsi tutti i termini di prescrizione normativamente definiti*".

Infine, ha affermato che dovrebbe necessariamente tenersi conto "***dei vantaggi comunque conseguiti dall'amministrazione di appartenenza, o da altra amministrazione, o dalla comunità amministrata***" in conseguenza delle prestazioni sanitarie comunque erogate dall'Istituto.

Ha concluso chiedendo "***In via preliminare***, *1. Dichiarare inammissibile l'atto di citazione in quanto non notificato a tutti i soggetti, che negli anni 2010 – 2017, hanno amministrato e governato la sanità della Regione Molise e regolamentato l'attività dell'Istituto Neuromed, come meglio indicati nel corpo del presente atto; 2. Accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione del contestato danno erariale per tutte le ragioni innanzi indicate;* ***Nel merito***, *1. Rigettare la domanda proposta dalla Procura Regionale per il Molise della Corte dei Conti nei confronti dell'Istituto Neuromed con atto di citazione e per l'effetto dichiarare l'Istituto Neuromed esente da ogni responsabilità per difetto degli elementi costitutivi sotto entrambi i profili, soggettivo ed oggettivo, così assolvendo l'Istituto Neuromed da ogni addebito, per tutte le ragioni innanzi indicate;* ***In via gradata:*** *2. Rideterminare il presunto danno erariale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella vicenda oggetto di giudizio, seppur non evocati dalla Procura regionale, in considerazione della responsabilità e dell'apporto di ciascuno, e per l'effetto ridurre l'entità del danno erariale richiesto all'odierno convenuto, anche in applicazione del potere riduttivo e in valutazione equitativa delle circostanze in atti. Con vittoria di spese, diritti ed onorari del presente giudizio*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 4/10/2024, si è costituita in giudizio la sig.ra Giovanna BIZZARRO contestando – dopo ampia ricostruzione dei fatti di causa – la censura attorea inerente all'assenza di accordi di confine. Ha precisato, in proposito, che nel periodo oggetto di causa (2010/2014) tali accordi non erano obbligatori e che ad ogni buon conto ne furono stipulati, con la Regione Campania, "*quanto meno dal 2010*".

In merito all'ulteriore censura inerente all'inesistenza di contratti con

l'operatore sanitario privato accreditato, ha ricordato che "*Risultano* […] *acquisiti agli atti* […] *i contratti stipulati con la Neuromed s.p.a.* ***nel 2008, nel 2010 e nel 2011***. *Accordi, questi, nei quali vige, per un verso, un sistema di* ***proroga tacita*** […]. *Per altro verso, per il periodo successivo al 30 giugno 2012,* ***viene espressamente prorogata*** *con decreto del Commissario ad acta* ***l'efficacia dell'accordo per l'esercizio 2012*** *e fino alla stipula del nuovo accordo contrattuale* […] *e, altresì, negli esercizi 2013 e 2014, sempre fino alla stipula del nuovo accordo, di poi intervenuto alla data del 15 dicembre 2015*". Ha aggiunto, altresì, che "***nel pur annoso contenzioso con la Neuromed s.p.a., non si è mai contestata, da parte dell'Avvocatura dello Stato, l'assenza degli accordi contrattuali e/o la nullità degli stessi e/o l'invalidità delle proroghe disposte dal Commissario ad acta***".

Nel contenuto, peraltro, la sig.ra BIZZARRO ha affermato che i suddetti contratti consentivano alla struttura privata di erogare, a pazienti *extra*-regionali, prestazioni eccedenti il limite di spesa, con la pattuizione che la suddetta struttura sarebbe stata pagata solo quando la Regione avrebbe incassato i saldi della mobilità. Perciò, nella tesi difensiva, il contratto "***autorizza, in definitiva, lo sforamento per i pazienti extra-regionali del tetto budgetario*** *così fissato*".

Quanto al vantaggio compensativo, la convenuta ha sostenuto che "*la Regione Molise si è vista attribuire, negli anni di interesse, tale maggiore quota di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale esclusivamente per effetto delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie private e, in particolare, in misura preponderante dalla consorte di lite Neuromed S.p.a. in favore dei pazienti extra-regionali*".

Ha evocato, in merito, l'eventualità che sia disposta una consulenza tecnica per quantificare il suddetto vantaggio.

Ha eccepito la prescrizione, "*Decorrendo, al più tardi, il dies a quo dalla data delle determinazioni oggetto di contestazione / impegno di spesa (tutte del **21 aprile 2016**)*", con la conseguenza che la costituzione in mora sarebbe tardiva, poiché "*avvenuta solo alla data del 22 aprile 2021 (**data dell'atto**) e, meglio, del **28 aprile 2021, data di notifica dello stesso, tipicamente e necessariamente recettizio ex art. 1334 s. c.c., da parte dell'ufficiale giudiziario***".

La convenuta ha escluso che nella propria condotta possa ravvisarsi la sussistenza dell'elemento soggettivo della colpa grave, come emergerebbe dalle seguenti circostanze "*a)la limitatezza del tempo in cui* […] *rivestiva la carica di Direttore pro tempore del Servizio Programmazione Servizi Territoriali delle Attività Distrettuali e della Medicina Generale presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise (ottobre 2015 – luglio 2016)* […] *b) la richiesta e la emanazione di ben 3 pareri* […] *dell'Avvocatura dello Stato* […] *c)il conseguente conflitto di doveri nel quale la odierna deducente si veniva a trovare: era sì vigente la previsione della inderogabilità dei tetti di spesa posta dall'art. 19 L.R., 16/2010, ma formulata **in maniera niente affatto perspicua*** […]***;*** *dall'altro, i due contratti con la Neuromed* […] *contenevano una clausola espressa che autorizzava lo sforamento e la struttura privata avanzava, anche in giudizio, pretese al pagamento dei relativi importi per le prestazioni erogate, maggiorati di ingenti somme a titoli di interessi di mora* […] *l'Avvocatura dello Stato serbava, sia in sede di contenzioso che consultiva, il più assoluto silenzio in ordine alla nullità di tale clausola ed alla non spettanza dei maggiori compensi reclamati dalla stessa Neuromed* […] *d) che l'art. 19, cit., richiama espressamente «**le limitazioni di spesa per l'anno 2010** derivanti dalla*

programmazione regionale di cui ai provvedimenti del Commissario ad Acta*», non è chi non veda come si tratti di norma all'evidenza c.d. temporanea, limitata come appare al solo periodo ivi espressamente indicato e, dunque, di eccezione*".

Ritenendo, evidentemente, l'applicabilità dei canoni propri della responsabilità penale anche alla sistematica della responsabilità amministrativa, ha opinato inoltre "*LA SUSSISTENZA DELLA SCRIMINANTE EX ART. 51 C.P. NEI CONFRONTI DELL'ODIERNA ESPONENTE*". Ha ritenuto comunque a sé non ascrivibile alcuna responsabilità, "*neppure nella forma della responsabilità c.d. sussidiaria* […] *potendo e dovendo trovare applicazione* […] *il c.d. «de in rem verso» ovvero il vantaggio compensativo previsto dall'art. 1, comma 1 bis, l., 14 gennaio 1994, n. 20*".

Ha concluso chiedendo "***in via principale*** *ed astretta ogni più ampia riserva per ogni diritto, azione ed iniziativa nei confronti degli altri convenuti derivante dalla responsabilità c.d. sussidiaria contestatale,* 1) ***rigettare*** *la domanda* […] *siccome riferibile a una pretesa risarcitoria e, comunque, infondata in fatto ed in diritto per i motivi spesi sub § I) – VI) della presente comparsa di costituzione;* ***in subordine*** *e nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda proposta dalla Procura, mantenuto fermo l'addebito a titolo di colpa grave ed in via sussidiaria della dottoressa Bizzarro,* 2) ***ridurre*** *la misura del risarcimento del danno alla minor somma di € 25.000,00 a titolo equitativo ovvero la diversa minor somma emergente all'esito dell'istruttoria ovvero ritenuta, anche in via equitativa, di giustizia, per i motivi spesi* sub *§ I) – VII) della presente comparsa di costituzione*; 3) *e, per l'effetto e comunque,* ***ridurre*** *secondo equità il risarcimento del danno posto a carico della odierna convenuta nella misura massima di legge o, comunque, ritenuta di giustizia,*

a norma degli artt. 83 r.d., 18 novembre 2023, n. 2440, 52, secondo comma, T.U., 12 luglio 1934, n. 1214, e 1, comma 1 bis*, l., 14 gennaio 1994, n. 20, per i motivi spesi* sub *§ VII) della presente comparsa di costituzione* 4) *in ogni caso,* ***concedersi*** *ogni altro beneficio di legge*. 5) *Sempre con vittoria di spese, diritti ed onorari del presente giudizio*".

Con comparsa trasmessa in Segreteria mediante deposito telematico del 4/10/2024, si è costituita in giudizio la sig. Marinella D'INNOCENZO che ha ricostruito l'intera vicenda di causa soffermandosi su un'ampia descrizione del proprio ruolo e del lavoro svolto presso la Direzione per la Salute della Regione Molise.

Ha precisato che ella "***non aveva poteri di natura gestionale, ma di indirizzo e programmazione e di organizzazione e coordinamento delle attività proprie della Direzione Regionale per la Salute nel suo complesso considerata***", aggiungendo che "*La ricognizione, sia nell'an che nel quantum, delle somme dovute a titolo di conguaglio, con cui si è determinato l'importo finale per Neuromed, nasce dall'istruttoria compiuta in via autonoma e responsabile dal* ***Servizio Ispettivo Regionale della Direzione Generale per la Salute***", Servizio al quale sarebbe spettata l'attività di controllo e la verifica della documentazione contabile trasmessa dalle strutture sanitarie private accreditate.

Ha eccepito la "***Nullità degli atti istruttori e processuali compiuti ex art. 51, comma 3, Codice di Giustizia Contabile per inconsistenza e genericità della notizia di danno erariale***" lamentando la violazione dell'art. 51 del c.g.c. per l'assenza di una specifica e concreta notizia di danno, nonché per la asserita inettitudine dell'esposto da cui ha avuto origine il presente giudizio,

a costituire valido presupposto per l'esercizio della funzione accusatoria.

Ha eccepito inoltre la "***Nullità degli atti istruttori ex art. 65 Codice di Giustizia Contabile - L'esercizio dei poteri istruttori da parte della Procura - Sulla audizione della dott.ssa Marilina Di Domenico – Violazione ed errata applicazione degli artt. 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64 Codice di Giustizia Contabile da parte della Procura attrice***". Ha illustrato, in proposito, che "*è stata audita* […] *come persona informata sui fatti sulla questione della mobilità regionale, sebbene la stessa non fosse informata sui fatti, né competente in materia e abbia dimostrato allo stesso di non esserlo*".

Ha ritenuto altresì illegittimo "*l'aver disposto e delegato il supplemento di indagini, e ciò in violazione dell'art. 67, comma 7, CGC*" ed ha evidenziato che "***l'Autorità Delegata, si ribadisce abusando del potere delegato, ha errato nell'individuare i soggetti detentori dei documenti richiesti dalla Procura ovvero quelli che la Procura ha chiesto per avere conferma della fondatezza delle deduzioni di tutti gli invitati a dedurre***".

Ne ha concluso che "*Con il modus operandi illegittimo della Procura e della Guardia di Finanza delegata, in sede istruttoria, è stato leso il diritto di difesa della odierna convenuta, che non ha mai avuto e potuto avere certezza dei dati a cui far riferimento per le controdeduzioni. Pertanto si* ***eccepisce, ai sensi dell'art. 65 CGC, la nullità degli atti istruttori compiuti in violazione delle norme richiamate sopra e degli*** atti ***conseguenti e per l'effetto la nullità e\o inammissibilità dell'atto di citazione e di tutti gli atti che verranno adottati nell'ambito del processo***".

Ha eccepito la "***Nullità e\o inammissibilità dell'atto di citazione per tardivo deposito in violazione del comma 5, 6 e 7 dell'art. 67 e dell'art. 68***

***CGC.*".** Infatti, nella tesi difensiva, "*Al fine di acquisire documenti inutili la Procura ha richiesto ed ottenuto 2 proroghe del termine per l'atto di citazione, così di fatto rinviando di oltre un anno un giudizio nel quale la posizione dei convenuti era chiara sin dall'inizio. Quindi ingiuste, e quindi illegittime perché non motivate da reali esigenze procedimentali, appaiono anche le proroghe concesse*". In conseguenza delle proroghe, l'atto di citazione sarebbe perciò "*tardivo nei confronti della dott.ssa D'Innocenzo poiché il termine di emissione di 120 gg. andava computato a partire dal deposito delle prime deduzioni avvenuto il 23.2.2023*". Per giunta, la citazione sarebbe "*altresì, inammissibile ai sensi dell'art. 67 comma 5 CGC poiché si ritiene che la Procura abbia errato nel calcolo ex tunc del termine perentorio dei 120 gg per l'emissione dello stesso, ivi incluse le proroghe concesse ex art. 68 CGC. Infatti, il Procuratore ha errato nel considerare come dies a quo per il conteggio dei 120 gg. il 27.11.2022 (data in cui la dott. Dott. D'Innocenzo ha ritirato il plico presso la casa comunale) e non il precedente 15.11.2022 (data in cui il soggetto notificante ha immesso l'avviso del deposito presso la Casa Comunale della notificazione ex art. 140 c.p.c. nella cassetta postale della Dott.ssa D'Innocenzo) e ciò anche tenendo conto di quanto disposto nel comma 6 dell'art. 67 CGC, essendo stata la dott. D'Innocenzo l'ultimo invitato a dedurre a ricevere la notificazione*".

La sig.ra D'INNOCENZO ha eccepito altresì la "***Nullità e\o inammissibilità dell'atto di citazione ai sensi dell'art. 87 CGA***", per la difformità tra l'iniziale individuazione del soggetto danneggiato nell'invito a dedurre (la sola Regione Molise) e quanto definitivamente confluito nella citazione (Regione Molise e Stato). Per la convenuta, inoltre, "*Altra non conformità sta nei soggetti di cui si chiede la condanna: Neuromed, inizialmente considerata al pari degli altri nell'invito a dedurre, ora viene citata per rispondere a*

titolo di colpa grave e in via sussidiaria".

Nel merito, la convenuta ha sostenuto l'infondatezza della domanda attorea, in ragione della ritenuta "*insussistenza dell'elemento soggettivo del dolo e del danno erariale oltre che del nesso di causalità*".

Ha argomentato, in proposito, che "*L'attività illecita, commessa con dolo, che* […] *avrebbe* […] *compiuto e per la quale viene chiamata a rispondere con il risarcimento di oltre 19.000.000 di Euro, non può dirsi in alcun modo concretizzata né posta in essere poiché sulle stesse ha operato il meccanismo di compensazione tra Regione Molise e le altre Regioni ospitate*". Quanto alla quantificazione del danno, secondo la convenuta "*il Procuratore individua il danno, lo quantifica e lo ripartisce, lo fa in modo a tal punto generico e non motivato che al giudice, in considerazione del carattere personale e parziario della responsabilità, sarebbe impedito di valutare le autonome condotte degli invitati a dedurre e di eventuali altri soggetti, non convenuti in giudizio*".

Mediante richiami ad una consulenza di parte, l'atto difensivo illustra diffusamente i tecnicismi del fenomeno della mobilità attiva e della compensazione interregionale, contestando le censure attoree in merito all'esistenza del danno. Le conclusioni sono dettagliate in tabelle dei saldi tra mobilità attiva e passiva per ogni anno dal 2007 al 2014, a cui si rimanda per ragioni di sintesi processuale.

Ha evidenziato che "*mai la Corte dei conti, sia come Procura Regionale che come Sezione Regionale di controllo, all'esito dell'esame dei bilanci regionali hanno eccepito o mosso rilievo alcuno in relazione al riconoscimento dei saldi alle strutture accreditate a diretta gestione regionale. Pertanto* […] *la Procura attrice ha disatteso anche la norma contenuta nell'art. 69 comma 2 del Codice di Giustizia Contabile che*

prevede espressamente che in tali casi la procura erariale non può procedere con l'azione di responsabilità e dovrà procedere con l'archiviazione ove valuti che l'azione amministrativa si sia conformata al parere reso dalla Corte dei Conti in sede di controllo". Argomentando ancora sulla inesistenza di alcuna condotta dolosa da parte propria, la convenuta ha richiamato i pareri resi dall'Avvocatura dello Stato sull'accordo con l'Istituto privato, puntualizzando altresì che "*nel disporre il pagamento delle somme 2010-2014, ha tenuto conto del fatto che tre contratti erano stati firmati e che le somme prodotte fino al 2011 erano supportate da contratto (firmato precedentemente al suo incarico del novembre 2014) che lei certamente non poteva non eseguire, trattandosi di contratti validi e efficaci*".

Ha rimarcato che "***l'obbligatorietà sulla stipula degli accordi di confine è stata prevista solo a decorrere dall'anno 2016***".

Quanto alla ripartizione del danno, ha affermato che "*la Procura invoca una responsabilità solidale tra tutti i convenuti, assumendo che quando la condotta è dolosa la responsabilità è sempre solidale, poi di fatto individuando* […] *le percentuali di responsabilità diverse fra gli stessi* […] *ma non indica* […] *il motivo e/o la metodologia per cui attribuisce percentuali differenziate a ciascun convenuto, sebbene abbia invocato una responsabilità di tipo solidale, e perché esse siano diverse a seconda del danno con ciò omettendo un elemento essenziale per la ripartizione del danno e rendendo, quindi, la ripartizione effettuata tanto apodittica quanto gravemente viziata*".

Ha concluso chiedendo "***1) <u>in via preliminare</u>,*** *accertare, rilevare e dichiarare la nullità di tutti gli atti del procedimento istruttorio e quindi inammissibile e\o nullo l'atto di citazione per i molteplici motivi esposti nel presente atto;* ***<u>2) nel merito,</u>*** *rigettare le domande formulate nell'atto di citazione dichiarando*

che la dott.ssa Marinella D'Innocenzo non ha alcuna responsabilità amministrativa per i fatti a lei contestati nell'atto di citazione; ***3) <u>in via subordinata</u>****, nell'ipotesi di accertamento della responsabilità amministrativa in capo alla dott.ssa Marinella D'Innocenzo da parte dell'intestata Ecc.ma Corte, disporre la riduzione della quota di risarcimento del danno secondo quanto esposto nella presente comparsa di risposta, anche ai sensi dell'art. 83, comma 2, CGC;* ***5) in ogni caso,*** *con condanna al rimborso delle spese di lite e alle spese di CTP, oltre spese generali, Iva e Cap come per legge sopportate dalla dott.ssa Marinella D'Innocenzo per la difesa nel presente giudizio.* ***<u>In via istruttoria</u>****, considerate le argomentazioni e contestazioni contenute nella allegata perizia dell'Ing. Giuliano Lori si chiede Volersi disporre CTU volta a chiarire il meccanismo della compensazione nella mobilità sanitaria nonché a illustrare e chiarire che nessun pregiudizio economico o finanziario la Regione Molise o lo Stato hanno subito per effetto del superamento dei tetti di spesa in favore dei pazienti extraregionali in favore dei quali sono state erogate le prestazioni sanitarie da parte di Neuromed*".

All'udienza del 24/10/2024, sono comparsi il rappresentante del pubblico ministero nella persona del S.P.G. dott. Stefano Brizi, nonché gli avv.ti Mariano Prencipe, Daniela Bambina Mammarella, Rosa Sciatta, Francesca Fazzolari, Francesco Trovato, Katia Palladino per delega dell'avv. Mirella De Santis, Salvatore Di Pardo e Claudio Di Ruzza, Stefano Sabatini, rispettivamente per i convenuti GALLO, ANTONELLI, D'INNOCENZO, DI LAURA FRATTURA, BIZZARRO, PIZZI, NEUROMED E SABATINI. Il pubblico ministero ed i rappresentanti delle parti convenute hanno dispiegato le proprie trattazioni, richiamandosi agli scritti difensivi dei quali hanno ribadito le specifiche eccezioni ed argomentazioni di merito. Delle

rispettive conclusioni hanno chiesto l'accoglimento, come da verbale d'udienza.

Considerato in

DIRITTO

Pregiudizialmente, sono da disattendere le eccezioni di inammissibilità e di nullità dell'atto di citazione proposte dai convenuti NEUROMED, D'INNOCENZO, ANTONELLI e SABATINI.

Gli ultimi due, in particolare, hanno eccepito l'inammissibilità della domanda poiché – sugli esercizi contabili nel corso dei quali si sono dispiegate le condotte oggi in contestazione – sono intervenute le pronunce di parifica da parte della Sezione di controllo di questa Corte. Nella tesi dei sigg.ri ANTONELLI e SABATINI, tali pronunce avrebbero attitudine di giudicato anche relativamente ai fatti oggetto del presente giudizio.

L'eccezione deve essere respinta. Benché la Corte dei conti svolga il giudizio di parifica "*con le formalità della sua giurisdizione contenziosa*" (*ex* art. 40, r.d. n. 1214/1934), quest'ultimo ha ad oggetto il riscontro di legittimità contabile della gestione – nel suo complesso – alla luce delle leggi di bilancio, dei documenti contabili trasmessi alla Sezione e dei risultati della gestione stessa e non si estende certo alla valutazione sostanziale dei singoli fatti gestori (v., *ex multis*, Corte dei conti, Sez. Aut. del. n. 9/2013; SS.RR. spec. comp., sent. n. 27/2014; Corte cost., sent. n. 89/2017). Tanto più che, se il giudicato coprisse tali fatti e le relative condotte, il giudizio di parifica presupporrebbe quanto meno la necessità di estendere il contraddittorio ai che tali condotte hanno posto in essere. Evenienza della quale non ricorrono né le condizioni logiche né quelle processuali.

Parimenti da respingere è l'eccezione di inammissibilità dell'azione "***per mancata evocazione in giudizio di tutte le parti necessarie***".

Nell'affermare la necessità processuale di tale evocazione in giudizio, con la ritenuta conseguenza dell'inammissibilità dell'azione stessa, il convenuto NEUROMED sottolinea che, dopo la riforma del 2019, l'art. 83, comma 2 c.g.c. fa espresso riferimento alle sole ipotesi di responsabilità parziaria, ai fini della ripartizione del danno in base al cd. giudizio di responsabilità virtuale. Appare dedurne, quindi, che – nei casi di responsabilità solidale per dolo – l'impossibilità di commisurare l'onere risarcitorio per singolo agente renda inammissibile l'azione quando tutti coloro che sarebbero solidalmente responsabili non sono tutti parimenti presenti nel giudizio.

Come è noto, la natura parziaria della responsabilità per colpa grave richiede che l'onere risarcitorio imposto ai convenuti sia limitato al solo danno causalmente riconducibile alle condotte di costoro. La *fictio* alla base del cd. giudizio di responsabilità virtuale permette di coordinare tale esigenza con il divieto – formalizzato proprio nel primo comma dell'art. 83 cit. – di integrazione del contraddittorio per ordine del giudice. Si riteneva infatti, già ben prima del codice, che tale strumento, quand'anche astrattamente idoneo ad una più ampia valutazione delle responsabilità, non solo privasse il soggetto chiamato *iussu iudicis* delle garanzie della fase preprocessuale, ma rischiasse di sollevare lo stesso pubblico ministero dall'onere della prova (v. sent. n. 15/2016 di questa Sezione). Ne risultavano in pari tempo violati il diritto di difesa ed il principio dell'imparzialità del giudice, oltre che – al livello della normazione primaria – il principio della

domanda ed il divieto di ultrapetizione.

Per rendere la disposizione coerente con questa sistematica, la riforma del 2019 ha eliminato dalla precedente formulazione del comma 2 l'improprio riferimento alle "*ipotesi di litisconsorzio necessario sostanziale*", che per la somma delle ragioni anzi dette sono estranee alla struttura del processo contabile. Benché l'attuale assetto della norma meriterebbe forse qualche riflessione, *de iure condendo*, non è certamente consentito al collegio superarne il dato letterale che non solo osta, come detto, all'estensione del contraddittorio, ma non permette di dedurre alcuna conseguenza processuale dalla mancata instaurazione del giudizio nei confronti di chi altri abbia eventualmente agito con dolo insieme ai convenuti.

Altresì da respingere sono le eccezioni di "*Nullità degli atti istruttori e processuali* […] *per inconsistenza e genericità della notizia di danno*", "*Nullità degli atti istruttori ex art. 65* [c.g.c.] […] *Violazione ed errata applicazione degli artt. 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64*" del c.g.c., "*Nullità e\o inammissibilità dell'atto di citazione per tardivo deposito*", "*Nullità e\o inammissibilità dell'atto di citazione ai sensi dell'art. 87 CGA*", tutte sollevate dalla sig.ra D'INNOCENZO.

Quanto alla prima eccezione, va rilevato che la valutazione sulla specificità e concretezza di una notizia di danno non coincide con quella inerente alla sua fondatezza. È stato infatti chiarito che "*la notizia di danno e l'attività istruttoria si pongono su piani assolutamente differenziati, costituendo la prima solo l'impulso e il limite oggettivo del potere d'indagine delle Procure regionali* […]. *Detto in altri termini, la «specifica e concreta notizia di danno», che legittima la Procura ad «iniziare l'attività istruttoria ai fini dell'esercizio dell'azione di danno erariale», non deve certo equivalere ad una notizia così precisa e circostanziata da*

contenere tutti gli elementi necessari per dare corso all'azione di responsabilità: diversamente, l'attività istruttoria della Procura non tanto sarebbe legittimata dalla notizia di danno, ma diventerebbe addirittura superflua, e altrettanto superfluo sarebbe tutto il procedimento preprocessuale che prende avvio con l'invito a dedurre" (v. SS.RR. di questa Corte, sent. n. 12/2011/QM). Ne consegue che in modo del tutto legittimo il requirente, avendo ricevuto segnalazione di fatti ben individuati, ha assunto quelle iniziative istruttorie che fisiologicamente occorrono a ricostruire una vicenda di ipotizzato danno, per verificarne la sussistenza.

La seconda eccezione è articolata su un insieme di argomentazioni complessivamente riconducibili alle doglianze che la Procura non avrebbe ricercato elementi di prova anche in favore degli invitati; che l'azione di indagine sarebbe stata mal condotta e financo "*abusando del potere delegato*" da parte della Guardia di finanza; che la funzionaria regionale sentita in fase istruttoria – affinché chiarisse alcuni aspetti contabili – sarebbe "*stata audita dal Procuratore come persona informata sui fatti sulla questione della mobilità regionale, sebbene la stessa non fosse informata su fatti, né competente in materia e abbia dimostrato allo stesso di non esserlo*".

Ebbene, esclusa l'ipotesi di violazione dell'art. 60, comma 4 (sui diritti della persona ascoltata in quanto informata sui fatti), l'art. 65 c.g.c., invocato dalla convenuta, commina la nullità dei provvedimenti del pubblico ministero solo nel caso che essi manchino di motivazione o siano solo apparentemente motivati – la qual cosa non si è verificata nel caso di specie – e non come conseguenza della supposta erroneità o inadeguatezza del procedimento d'indagine. Allo stesso modo, rilevato che l'art. 56 abilita

espressamente il pubblico ministero a delegare adempimenti istruttori alla G.d.f., l'eventuale e ipotetica inefficienza delle conseguenti operazioni, rispetto alla formulazione dell'accusa, potrebbe riverberare i suoi effetti sulla fondatezza dell'accusa stessa e non sulla validità degli atti d'indagine.

Né possono condividersi le censure in merito alla ritenuta violazione dell'art. 67, comma 7 c.g.c. (sulle condizioni per l'effettuazione di ulteriore attività istruttoria dopo l'invito a dedurre) nonché in merito al fatto che la Procura non avrebbe indirizzato le funzioni investigative anche verso l'accertamento di fatti e circostanze a favore degli invitati. Risulta *per tabulas* che le due proroghe richieste dal requirente erano finalizzate proprio all'approfondimento delle circostanze evidenziate da costoro, ai quali peraltro risultano giustamente concessi termini di proroga a controdedurre ed ampi spazi di partecipazione rispetto alle emergenze che venivano a delinearsi.

Infine, quanto alla lamentata non conoscibilità dei motivi dello "*stralcio*" disposto nei confronti dell'altro Istituto privato accreditato, il collegio li ritiene perspicuamente illustrati nel relativo decreto di archiviazione, allegato dal pubblico ministero al doc. 45 della citazione in giudizio.

Le motivazioni appena espresse sull'istruttoria si saldano alla terza eccezione proposta dalla convenuta, di inammissibilità della citazione per superamento del termine *ex* art. 67, comma 5, che è parimenti da respingere. La convenuta ritiene che "*in relazione alla posizione della dott.ssa Marinella D'Innocenzo, il Procuratore* [avesse] *tutti gli elementi utili già a seguito delle prime deduzioni difensive per archiviare il procedimento o, comunque, per citarla in*

giudizio, secondo la sua generica, inconsistente e infondata accusa".

La sussistenza di tali elementi è messa quanto meno in dubbio dal fatto che proprio la sig.ra D'INNOCENZO, in qualità di invitata, abbia proposto dapprima una richiesta di proroga dei termini a dedurre (da cui è scaturita la prima istanza di proroga del pubblico ministero) e successivamente una seconda richiesta di proroga per esaminare la documentazione raccolta a seguito del supplemento istruttorio (da cui è scaturita la seconda istanza del pubblico ministero). Né può trascurarsi il fatto, di per sé già dirimente, che non risultano reclamate, *ex* art. 68, comma 5 c.g.c., le "*ingiuste*" ed "*illegittime*" proroghe concesse al requirente (anche) per il soddisfacimento delle richieste da ella avanzate.

Concludendo, è da respingere l'ultima eccezione pregiudiziale, che la sig.ra D'INNOCENZO basa sulla ritenuta non corrispondenza "*tra i fatti di cui all'art. 86, comma 2, lett. e)* [del c.g.c., cioè i fatti oggetto d'accusa] *e gli elementi essenziali del fatto esplicitati nell'invito a dedurre*". Ciò che sarebbe "*evidentemente difforme è l'individuazione del soggetto danneggiato: la Regione Molise nell'invito a dedurre; anche lo Stato oltre alla predetta Regione nell'atto di citazione*". Tale difformità renderebbe nullo l'atto di citazione.

In disparte le valutazioni di merito, di cui si dirà più avanti, il collegio ritiene che tanto l'atto preprocessuale quanto quello introduttivo del giudizio individuino con chiarezza i fatti posti alla base delle censure e che diano conto sia delle sopravvenienze istruttorie sia delle difese degli invitati, mostrando di averne recepito gli esiti. Le contestazioni, già nell'invito a dedurre, sono chiaramente incentrate nella violazione delle norme e degli atti programmatori sui limiti di spesa sanitaria (ritenuti applicabili anche alle

prestazioni interregionali), nonché nel mancato governo del fenomeno della mobilità, che il pubblico ministero censura come latore di aggravio contabile per il bilancio regionale. Peraltro, la denunciata difformità tra invito a dedurre e citazione – quanto al soggetto destinatario del risarcimento – non è contemplata come causa di nullità dagli artt. 86 e 87 del c.g.c., sicché non sarebbe comunque possibile dichiararla in difetto di una norma che la commini (v. art. 44, c.g.c. e, in fattispecie analoghe, Sez. II App., sent. n. 52/2007; Sez. III App., sent. n. 233/2016; Sez. II App. sent. n. 588/2022; Sez. giur. Emilia Romagna, sent. n. 76/2019; Sez. giur. T.A.A., sent. n. 43/2016; valgono, infine, i principi generali individuati dalle SS.RR. di questa Corte nella sent. n. 7/1998/QM).

Ancora in via preliminare, va accolta l'eccezione di prescrizione sollevata da NEUROMED.

Il pagamento delle somme in contestazione è avvenuto con mandati rispettivamente dell'11/5/2016 e del 15/3/2017. La costituzione in mora degli odierni convenuti, meno NEUROMED, è stata loro notificata in date comprese nel mese di aprile 2021. L'invito a dedurre è stato notificato a NEUROMED il 18/11/2022 e l'atto di citazione è stato depositato in segreteria il 7/3/2024.

La Procura afferma l'estensione all'Istituto, in virtù dell'art. 1310 c.c., dell'effetto interruttivo delle costituzioni in mora notificate agli altri convenuti e fonda l'ipotesi di un intento doloso – che giustifica l'obbligazione solidale – sull'assunto che "*Gli odierni convenuti (Commissario ad Acta, NEUROMED, dipendenti regionali), con le loro condotte, hanno causato lo sforamento denunciato e/o hanno contribuito al riconoscimento, alla liquidazione e*

all'erogazione, in favore dell'operatore economico sanitario, di somme che, in violazione di norme e della programmazione sanitaria vincolante, in assenza di contratti, etc., non avrebbero dovuto essere pagate in quanto connesse a prestazioni sanitarie rese extra budget. Il Commissario e i dipendenti regionali, in particolare, hanno supinamente accettato le pretese creditorie della Struttura, con il risultato finale di non far valere l'avvenuto sforamento dei tetti di spesa assegnati, nonostante il quadro normativo e giurisprudenziale fosse inequivocabile, al punto di doversi desumere la volontà di costoro rispetto all'evento dannoso realizzato. Ciò soprattutto dopo l'entrata in vigore dell'art. 19 della l.r. 16/2010 che - per quanto già si è detto - segna lo spartiacque del conclamarsi della natura inderogabile della disciplina la cui valenza qui si afferma e che, in contrario, è stata del tutto disattesa dai convenuti. NEUROMED, che operava in regime di convenzionamento benché per molti anni non avesse sottoscritto alcun contratto, ha arbitrariamente e consapevolmente erogato prestazioni sanitarie oltre i limiti consentiti, in favore di pazienti non molisani".

Ebbene, il complesso degli elementi risultanti agli atti non supporta tale ricostruzione. In primo luogo, non si può condividere l'affermazione che NEUROMED abbia operato al di fuori di alcuna previsione contrattuale, giacché tra quest'ultimo e la Regione Molise intervennero due contratti, rispettivamente in data 18/11/2010 e 5/10/2011. Entrambi prevedevano che "*Il tetto di spesa oggetto di contrattazione si riferisce alla sola quota afferente gli utenti residenti in regione.* […]. *Con riferimento alla voce di spesa afferente la mobilità extra-regionale, alla Struttura è consentito erogare prestazioni in favore di utenti extra-regionali oltre la previsione di spesa sopra indicata. Il Titolo al rimborso di tali somme nasce al momento in cui la quota della mobilità viene riconosciuta alla*

Regione (presumibilmente ventiquattro mesi), senza interessi" (v. all. 12 al doc. 3 della citazione, contratto 2011, il precedente contiene clausola di analogo tenore letterale). La convenuta GALLO ha dimostrato che tale pattuizione era comune ad altri 47 istituti privati accreditati operanti sul territorio regionale, il che esclude, sotto questo profilo, alcuna peculiarità della posizione di NEUROMED (v. 47 all.ti *sub* 2. della comparsa di costituzione).

La Regione – come espressamente consentito dall'art. 15, comma 15, d.l. n. 95/2012 – aveva disposto l'ultrattività di tali accordi, fissandone i limiti di spesa, con decreti commissariali n. 3/2012, n. 28/2013 e n. 33/2013. L'erogazione delle prestazioni, perciò, non può dirsi decisa unilateralmente dall'Istituto, essendo supportata da specifiche previsioni contrattuali.

La Procura evidenzia anche che lo schema di accordo contrattuale, approvato con decreto del commissario ad acta n. 13 del 2/4/2010, non prevedeva la clausola di superamento del tetto per i pazienti *extra*-regionali, ravvisando in questo un elemento di irrazionalità nelle scelte poi divisate nel contratto. Anche riconoscendo il mutamento della prospettiva negoziale (che non era vietato), va considerato che – per parte della Regione – il commissario *p.t.* che aveva adottato lo schema di contratto e poi sottoscritto il definitivo era la medesima persona, diversa dal convenuto DI LAURA FRATTURA ed estranea al presente giudizio.

Sicché, posto che NEUROMED ha esercitato una facoltà contrattualmente stabilita, l'ipotesi di un accordo doloso volto a promuovere un impianto negoziale diverso dallo schema non solo non è stata provata, ma confligge con due dati di fatto: lo schema di accordo stabilito dal commissario *ad acta* era stato impugnato da NEUROMED davanti al giudice

amministrativo (v. ord. n. 233/2010 del Tar Molise, di cui si vedranno gli esiti); le condotte degli altri soggetti che avevano divisato tale accordo, o che ne avevano stipulato uno di analogo contenuto (con gli altri privati accreditati), non sono state attinte da questo, né da altro, genere di censure.

Anche sul piano normativo, il richiamo all'art. 19 della l. reg. Molise n. 16/2010 non accredita l'idea di un intento doloso in capo all'Istituto, riguardo alle prestazioni di mobilità interregionale. Tale disposizione, infatti, stabilisce che "*Al fine di garantire l'equilibrio economico del Sistema sanitario regionale, tutti gli operatori pubblici e privati, ivi comprese le strutture accreditate, sono inderogabilmente sottoposti alle limitazioni di spesa per l'anno 2010 derivanti dalla programmazione regionale dì cui ai provvedimenti del Commissario ad acta*".

In disparte l'interpretazione letterale della norma, che non permette di assumere alcun altro orizzonte temporale se non quello costituito dalle "*limitazioni di spesa per l'anno 2010*", va anche considerato che – con riferimento alla mobilità attiva interregionale – gli atti di programmazione regionale, oltre ai tetti di spesa, stabilivano anche l'ultrattività delle clausole contrattuali sopra illustrate.

Del resto, risulta che NEUROMED instaurò, tra gli altri, un contenzioso amministrativo specificamente riferito all'imposizione dei tetti di spesa, con richiesta di sospensione cautelare, tra altri provvedimenti, dei d.c. nn. 13, 14 e 15/2010. Essi recavano, rispettivamente, lo schema di accordo contrattuale di cui più sopra si è detto, l'individuazione dei tetti di spesa sanitaria e l'individuazione dei livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie. Il Tar Molise, con l'ord. n. 233/2010 sopra citata, in merito al requisito dell'apparenza del diritto,

necessario ai fini cautelari, statuiva quanto segue: "*ad un primo esame, tipico della presente fase cautelare, si manifesta un difetto di motivazione e di istruttoria, in ordine alla quantificazione del budget assegnato, con particolare riferimento: alla necessità di garantire le prestazioni di eccellenza erogabili solo dall'IRCCS, e non da altri presidi del SSR; alla possibilità di non includere nel budget le prestazioni erogate a favore di residenti in altre Regioni, quantomeno nel caso di accertata disponibilità della ricorrente ad attendere l'adempimento da parte della Regione di provenienza del paziente*". E sospendeva il provvedimento.

In cospetto di tutte le illustrate circostanze, il collegio è dell'avviso che non possa individuarsi alcun intento doloso in una condotta contrattualmente stabilita, della cui legittimità l'Istituto aveva chiesto il riconoscimento anche in sede giurisdizionale. Peraltro, il riscontro positivo ottenuto, sebbene in cognizione sommaria, porta ad escludere il carattere abusivo dell'azione, che non condivisibilmente il pubblico ministero attribuisce ad un "*ostinato perseguimento* […] *di erogazioni illecite*", in assenza di prove in merito.

Restando indimostrato il dolo, deve dunque escludersi l'estensione all'Istituto NEUROMED dell'efficacia interruttiva delle costituzioni in mora notificate ai restanti convenuti, *ex* art. 1310 c.c., con la conseguenza che nei confronti del suddetto Istituto l'azione era già prescritta al momento della notifica dell'invito a dedurre, per il decorso del periodo quinquennale (tenendo presente che l'ultimo pagamento effettuato è del 15/3/2017, il termine finale comprensivo del periodo sospensione per emergenza *covid* era l'8/9/2022, mentre la notifica dell'invito, con la costituzione in mora interruttiva, è avvenuta il 18/11/2022).

Va invece respinta, sempre sul piano preliminare, l'eccezione di prescrizione proposta dai sigg.ri ANTONELLI, BIZZARRO, DI LAURA FRATTURA, GALLO e PIZZI.

Ciascuno di loro offre, in proposito, delle personali argomentazioni, complessivamente convergenti su un triplice ordine di motivi, tutti da disattendere: la ritenuta nullità dell'atto di costituzione in mora notificato dal Presidente della Regione *p.t.*; il superamento del termine di sette anni previsto dall'art. 66 del c.g.c.; l'individuazione del *dies a quo*, per il calcolo del termine, nel momento di adozione o pubblicazione delle prima delibere di liquidazione, nel 2016.

Quanto al primo punto, la nullità dell'atto di costituzione in mora deriverebbe dal fatto che la Procura regionale, invitando il Presidente della Regione a compiere l'atto interruttivo, avrebbe "delegato" a quest'ultimo "*poteri e prerogative proprie della Procura e in nome e per conto di essa*". L'improprietà e l'illegittimità della richiesta deriverebbero, altresì, da una ritenuta violazione del segreto istruttorio e del principio di separatezza tra funzione politica e funzione giurisdizionale, con l'ulteriore specificazione che il Presidente della Giunta non avrebbe avuto – ad ogni buon conto – il potere di costituire in mora il presunto debitore, potere che sarebbe spettato invece alla Giunta stessa "*dopo una doveros*[a] *e puntuale istruttoria*" (così opina il sig. DI LAURA FRATTURA, a p. 17 e ss. della comparsa di costituzione).

Il collegio è di diverso avviso. In primo luogo, la delega presuppone il conferimento, dal delegante al delegato, di un potere che quest'ultimo non avrebbe, inerendo alla gestione di posizioni soggettive intestate esclusivamente al primo. Nel caso di specie, al contrario, il pubblico ministero

ha invitato l'ente a preservare ragioni sue proprie, cosa che esso ente – in quanto soggetto giuridico sia sotto il profilo pubblicistico che sotto quello civilistico – poteva autonomamente fare. D'altra parte, l'invito del requirente va riguardato alla luce del principio generale di tutela dell'erario, le cui ragioni creditorie – in risposta all'esigenza statuale di garantire l'integrità del patrimonio pubblico – sono indisponibili dagli stessi enti titolari e financo dal pubblico ministero. Ne consegue che – segnalata l'ipotesi di danno al legale rappresentante dell'ente titolare del credito risarcitorio – la mancata attivazione di procedure interruttive (comunque astrattamente avverabile) avrebbe dato luogo ad una possibile responsabilità da omissione a carico di costui, e non già per non aver ottemperato alla richiesta della Procura, ma per non aver adempiuto ai propri doveri istituzionali.

Alla luce delle motivazioni appena esposte, sono da respingere anche le ulteriori contestazioni riguardanti la sussistenza del segreto investigativo e la separatezza del potere giudiziario da quello politico.

Infatti, il segreto investigativo fonda un obbligo di condotta a carico di chi opera le indagini che non vale certo a limitare o escludere i contributi informativi provenienti dagli agenti dell'amministrazione, che sono istituzionalmente deputati a collaborarvi. Costoro interagiscono con il requirente in ragione del loro ufficio e non nell'attuazione del mandato politico, ove ricoprano cariche elettive. Naturalmente, nell'espletamento di tale funzione sono essi stessi tenuti a rispettare la consegna di segretezza, restando ogni dinamica politica del tutto estranea allo svolgimento dell'attività giudiziaria, proprio in ragione del principio di separatezza invocato dal convenuto.

Neanche può essere accolta l'argomentazione riguardante la ritenuta carenza di potere del Presidente della Giunta nella costituzione in mora. Tralasciando le questioni classificatorie inerenti alla natura negoziale o meno di tale atto, vi è che esso si manifesta attraverso una dichiarazione, ed in quanto tale costituisce estrinsecazione della funzione di rappresentanza dell'ente regionale, che spetta al Presidente *ex* art. 121, Cost. nonché *ex* art. 33, comma 2 dello Statuto regionale.

Parimenti da respingere è la tesi che sarebbe stato violato il termine massimo di prescrizione di cui all'art. 66 del c.g.c. (sette anni), norma applicabile "*ai fatti commessi e alle omissioni avvenute a decorrere dalla data di entrata in vigore del codice*" (v. art. 2, Norme transitorie all. 3 al c.g.c.).

Atteso che l'unico pagamento successivo all'entrata in vigore del codice è quello del 15/3/2017, e che la citazione è stata depositata il 7/3/2024 e notificata il successivo 12/3, il termine massimo prescrizionale è stato rispettato.

Così come è da respingere, infine, la tesi che vorrebbe far decorrere l'esordio della prescrizione dalla data di adozione della prima delibera di liquidazione, omettendo di considerare l'indiscusso orientamento giurisprudenziale secondo cui la prescrizione inizia a decorrere nel momento in cui si manifesta il danno, cioè con il pagamento (v. SS.RR. di questa Corte, sentt. n. 7/2000, n. 5/2007 e n. 14/2011, fatti salvi i casi di occultamento doloso).

L'eccezione di prescrizione, pertanto, è da accogliere limitatamente alla posizione della società NEUROMED, avendo valido effetto interruttivo la costituzione in mora notificata nell'aprile 2021 agli amministratori e

dipendenti della regione.

Nel merito, la domanda nei confronti di costoro è infondata e deve essere respinta per le motivazioni di seguito chiarite.

Come è noto, la Repubblica garantisce il diritto alla salute, il cui esercizio conosce varie declinazioni. Tra queste, la l. n. 833/1978, istitutiva del s.s.n., ha individuato il principio di universalità delle cure (art. 1) ed il d.lgs. n. 502/1992 ha introdotto il concetto di mobilità sanitaria nazionale, funzionale all'attuazione del diritto dei cittadini alla "*libera scelta del luogo di cura e dei professionisti*" (art. 8-*bis*). Questi diritti non si possono comprimere.

In un quadro di livelli essenziali delle prestazioni, individuati dallo Stato e da garantirsi uniformemente su tutto il territorio nazionale, la Repubblica riconosce anche l'autonomia regionale nella materia della tutela della salute (v. art. 117, comma 3, Cost.), sicché il finanziamento dei servizi sanitari regionali avviene mediante l'attribuzione, a ciascuno di essi, di un insieme di risorse a carico del bilancio statale. Il riparto è basato sul criterio della quota capitaria e sul riconoscimento di corrispettivi unitari, per prestazione, alle strutture erogatrici.

In proposito, l'art. 12, comma 3 del d.lgs. n. 502/1992 stabilisce che il riparto del fondo sanitario avvenga "*in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici* […] *con riferimento ai seguenti elementi: a) popolazione residente; b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni,* ***da compensare, in sede di riparto, sulla base di***

contabilità analitiche […]*; c) consistenza e stato di conservazione delle strutture* […] *e delle dotazioni strumentali*" (enfasi aggiunta, nde).

Ciò posto, le prestazioni somministrate ai cittadini residenti in una regione diversa da quella di residenza vanno rimborsate da quest'ultima, con le risorse di cui essa è autonomamente titolare. Il meccanismo che consente il rimborso è basato sul criterio compensativo, con attribuzione di quote a saldo che – sebbene derivanti dal finanziamento ordinario dello Stato – provengono dalla quota di titolarità delle regioni "debitrici".

Il procedimento si articola in vari passaggi distribuiti su più esercizi contabili (T_0 – T_2). In prima battuta, vi è un invio annuale da parte delle regioni, a fine esercizio (T_0), di flussi informativi sulle prestazioni erogate (ogni flusso corrisponde ad un tipo di prestazione: *standard*, alta specialità, prestazioni pediatriche, *etc.*). I flussi vengono ricevuti da una regione *p.t.* designata per il loro coordinamento (nel periodo che ne occupa, le regioni designate erano Veneto ed Emilia-Romagna), che elabora i dati stabilendo le partite di dare-avere tra le singole regioni. È concesso uno spazio di tempo (esercizio T_1), per presentare contestazioni e relative controdeduzioni sulle richieste di rimborso avanzate dai vari ss.ss.rr.

Concluso il confronto, le quote del fondo sanitario nazionale dell'esercizio ancora successivo (T_2) vengono attribuite alle regioni, con delibera CIPE adottata su proposta del Ministro della salute di concerto con la Conferenza Stato-Regioni, in modo da includere la quota in conto esercizio (T_2) per *n* residenti + la quota del saldo *post* compensazione (esercizio T_0) pagata dai ss.ss.rr. che risultino a debito verso gli altri.

Il pubblico ministero opina, da un lato, che il saldo di mobilità sarebbe

solo "*uno dei parametri cui si ricorre, in sede di riparto delle disponibilità finanziare del S.S.N., per la definizione del fabbisogno sanitario regionale corrente, ma non rappresenta né un utile o un ricavo, né una perdita o un costo per la P.A.*"; dall'altro lato, che non sarebbe possibile dedurre – dai dati CIPE, che sono aggregati per regione – la quota di mobilità attiva effettivamente prodotta da NEUROMED.

Con riguardo al primo aspetto, non si può accogliere l'interpretazione che la Procura dà dell'art. 12, comma 3, d.lgs. n. 502/1992 (l'art. 39, comma 1 del d.lgs. n. 446/1997, pure citato dal requirente, non può essere preso in considerazione, giacché l'art. 13 del d.lgs. n. 56/2000 ha previsto che "*A decorrere dall'anno 2001* […] *cessano di avere effetto nei confronti delle regioni a statuto ordinario le disposizioni previste dagli articoli 38 e 39, commi 1, 2, 3 e 4, del predetto decreto legislativo n. 446 del 1997*").

Il pubblico ministero appare dedurre, dall'espressione "*coefficienti parametrici*" utilizzata nel surriportato art. 12, che ognuno dei fattori che determinano le quote regionali – incluso il calcolo della mobilità – sia solo un parametro. Senonché, tenendo a mente il meccanismo sopra descritto, il saldo di mobilità – essendo la risultante di una operazione di compensazione (*id est*, somma algebrica) tra partite di credito e debito – non può che essere una grandezza numerica, che assume rilievo sul piano contabile e non valutativo, come del resto suggerito dal termine stesso ("saldo" è la differenza tra due quantità).

D'altra parte, lo stesso atto di citazione dà evidenza del fatto che "*è stato possibile ricostruire che la Regione Molise, per gli anni di interesse, all'esito del procedimento di determinazione delle disponibilità finanziarie a valere sul Fondo*

Sanitario Nazionale […], *è stata assegnataria dei seguenti fondi da parte dello Stato*", esponendo, in una tabella per annualità, tre apposite colonne in cui i valori della mobilità attiva, di quella passiva e del saldo sono riportati in numerario, cioè tal quali, non corretti da alcun coefficiente né utilizzati come coefficiente (v. p. 116 Atto cit.). Sempre l'atto di citazione prosegue spiegando che "*Le predette risorse sono state poi assegnate alla Regione Molise con le delibere CIPE*".

La questione del valore algebrico da attribuire al saldo di mobilità si unisce a quella inerente alla denunciata insufficienza del suddetto saldo ai fini della remunerazione pagata a NEUROMED (e, in generale, per le prestazioni di mobilità attiva), in relazione alla quale va chiarita una circostanza dal valore dirimente.

Il pubblico ministero argomenta che "*La Guardia di Finanza ha ricostruito che la Regione Molise, a fronte delle prestazioni rese nei confronti dei pazienti extra regionali, da parte di tutte le Strutture sanitarie molisane* […], *ha ricevuto, per gli anni attenzionati, in sede di riparto delle disponibilità del Fondo S.S.N., il saldo di mobilità indicato nella tabella di cui al sub 4 dell'annotazione erariale, quale quota di finanziamento del Fondo Sanitario Regionale corrente; il detto valore di mobilità non costituisce, quindi, il rimborso delle prestazioni erogate a favore di pazienti di altre regioni nelle annualità pregresse. Quanto sopra conferma verosimilmente le ragioni per le quali la Regione Molise ha accumulato nel corso degli anni un consistente debito nei confronti di NEUROMED* […]. *In definitiva, quanto sopra comprova che la Regione Molise ha utilizzato risorse proprie (reperite dalla collettività molisana) per il pagamento, a favore della struttura privata NEUROMED, delle prestazioni extrabudget rese a favore di pazienti extra regionali e, di sicuro, non le somme che sarebbero rientrate, secondo quanto asserito dagli*

invitati, con il meccanismo della compensazione interregionale".

In una tabella contenuta nell'informativa emessa a conclusione del supplemento istruttorio, la G.d.f. espone un riepilogo della produzione NEUROMED negli anni di riferimento, raffrontato ai corrispondenti saldi di mobilità. La si riproduce per facilitare la comprensione del ragionamento:

Anno	Produzione NEUROMED per mobilità attività	Saldo di mobilità
2009	26.396.852,61	37.546.236
2010	29.747.787,59	35.838.525
2011	32.896.191,63	30.109.237
2012	36.417.399,57	25.722.044
2013	40.035.216,09	25.152.090
2014	45.161.598,01	27.860.504

L'inefficienza compensativa del saldo di mobilità, di cui alla tesi attorea, trova eco nella seguente affermazione contenuta nell'informativa (v. p. 18, doc. 32 alla citazione): "*il saldo di mobilità che partecipa al finanziamento del Molise, innegabilmente, non è in grado da solo di far fronte alla capacità produttiva* […] *delle due maggiori strutture accreditate*".

Tuttavia, la tesi sopra illustrata è parziale e necessita di una integrazione per essere corretta: a far fronte alla produzione *extra*-regionale fatturata dalle strutture private (tra cui NEUROMED) concorre l'intero valore della mobilità attiva comunicato allo Stato in sede di compensazione, con la conseguenza che ciò che rimane a disposizione del Molise – a titolo di saldo – è una eccedenza dell'intero credito di cui esso è titolare, cioè dell'intero valore della mobilità attiva. La contropartita di questo valore, e cioè la

mobilità passiva, e cioè il debito che il Molise dovrebbe pagare alle altre regioni e finanziariamente non paga perché si giova della compensazione, si somma al saldo della mobilità e – insieme ad esso – costituisce il vantaggio.

Volendo offrire un contributo integrativo alla tabella sopra riportata, esso potrebbe essere così rappresentato (i dati sono estratti dalla relazione integrativa della G.d.f., doc. 32 cit.).

Anno	Produzione NEUROMED per mobilità attiva *(esercizio T_0)*	Mobilità Attiva (a) (*esercizio T_0 riconosciuta in T_2)*	Mobilità passiva (b) *(esercizio T_0 riconosciuta in T_2)*	Saldo (c = a-b) *(esercizio T_2)*
2010	29.747.787,59	87.538.772	51.700.747	35.838.525
2011	32.896.191,63	84.162.186	54.052.949	30.109.237
2012	36.417.399,57	85.962.775	60.240.731	25.722.044
2013	40.035.216,09	90.241.305	65.089.216	25.152.090
2014	45.161.598,01	86.931.544	59.071.040	27.860.504

Come si vede, gli importi della mobilità attiva sostengono la produzione di NEUROMED e includono evidentemente le produzioni degli altri operatori per prestazioni ai non residenti.

Sotto un diverso profilo, la Procura sostiene che "*le Tabelle di Molise Dati* [con le quali la Regione Molise comunica i flussi della mobilità attiva per la compensazione CIPE] *possono avere al massimo una capacità rappresentativa della produzione effettuata dalle Strutture in favore dei pazienti non residenti in Molise, ma non una sufficiente capacità dimostrativa e probatoria dei ricavi ed incassi asseritamente conseguiti, secondo i convenuti, dalla Regione Molise grazie al risultato attivo del saldo di mobilità interregionale (e non dalla mobilità attiva*

latamente considerata, come sostenuto da NEUROMED nelle Osservazioni del 13-14/11/2024)" (v. p. 122 dell'atto introduttivo).

Neanche tale assunto si può condividere. L'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria – e prima ancora gli atti regolatori ministeriali del 1994, 1996 e 1997 ivi richiamati – stabilisce regole tecniche molto dettagliate per l'elaborazione, l'invio ed il trattamento dei dati informatici inerenti ai flussi (doc. 9 all. alla citazione). Queste disposizioni contemplano l'utilizzo di tabelle *excel*, sulla base di schemi *standard*, e la trasmissione mediante canali di cui sono definiti contenuti, moduli, e codici di riferimento. Lo spazio temporale di contestazione sopra ricordato, ed il successivo recepimento in una delibera CIPE degli esiti di tale eventuale contestazione, consentono ad ogni Regione di garantire ed a propria volta verificare la veridicità, l'esattezza e la coerenza dei dati complessivamente scambiati. Il Direttore del Servizio regionale di bilancio e ragioneria, nella relazione istruttoria predisposta per la Procura (doc. 9 all. alla citazione), ha chiarito – e l'affermazione non risulta contestata – che "*Dal punto di vista tecnico, lo scambio dei dati fra le Regioni avviene attraverso il portale web ad accesso limitato con utenza e password, messo a disposizione dalla Regione Veneto. Ogni Regione deposita i file nelle aree di condivisione del portale e manutiene le cartelle provvedendo all'eliminazione dei dati degli anni precedenti. La Regione Molise, anche attraverso il supporto tecnico della società in house Molise Dati S.p.a., si attiene a quanto stabilito all'interno dell'Accordo*".

D'altra parte, il pubblico ministero riconosce l'ufficialità dei dati utilizzati dal CIPE ai fini delle delibere di riparto, non contesta che tali dati siano stati trasmessi, per il Molise, dalla società regionale incaricata della loro

raccolta e tuttavia – nello svalutarne l'attendibilità – non assolve l'onere di dimostrare che essa è inficiata da qualche circostanza e da quale, né che i suddetti dati sono parziali e non includono le prestazioni di NEUROMED.

Tanto chiarito sul piano materiale, la censura attorea è che "*Gli odierni convenuti* […] *hanno causato lo sforamento* [del tetto di spesa sanitaria stabilito per le prestazioni in mobilità interregionale] *e/o hanno contribuito al riconoscimento, alla liquidazione e all'erogazione, in favore dell'operatore economico sanitario, di somme che* […] *non avrebbero dovuto essere pagate in quanto connesse a prestazioni sanitarie rese extra budget*".

I convenuti vi replicano assumendo che – in virtù del meccanismo restitutorio sopra riepilogato – la remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, anche ove superi l'ammontare della programmazione regionale, non sarebbe comunque latrice di alcun danno per la Regione, giacché il riparto nazione azzererebbe il divario.

Citano, in proposito, anche la sent. del Consiglio di Stato, n. 3775/2023, secondo la quale "*Se si considera che le prestazioni extraregionali oggetto di decurtazione sono quelle* […] *transitate in compensazione interregionale e liquidate da altre regioni (di provenienza dei pazienti),* […], *che non hanno comportato, quindi,* […] *alcun onere, essendo pagate dalle altre regioni, risulta evidente l'irragionevolezza della previsione contenuta nei DCA impugnati* […] *la scelta del Commissario ad acta di sottoporre a budget invalicabile anche le prestazioni eseguite in favore dei pazienti di altre regioni non può giustificarsi per ragioni di contenimento della spesa, atteso che il costo di tali prestazioni ricade sulle regioni di provenienza, e non sul bilancio della Regione Molise.* […] *Neppure può sostenersi* […] *che la previsione del limite di spesa, anche per le prestazioni rese nell'ambito*

della c.d. mobilità attiva, sarebbe giustificato dalla necessità di garantire la complessiva sostenibilità economica del sistema sanitario regionale e nazionale. Il Neuromed, infatti, eroga prestazioni sanitarie nel settore neurologico; […] *che si appalesano indispensabili per i pazienti, con la conseguenza che, qualora non fossero erogate presso la struttura molisana (a causa della limitazione del budget), dovrebbero essere, in ogni caso, prestate altrove, essendo comunque a carico del SSN*".

Il collegio ritiene che la tesi del giudice amministrativo non sia del tutto condivisibile, pur nella consapevolezza della natura altamente specialistica delle prestazioni erogate e delle esigenze sanitarie assicurate dall'Irccs NEUROMED, in un bacino di utenza territoriale che – proprio in ragione di tale peculiarità – oltrepassa quello molisano, generando problemi di sostenibilità della relativa spesa. Infatti, a fronte di tale tesi – che vorrebbe superare il problema della sostenibilità economica con il rinvio dell'onere alla compensazione interregionale – non sembra irragionevole la fissazione di limiti di spesa.

In primo luogo, non è necessariamente vero che in sede di compensazione della mobilità interregionale la regione venga sempre del tutto ripagata dei costi per la mobilità attiva, giacché ciò postulerebbe una esatta coincidenza tra la tariffa unica convenzionale (cd. TUC, pattuita in sede di conferenza tra regioni) ed il nomenclatore regionale molisano, coincidenza che per talune prestazioni potrebbe anche venir meno, a sfavore della Regione.

Per una migliore comprensione della regolazione dei rapporti, occorre ricordare che riparto del fondo sanitario indistinto tra le regioni italiane è

fondato sul criterio capitario ponderato, cioè sul numero dei residenti (corretto con altri elementi). Ogni regione interessata dal riparto, quindi, riceve dal fondo le risorse per garantire a tutti i cittadini l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (i cd. LEA).

Poiché, per effetto della mobilità interregionale, è possibile che le prestazioni sanitarie siano erogate anche ai cittadini di altre regioni, per preservare il dimensionamento della quota capitaria è necessario un sistema che consenta di ricondurre la spesa sanitaria alla regione di appartenenza di ciascun paziente. In assenza di quest'ultimo, infatti, la regione destinataria degli spostamenti in mobilità si troverebbe ad assistere una popolazione effettiva superiore a quella in base alla quale era stato dimensionato il suo stanziamento, vedendo dunque compromessa la propria capacità di garantire i LEA.

Come detto, perciò, la correlazione tra l'ammontare delle risorse ripartite nell'anno e la popolazione di ciascuna regione viene ripristinata mediante il procedimento di compensazione, basato su un tariffario unico nazionale, che si svolge nel corso dell'intero anno seguente all'esercizio in cui sono avvenute le prestazioni (richiamando l'illustrazione, T_1 rispetto a T_0).

Le regolazioni di dare e avere non avvengono con pagamenti diretti tra le regioni, ma sono disposte nel primo riparto utile del fondo indistinto nazionale (cioè il secondo anno successivo, T_2), ove le diverse quote regionali (quota capitaria ± saldo *post* compensazione) aumenteranno in caso di saldo positivo e diminuiranno in caso di saldo negativo. In tal modo, anche se con ritardo di due anni, ciascuna regione recupererà (saldo positivo) o pagherà (saldo negativo) gli importi derivanti dalla mobilità interregionale.

Va tenuto presente che, nei casi di saldo negativo, la regione interessata dalla mobilità passiva (in uscita) aveva ricevuto, in sede di riparto originario, le risorse occorrenti per i propri residenti, sebbene – per alcuni di essi – il relativo onere finanziario fosse ricaduto sulle regioni verso cui i suddetti avevano scelto di curarsi.

È evidente che l'equilibrio così delineato tra risorse e costi si incrina qualora si ritenga che non vi siano limiti alla spesa per i pazienti *extra*-regionali. Posto che la limitatezza delle risorse impone la fissazione di limiti alla spesa sanitaria (altrimenti ammettendosi l'acquisto di prestazioni indipendentemente dalle compatibilità finanziarie e dalla programmazione approvata), se ne ricava che consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie oltre il tetto di programmazione, quand'anche la struttura erogante accetti di ricevere i pagamenti a compensazione avvenuta, equivale ad autorizzare l'acquisto di servizi non solo con risorse disponibili (entro il limite di spesa) ma anche con risorse future (senza limite). Questo genera un debito corrente non sostenibile, per giunta trasferito agli esercizi successivi in violazione dei principi di competenza economica ed equilibrio finanziario del bilancio sanitario.

Sul piano concreto, inoltre, il meccanismo produce un aumento indiscriminato delle prestazioni sanitarie acquistate (anche superiore, come detto, alle compatibilità economiche dell'esercizio) i cui effetti deleteri non ricadono sul livello nazionale ma sulle regioni oggetto di mobilità passiva (cioè, in uscita), che si trovano esposte ad un aumento di spesa che sfugge al loro controllo ed alla loro capacità di previsione.

Le suddette regioni, in una siffatta ipotesi, si vedono gravate di oneri superiori alle disponibilità ottenute, che ne peggiorano la situazione già

critica, incidendo negativamente sul soddisfacimento delle esigenze sanitarie e sull'erogazione del LEA, con presumibile ulteriore stimolo all'incremento della mobilità passiva.

Pertanto, l'argomentazione secondo cui la mobilità interregionale è un processo "*a somma zero*" per il livello nazionale non è appagante ma fuorviante, perché non considera il complessivo funzionamento della compensazione della mobilità interregionale con gli illustrati possibili riflessi negativi sulle regioni attinte da una già rilevante mobilità passiva.

Sul piano giuridico-contabile, inoltre, l'art. 20, d.lgs. n. 118/2011 impedisce la rinviabilità del pagamento delle prestazioni sanitarie acquistate dai privati accreditati, in quanto richiede la copertura di tutte le spese sanitarie derivanti da obbligazioni contratte nell'esercizio e stabilisce che: "*Nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. A tal fine le regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze: A) Entrate: a) finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle relative fonti di*

finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio; […] *B) Spesa: a) spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il pay back;"*(enfasi aggiunta, nde).

Una conferma della necessità che il bilancio sanitario sia in equilibrio si rinviene anche nell'art. 15, comma 14, d.l. n. 95/2012, il quale stabilisce che: "*Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012* […] *per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011* [in percentuali crescenti dal 2012 al 2014]. *A decorrere dall'anno 2016* […] *al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute* […] *e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria* […], *in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e*

lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. […]*. Le regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extraregionali presi in carico dagli IRCCS. Ne danno altresì comunicazione alle regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere, alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Le regioni pubblicano per ciascun IRCCS su base trimestrale il valore delle prestazioni rese ai pazienti extraregionali di ciascuna regione"*(enfasi aggiunta, nde). Perciò – per l'acquisto in deroga di prestazioni da istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (cd. Ircss) a favore di non residenti – è richiesto che la regione adotti misure di compensazione nell'ambito del proprio bilancio, per assicurare l'invarianza finanziaria, e non è certo permesso fare affidamento sui futuri rimborsi derivanti dalla mobilità.

Parimenti vietate sono le modulazioni speculative sulla possibile differenza tra le tariffe stabilite nel nomenclatore regionale e la cd. tariffa

TUC, essendo vietato differenziare la remunerazione delle prestazioni sanitarie in base al criterio di residenza dell'assistito (sono nulle, per esempio, nei contratti con i privati accreditati, le clausole che stabiliscano tariffe diverse in base alla residenza). In proposito, infatti, l'art. 1, comma 171, l. n. 311/2004 come modificato dalla l. n. 208/2015, dispone che: "*Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio*". Da questo punto di vista, il collegio ritiene che la pattuizione contrattuale di un differimento del termine per il pagamento di determinate prestazioni (quelle per le quali si attende la compensazione dalla regione di provenienza dell'assistito) rientri nell'illustrato divieto, dovendosi valutare che un pagamento effettuato a due anni dalla prestazione è economicamente diverso da uno effettuato tempestivamente.

Conclusivamente, la somma di tutte le motivazioni che si è cercato di articolare conduce ad affermare che – malgrado la non sostenibilità del possibile superamento dei tetti di spesa per la mobilità interregionale attiva, sul piano di principio – la domanda deve essere respinta.

Ogni diversa considerazione, infatti, è superata dalla constatazione – fattuale e specificamente riferita agli esercizi oggetto del giudizio – che il

completamento della procedura di compensazione interregionale ha rimosso il pregiudizio prospettato dalla Procura. Diversamente opinando, la condanna dei convenuti alla restituzione degli importi richiesti determinerebbe una duplicazione per la Regione, che ne sarebbe locupletata senza causa (in proposito, v. *ex multis*, Sez. I d'appello, sent. n. 290/2016).

Tanto ricostruito, e ferma la prospettazione della domanda attorea, essa non può essere accolta neanche nei confronti dello Stato, in quanto è indirizzata non già al ristoro dell'eventuale pregiudizio indiretto conseguente a tutti i descritti meccanismi, ma alla restituzione tal quale di un importo che, per quanto risulta agli atti, è già stato rimborsato a chi ne era titolare (la Regione Molise), senza che sia ravvisabile alcuna diretta lesione finanziaria per lo Stato, che non ha erogato somme ulteriori rispetto a quelle annualmente previste. Eventuali pregiudizi patiti da altre regioni non sono stati allegati né provati.

Avendo definito il giudizio, per l'Istituto NEUROMED, sul piano preliminare, il collegio ritiene di compensare le spese nei suoi confronti, *ex* art. 31, comma 3 del c.g.c. Per i restanti convenuti, deve valere il criterio della soccombenza, sicché la Regione Molise va condanna al rimborso, in loro favore, delle spese legali, liquidate nel modo che segue:

- Lolita GALLO, euro 14.000,00;
- Paolo DI LAURA FRATTURA, euro 14.000,00;
- Marinella D'INNOCENZO, euro 10.800,00;
- Paola SABATINI, euro 8.300,00;
- Michele ANTONELLI, euro 8.300,00;
- Giovanna BIZZARRO, euro 4.400,00;

- Stefania PIZZI, euro 4.400,00;

Tutto oltre IVA, CPA e rimborso forfettario come per legge.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione giurisdizionale regionale per il Molise, disattesa ogni contraria istanza, deduzione od eccezione, definitivamente pronunciando, dichiara prescritto il diritto azionato nei confronti dell'Istituto NEUROMED; respinge la domanda proposta nei confronti dei sigg.ri Lolita GALLO, Paolo DI LAURA FRATTURA, Marinella D'INNOCENZO, Paola SABATINI, Michele ANTONELLI, Giovanna BIZZARRO, e Stefania PIZZI. Condanna la Regione Molise al rimborso, in favore di questi ultimi, delle spese legali liquidate come segue: Lolita GALLO, euro 14.000,00; Paolo DI LAURA FRATTURA, euro 14.000,00; Marinella D'INNOCENZO, euro 10.800,00; Paola SABATINI, euro 8.300,00; Miche ANTONELLI, euro 8.300,00; Giovanna BIZZARRO, euro 4.400,00; Stefania PIZZI, euro 4.400,00, oltre IVA, CPA e rimborso forfettario come per legge. Spese compensate nei confronti dell'Istituto NEUROMED *ex* art. 31, comma 3 c.g.c.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Campobasso nella camera di consiglio del 24/10/2024.

Magistrato estensore	Presidente
Luigia Iocca	Maurizio Stanco
(firmato digitalmente)	*(firmato digitalmente)*

Depositata in segreteria il 23 dicembre 2024

F.to Il Responsabile della Segreteria
Maria Grazia Sechi *(f.to digitalmente)*