

**REPUBBLICA ITALIANA****In nome del Popolo Italiano****LA CORTE DEI CONTI****SEZIONE II GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO**

composta dai seguenti magistrati:

Fulvio Maria	Longavita	Presidente
Roberto	Rizzi	Consigliere
Maria Cristina	Razzano	Consigliere -Relatrice
Ilaria Annamaria	Chesta	Consigliere
Erika	Guerri	I Referendario

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi d'appello iscritti al n. 55414 del Registro di Segreteria

promossi da:

- 1) SOL ET SALUS S.p.A. (c.f. 00432390409) con sede legale in Rimini (RN), via San Salvador 204, in persona del presidente e rappresentante legale pro tempore;
- 2) BALLI Pier Paolo, nato a Modena (MO) il 29 giugno 1948 e residente a Rimini (RN), via Ghelfi n. 16 (c.f. BLLPPL48H29F257D);
- 3) VACCARI Matteo, nato a Castelnuovo ne'Monti (RE) il 2 agosto 1968, residente a Rimini (RN), via Dante Alighieri n. 80/A (c.f. VCCMTT68M02C219H)

tutti elettivamente domiciliati in Roma al Viale Bruno Buozzi n. 47,
presso lo studio dell'Avv. Prof. Luisa Torchia (c.f.



TRCLSU57D55C352N, p.e.c. luisatorchia@ordineavvocatiroma.org),

dalla quale, unitamente agli Avvocati Giuseppe Fontana (p.e.c.

giuseppfontana@ordineavvocatiroma.org); Antonino Morello (p.e.c.:

studiolegale@pec.studiolegalermp.com) e Roberto Pinza (p.e.c.:

roberto.pinza@ordineavvocatiforlicesena.eu), sono rappresentati e

difesi in virtù di mandato in calce ai rispettivi atti d'appello;

4) VASINI Marco, nato a Rimini (RN) il 24 ottobre 1939 (c.f.

VSNMRC39R24H294F), deceduto in data 15.12.2020, e, per esso,

quali eredi, VASINI Mariafrancesca, nata a Rimini (RN) il 22 luglio

1967, residente a Bellaria-Igea Marina (RN), in via Santerno 9 (c.f.

VSNMFR67L62H294B), VASINI Andrea, nato a Cesena (FC) il 6

gennaio 1975, residente a Bellaria-Igea Marina (RN), in via

Santerno 10 (c.f. VSNNDR75A06C573W), e VASINI Giuliano, nato

a Cesena l'8 settembre 1976, e residente a Bellaria-Igea Marina

(RN), in via Santerno 10 (c.f. VSNGLN76P08C573P), costituiti in

qualità di eredi, elettivamente domiciliati in Roma al Viale Bruno

Buozzi n. 47, presso lo studio dell'Avv. Prof. Luisa Torchia p.e.c.

luisatorchia@ordineavvocatiroma.org), dalla quale, unitamente

agli Avvocati Giuseppe Fontana (p.e.c. [giuseppfontana@](mailto:giuseppfontana@ordineavvocatiroma.org)

ordineavvocatiroma.org, Antonino Morello (p.e.c.:

studiolegale@pec.studiolegalermp.com), Roberto Pinza (p.e.c.:

roberto.pinza@ordineavvocatiforlicesena.eu), e Gabriele Sabato,

sono rappresentati e difesi, in virtù di mandato in calce ai

rispettivi atti d'appello

contro



PROCURA GENERALE PRESSO LA CORTE DEI CONTI

avverso

la sentenza n. 138/ 2019 della Sezione giurisdizionale per la Regione Emilia-Romagna, depositata in data 8.10.2019.

Uditi nella pubblica udienza del giorno 8 giugno 2021, con l'assistenza del Segretario dott. Carlucci Riccardo Giuseppe, la relatrice dott.ssa Maria Cristina Razzano, l'Avv. Luisa Torchia, Giuseppe Fontana, Antonino Morello, Pinza Roberto e Gabriele Sabato per gli appellanti, e il rappresentante della Procura generale nella persona del V.P.G. dott. Antongiulio Martina.

Esaminati gli atti d'appello, gli atti e i documenti tutti del fascicolo di causa.

Ritenuto in

FATTO

Con la sentenza in epigrafe indicata, la Sezione regionale per l'Emilia-Romagna ha condannato a risarcire il danno, pari a euro 14.044.181,10 in favore della Regione Emilia-Romagna, la società SOL ET SALUS S.p.A., Vasini Marco, Balli Pierpaolo e Vaccari Matteo (quest'ultimo fino a concorrenza di euro 8.327.917,77), nelle rispettive qualità rivestite all'epoca dei fatti, in solido.

La vicenda trae origine dall'indebita maggiore remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera riabilitativa che avrebbe dovuto essere erogate, nel periodo dal 2007 al 2010, secondo i casi, in forma ambulatoriale ovvero, tutt'al più, ricorrendone i presupposti, in forma di assistenza ospedaliera riabilitativa di carattere estensivo



(cod. 60): i cospicui introiti conseguiti dalla società, a titolo di riabilitazione “intensiva”, sarebbero dipesi da comportamenti fraudolenti dei predetti vertici amministrativi e sanitari (per i quali gli stessi sarebbero stati tratti a giudizio penale).

L'importo complessivo per cui v'è condanna rappresenta il corrispettivo complessivamente versato alla società “accreditata” e non dovuto, per effetto della contestata “inappropriatezza” dei percorsi terapeutici rimborsati dall'amministrazione regionale.

Con distinti atti di identico contenuto, tutti depositati in data 11.12.2019, i soccombenti hanno interposto appello, lamentando:

1) *“difetto di competenza della Corte dei conti per la Regione Emilia-Romagna. Violazione e falsa applicazione dell'art. 86, comma 2, lett. e) e d), e comma 6, del codice di giustizia contabile. Violazione dell'art. 25 Cost. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.1 della sentenza impugnata”.*

La sentenza impugnata sarebbe palesemente illegittima, per effetto dell'ingiustificato rigetto delle eccezioni di nullità dell'atto di citazione, sia sotto il profilo della mancata indicazione delle amministrazioni realmente danneggiate (ai fini del radicamento della competenza), sia per il consequenziale difetto di competenza del p.m. contabile.

Sotto il primo profilo, il giudice di primo grado sarebbe incorso in una palese contraddizione, nella misura in cui avrebbe riconosciuto l'esistenza di meccanismi di compensazione - in virtù dei quali il pagamento che la Regione Emilia-Romagna avrebbe compiuto nei



confronti dei soggetti accreditati costituirebbe una mera partita di giro – e, al tempo stesso, affermato la legittimazione della stessa quale amministrazione danneggiata. Nella vicenda, la Regione Emilia-Romagna non potrebbe essere neanche in astratto il soggetto danneggiato, poiché si sarebbe limitata ad anticipare il costo delle prestazioni fruite dai pazienti provenienti da altre regioni, da queste ultime poi restituito, in base agli accordi interregionali sulla tariffa unica convenzionale. L'omessa indicazione delle singole regioni, effettivamente depauperate, avrebbe determinato la nullità della domanda risarcitoria, con consequenziale nullità della sentenza.

Sotto altro profilo, la gravata pronuncia meriterebbe di essere riformata nella parte in cui non avrebbe tenuto conto dell'eccezione di incompetenza territoriale *“della Procura erariale a introdurre il giudizio di primo grado, e conseguentemente delle sezioni giurisdizionali della Corte dei conti per l'Emilia Romagna, a giudicare la presente controversia”*. Secondo gli appellanti, infatti, la mancata individuazione degli enti realmente danneggiati – gli unici a meritare l'eventuale ristoro per l'asserito danno erariale - determinerebbe un'ingiusta locupletazione della Regione per la quale il p.m. contabile avrebbe agito, già beneficiaria dei rimborsi da parte delle altre regioni di appartenenza degli assistiti. Dovendosi ritenere competenti i plessi giurisdizionali nei quali avrebbero sede le singole amministrazioni regionali effettivamente danneggiate, sarebbe patente la violazione del principio del giudice naturale precostituito per legge, di cui all'art. 25 Cost.

2) *“erroneo rigetto dell’eccezione di prescrizione”.*

Come emergerebbe dagli accertamenti presenti negli atti di indagine della Guardia di Finanza, nessuno degli odierni appellanti avrebbe mai compiuto alcun atto finalizzato a evitare la scoperta del presunto danno o a nascondere le conseguenze. I ricoveri non sarebbero stati disposti in mancanza dei presupposti, poiché la riabilitazione avrebbe avuto avvio previa presentazione di ricetta medica, e, se vi sono stati errori, questi sarebbero stati commessi in danno della società erogante. L'attività peritale, volta a comprendere la reale dinamica ed entità del fenomeno, poi, non andrebbe considerata come espressiva di una particolare complessità e difficoltà di accertamento, *“ma casomai solo di mole ampia, unicamente in ragione del fatto che la Procura ha inteso perseguire fatti svoltisi lungo l'arco temporale di quattro anni”*. Erroneamente i primi giudici avrebbero ritenuto che la SOL ET SALUS abbia posto in essere una *“dolosa, sistematica e pressoché totale erogazione a danno del SSN di prestazioni non rimborsabili o rimborsabili con classificazione di minor valore”*.

La sentenza sarebbe comunque errata, in subordine a quanto sopra indicato, poiché il giudice avrebbe ommesso di considerare che, agli atti del presente giudizio, non sarebbero presenti né le fatture emesse dalla società appellante per gli anni 2007-2010, né tutte le cartelle oggetto di contestazione ed elencate nella relazione dei dott. OMISSIS. Solo 12 cartelle mediche sarebbero state versate in atti, e per esse la SOL ET SALUS avrebbe beneficiato di un rimborso pari a



€ 64.127,55.

In ogni caso, la sentenza meriterebbe di essere riformata anche sotto il profilo della individuazione della data da cui far decorrere il termine di prescrizione. La scoperta del danno dovrebbe farsi risalire alla prima contestazione del 13 aprile 2010, o quantomeno alla contestazione del 3 febbraio 2012 - per il periodo dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2009, in relazione a 92 cartelle (doc. 12), e a quella del 7 agosto 2013 - per il periodo dal 1° gennaio 2010 al 31 dicembre 2011, in relazione a ulteriori 112 cartelle, di cui 52 per il 2010 (doc. 14). Le due note, provenienti dall'Ufficio controlli sanitari della Ausl di Rimini, sarebbero state indirizzate anche alla Regione Emilia-Romagna, che, pertanto, sarebbe stata posta nelle condizioni di conoscere appieno i fatti, sia pure con riserva di integrale quantificazione del danno. L'invito a dedurre della Procura, idoneo a interrompere il termine di prescrizione, sarebbe stato notificato soltanto il 13 giugno 2018, per cui sarebbero prescritti gli eventi accaduti anteriormente al 13 giugno 2013.

3) *“illegittima imputabilità di parte appellante e ascrivibilità ad essa delle condotte contestate. Violazione e falsa applicazione dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.1. della sentenza impugnata”.*

Dagli atti di causa risulterebbe l'infondatezza della statuizione del giudice di prime cure nel merito, visto che la struttura sanitaria e i suoi responsabili si sarebbero sempre attenuti all'Accordo 2007-2009 Regione — AIOP, che avrebbe garantito il libero accesso alle



strutture accreditate, sulla base della semplice prescrizione medica.

Non vi sarebbe stata, quindi, alcuna “astuzia” nell'accogliere i pazienti ed erogare, in loro favore, le prestazioni medico-sanitarie prescritte dai rispettivi medici di base.

Parimenti erronea sarebbe la pronuncia impugnata anche nella parte in cui il giudice avrebbe affermato che il danno sarebbe pari alla “quasi totalità del fatturato della Sol et Salus” (par. 3.3.1, pag. 21), senza avere a disposizione i bilanci della società all'uopo depositati dagli appellanti in questa sede, al fine di dimostrare l'assoluta infondatezza di tale affermazione.

4) *“travisamento dei fatti, manifesta carenza di istruttoria e insufficienza di motivazione in merito alle prestazioni rese da Sol et Salus e a questa rimborsate. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.2. della sentenza impugnata”.*

La sentenza impugnata sarebbe manifestamente illegittima, in quanto il giudice di primo grado avrebbe erroneamente ritenuto che la SOL ET SALUS abbia svolto attività di riabilitazione intensiva. Le risultanze probatorie confermerebbero che sarebbe stato applicato esclusivamente il regime di riabilitazione estensiva, per tutti i casi per cui pende il presente giudizio, tant'è che lo stesso collegio peritale avrebbe affermato, nella relazione del 12 febbraio 2018, che, dalla disamina di tutte le cartelle cliniche oggetto di impugnazione, risulterebbe che i ricoveri sarebbero stati codificati utilizzando come prima diagnosi non la patologia prevalente giustificante il ricovero, bensì il codice di attività V57.1, con conseguente attribuzione



dell'episodio alla MDC23. Tale classificazione avrebbe consentito di risalire agevolmente alla categoria della "Riabilitazione Estensiva", tant'è che, in nessuno dei casi esaminati, sarebbe stato rilevato un evento patologico acuto nei 30 giorni antecedenti il ricovero. Legittimamente, infine, il ricovero sarebbe stato effettuato su indicazione del medico di base, unico soggetto abilitato a valutarne l'utilità, al fine di *"mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti"* (cfr. DGR n. 1445/1997).

Erroneamente sarebbe stato, infine, ricostruito il quadro normativo di riferimento, dal momento che, alla data in cui si sarebbero svolti i fatti, non sarebbero state vigenti le norme in materia di riabilitazione, richiamate in sentenza. In Emilia-Romagna, tra il 2007 e il 2010, sarebbero state applicabili esclusivamente le norme di cui alla DGR n. 1455/1997. I "criteri di appropriatezza" dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera sarebbero stati introdotti soltanto con l'art. 9 *quater*, commi 8 e 9, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con l. 6 agosto 2015, n. 125, che ne avrebbe demandato l'individuazione a un decreto del Ministero della Salute, da emanarsi di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni, successivamente agli anni di causa. Lo schema di tale d.m. sarebbe stato predisposto e trasmesso al Coordinatore Tecnico Commissione Salute delle Regioni soltanto il 25 maggio 2017 e ad esso avrebbe fatto seguito una versione ancora non definitiva del testo, nell'ottobre 2018.

La normativa applicabile, all'epoca dei fatti, (i.e., la DGR n.



1455/1997, doc. 1), non avrebbe prescritto altro, sul contenuto delle impegnative, se non l'indicazione del ricovero per lo svolgimento di un ciclo di riabilitazione da parte del medico di base, come poi sarebbe avvenuto.

Peraltro, osservano gli appellanti che la AUSL "Romagna" avrebbe elaborato un proprio documento sulla "*Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione*", divenuto "*parte integrante dei contratti di committenza per le strutture interessate operative dal corrente anno*", ma soltanto con circolare del 12 aprile 2016 (doc. 41), sicché, prima di tale data, non si sarebbe potuto far altro che rinviare alle citate disposizioni regionali, alle quali la stessa società appellante si sarebbe attenuta.

5) "*travisamento dei fatti, manifesta carenza di istruttoria e insufficienza di motivazione in merito alla consulenza tecnica di parte. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.3 della sentenza impugnata*".

Gli appellanti lamentano, altresì, l'omessa considerazione da parte dei giudici territoriali, delle conclusioni alle quali sarebbe pervenuto il c.t.p. (dott. B.). Un'attenta analisi di tale perizia avrebbe fatto emergere che la SOL ET SALUS avrebbe correttamente classificato i ricoveri contestati, codificandoli non con le specifiche della riabilitazione intensiva, ma con quelli propri della riabilitazione estensiva, utilizzando una modalità prevista dalla normativa in vigore nella Regione Emilia-Romagna. La codifica ministeriale "56" sarebbe, infatti, da ritenere riferita alla struttura sanitaria,



abilitandola a svolgere ogni tipo di attività di riabilitazione, come si ricaverebbe dall'atto di autorizzazione del 2005, emesso dal Comune di Rimini a favore dell'odierna appellante. Il detto codice "56" sarebbe da riferire pacificamente alla struttura sanitaria, abilitata a erogare prestazioni di riabilitazione, e non alla prestazione sanitaria in sé. Ai fini della scelta del regime di ricovero, in luogo del trattamento ambulatoriale, poi, sarebbe sufficiente, per il medico e per la struttura, accertare il mero disagio del paziente nel doversi spostare quotidianamente dal proprio domicilio al luogo di cura; nel caso di specie, i pazienti, in favore dei quali sarebbero state erogate le prestazioni sanitarie, sarebbero stati di provenienza extraterritoriale. In base alla letteratura medico-riabilitativa, tale circostanza sarebbe stata sufficiente a integrare il menzionato criterio.

6) *“travisamento dei fatti, manifesta carenza di istruttoria e insufficienza di motivazione in merito ad altra consulenza tecnica di parte. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.3 della sentenza impugnata”.*

La sentenza impugnata sarebbe palesemente illegittima anche nella parte in cui avrebbe ritenuto infondate le argomenti introdotte da parte appellante con la relazione tecnica di parte, sopra citata.

Il giudice di primo grado avrebbe stabilito che la scelta di disporre o meno il ricovero dovesse essere effettuata sulla base delle linee guida e, comunque, evitando i ricoveri non necessari, per adempiere all'elementare dovere di ottimizzazione della spesa sanitaria, massimizzando il beneficio derivante dall'utilizzo delle limitate risorse



disponibili. Il consulente di parte (dott. B.) avrebbe, invece, evidenziato, richiamando la letteratura internazionale, che non vi sarebbero evidenze sufficienti per definire in modo univoco i criteri di scelta del ricovero, rispetto al trattamento ambulatoriale, in materia di assistenza riabilitativa: la scelta deve quindi avvenire tenendo conto anche di fattori di tipo personale, legati anche ad aspettative e preferenze individuali.

7) *“travisamento dei fatti, manifesta carenza di istruttoria e insufficienza di motivazione in merito alla statuizione relativa alla possibilità di eseguire le prestazioni richieste alla Sol et Salus, in regime ambulatoriale. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.3 della sentenza impugnata”.*

I ricoveri elettivi di mantenimento per l'attività riabilitativa, presso una idonea struttura accreditata, non assolverebbero alla funzione sanitaria di assicurare la specifica cura dell'evento acuto o ad esso connesso — per il quale soccorre il ricovero intensivo — ma alla funzione socio-sanitaria di impedire ai pazienti affetti da disabilità croniche, scarsamente modificabili, ulteriori peggioramenti e riduzioni della massa muscolare che possano significativamente compromettere la loro qualità della vita.

In tal senso sarebbe prescritta, al momento del ricovero, la redazione di un programma riabilitativo che individui gli interventi da espletare durante il ricovero, con il coinvolgimento del personale tecnico-sanitario in relazione alle necessità del mantenimento; sicché non sarebbe stato oggettivamente praticabile il regime ambulatoriale,



essendo i pazienti persone affette da disabilità, provenienti da altre regioni, e per lo più di età avanzata.

8) *“errato accertamento dell'elemento soggettivo. Sulla insussistenza del dolo o, comunque, della colpa grave in capo a parte appellante. Richiesta di annullamento e riforma del capo 3.3.4 della sentenza”.*

In relazione all'assenza di dolo, gli appellanti si limitano a rinviare a quanto dedotto in punto di doloso occultamento. In relazione ai profili dell'eventuale colpa grave, la SOL ET SALUS, come anche i suoi amministratori e dirigenti avrebbero operato in piena conformità alle indicazioni presenti nella D.G.R. n. 1445/1997 e nella D.G.R. n. 1419/2009. Anche a voler concedere (come non è) che possa rinvenirsi discrepanza tra la condotta dedotta in giudizio e la normativa applicabile, parte appellante non avrebbe agito con quel “grave disinteresse” o con quella “negligenza massima”, che costituirebbero i requisiti indispensabili perché possa rinvenirsi colpa grave in capo ad essa.

9) *“errata quantificazione del danno erariale e sulla illegittima condanna al suo risarcimento. Richiesta di annullamento e riforma dei capi 3.3.2 e 5 della sentenza. Richiesta di riduzione dell'addebito”.*

Il primo giudice avrebbe quantificato il danno, facendo leva unicamente su quanto riportato nelle consulenze redatte dai periti OMISSIS, i quali indicano 2.984 casi, distinti per anno. Il danno sarebbe stato calcolato sottraendo dall'ammontare delle somme rimborsate dal servizio sanitario alla SOL ET SALUS, il costo delle



prestazioni che sono risultate legittimamente erogate. Tra queste ultime, i periti non avrebbero compreso *“quelle relative a giornate di degenza in assenza di firme (o sigle) del personale incaricato di erogare i trattamenti, sulle schede accluse alle cartelle cliniche, poiché tale circostanza non consente di avere contezza sull'avvenuta erogazione dell'iter terapeutico da parte di personale qualificato”* (par. 3.3.2, p. 26).

Orbene, per ciascuno dei predetti casi, mancherebbe la prova dell'avvenuto esborso del rimborso richiesto, a beneficio della Sol et Salus: non una contabile di pagamento proveniente dalla AUSL a favore della struttura sanitaria, né una quietanza di bonifico. Nel fascicolo dei documenti allegati agli atti della Procura non vi sarebbe traccia né delle contabili di pagamento, né di atti autorizzativi prodromici al pagamento, né delle ricevute dei relativi bonifici che la Ausl avrebbe effettuato a beneficio della Società.

Mancherebbero, poi, agli atti del giudizio tutte le fatture rispetto ai 2.984 casi contestati, essendo presenti (si v. fasc. Procura, cartella *“allegati prot.515.2017”*) solo fatture emesse negli anni 2011, 2012 e 2013, chiaramente inconferenti rispetto ai fatti di causa.

Agli atti del giudizio, infine, sarebbero presenti solo 12 cartelle cliniche, mancandone quindi 2972. In tutti i casi in cui non vi sarebbero le cartelle cliniche dei pazienti della Sol et Salus, non potrebbe essere addebitato alcun danno erariale, giacché non sarebbe possibile svolgere alcun giudizio in merito alla appropriatezza o meno delle cure erogate.



Il computo del danno stabilito dal giudice di primo grado si poggia, in conclusione, unicamente su calcoli riportati all'interno di tabelle excel, predisposte dai predetti dirigenti regionali, in allegato alla propria relazione.

10. *“potere riduttivo dell'addebito erariale. Richiesta di annullamento e riforma dei capi 3.3.2, 4 e 5 della sentenza. Richiesta di riduzione dell'addebito”.*

Il giudice di primo grado avrebbe escluso di poter ridurre l'addebito *iussu iudicis*, in considerazione della natura dolosa degli illeciti perpetrati. Il dolo, come sopra dimostrato, non sussisterebbe nel presente caso, con la conseguenziale possibilità in questa sede di procedere, nella denegata ipotesi di rigetto dei suestesi motivi d'appello, alla riduzione dell'importo in considerazione sia della compartecipazione causale, alla realizzazione del danno, da parte dei funzionari della AUSL Romagna e della Regione sia dell'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie in favore dei pazienti.

11. *“riforma del capo relativo alle spese di giudizio”.*

Stante l'assenza di colpevolezza, gli appellanti chiedono la riforma anche del capo relativo alla condanna alle spese di giustizia.

Gli appellanti concludono, pertanto, per l'accoglimento dei rispettivi gravami e la riforma integrale della sentenza, con liquidazione delle spese del doppio grado di giudizio; in via subordinata per la riduzione dell'addebito.

In data 5.10.2020, la Procura generale ha rassegnato le proprie conclusioni scritte con le quali ha, in primo luogo, contestato la



produzione documentale depositata per la prima volta in appello, in violazione dell'art. 194 c.g.c.; nel merito, ha dedotto la piena infondatezza dei singoli motivi di gravame, chiedendone la reiezione.

All'udienza del 15.10.2020, il Collegio, all'esito della discussione, ha adottato l'ordinanza n. 21/2020, depositata in data 16.10.2020, con la quale ha disposto incumbenti istruttori a carico delle parti.

In data 9.12.2020, su istanza dei difensori degli appellanti, è stato depositato il decreto presidenziale con il quale è stato concesso termine per replicare al deposito istruttorio disposto in capo al Procuratore generale e all'AUSL di Rimini.

In data 14.12.2020 il Procuratore Generale ha chiesto la proroga dei termini per l'esecuzione dei detti incumbenti istruttori, rilevando che solo con provvedimento adottato in data 7 dicembre u.s. il Tribunale di Rimini, in composizione monocratica, avrebbe revocato il sequestro probatorio delle cartelle della SOL ET SALUS, relative alle annualità 2007/2010, dando mandato alla Guardia di Finanza di trasferire la documentazione presso la Corte dei conti.

La proroga è stata concessa con decreto presidenziale del 16.12.2020, con slittamento dei termini a difesa.

In data 22.12.2020 è pervenuto il verbale della Guardia di Finanza con relativa documentazione allegata.

In data 18.01.2021 è pervenuta la nota dell'Area Dipartimentale Giuridico Amministrativa - U.O. Affari Generali e Legali della menzionata AUSL, con la quale è stato trasmesso l'atto Rep. 47626/17223 del 3 dicembre 2009, con il quale la SOL ET SALUS ha



ceduto alla Unicredit Factoring S.p.A. i crediti maturati nei confronti dell'Azienda sanitaria nel periodo dall'1.01.2009 al 31.12.2010.

Il 26.02.2021 sono state depositate le memorie conclusionali degli appellanti con le quali, nel riportarsi e ribadire le deduzioni di cui ai motivi di doglianza rilevati nei rispettivi atti d'appello, hanno evidenziato che il materiale probatorio, acquisito in via istruttoria, confermerebbe pienamente la natura "estensiva" delle prestazioni erogate, correttamente individuate con il codice V57.1 nel 93% delle cartelle cliniche depositate (e con il V57.89 per il 7% ca.), per le quali le "ricette rosse" presentate dai pazienti avrebbero prescritto il ricovero "elettivo" per riabilitazione. Hanno, altresì, ricordato i regimi tariffari succedutisi nel tempo, e hanno precisato che l'Opa, in regime di accreditamento, avrebbe sempre richiesto il rimborso per prestazione di terapie estensive di mantenimento, e mai per terapie intensive: il dato sarebbe confortato dalle emergenze probatorie acquisite in sede penale per effetto dell'escussione dibattimentale dei testimoni. Alla luce dei riferimenti normativi e del quadro fattuale già dedotto nei rispettivi gravami, insistono per l'accoglimento degli stessi, anche in relazione all'insussistenza dell'elemento psicologico.

Con memoria depositata in data 28 maggio 2021, si sono costituiti i sigg. Vasini Mariafrancesca, Vasini Andrea e Vasini Giuliano, in qualità di eredi del dott. Marco Vasini, deceduto in data 15 dicembre 2020, i quali hanno dichiarato di aver accettato l'eredità con beneficio di inventario (allegando la relativa documentazione) e di voler proseguire nel giudizio promosso nei confronti del loro dante



causa.

In data 28 maggio 2021, ha depositato memoria conclusionale anche la P.G. con la quale ha eccepito la qualità di “eredi” puri e semplici, in capo ai costituiti Vasini Giuliano (in quanto, in possesso dei beni ereditari al momento del decesso, avrebbe accettato con “beneficio” oltre i termini di cui all’art. 485 c.c.) e Vasini Mariafrancesca (che avrebbe “espressamente” accettato l’eredità); ha, altresì, evidenziato che sono provati tutti i presupposti per la responsabilità amministrativa in capo agli eredi, considerato l’illecito arricchimento del dante causa e l’indebita locupletazione in capo agli eredi. Nel merito ha ribadito l’infondatezza degli appelli, anche alla luce del comportamento processuale tenuto dalle controparti (connotato da violazione del principio di lealtà e correttezza) e della documentazione acquisita in ottemperanza all’ordinanza istruttoria. Conclude per la conferma della sentenza impugnata.

All’udienza odierna, sentite le parti presenti che hanno confermato le conclusioni rassegnate in atti, la causa è passata in decisione.

Rilevato in

DIRITTO

1. I giudizi devono essere riuniti, ai sensi dell’art. 184 c.g.c., in quanto promossi avverso la stessa sentenza.

2. La progressione logica delle questioni da trattare segue il criterio delineato dall’articolo 101, comma 1, n. 2, c.g.c., con conseguente disamina prioritaria delle questioni pregiudiziali di rito, poi, delle preliminari di merito, e, infine, del merito.



3. Pregiudizialmente, le parti appellanti hanno censurato la sentenza di primo grado per l'asserito erroneo rigetto dell'eccezione di incompetenza territoriale e di quella di nullità della citazione per indeterminatezza del *petitum*.

3.1. In primo luogo, gli appellanti lamentano il difetto di legittimazione in capo alla Regione Emilia-Romagna che, nel caso di specie, non avrebbe fatto altro che anticipare i rimborsi per conto delle altre Regioni, dalle quali provenivano i pazienti: di qui, anche l'incompetenza territoriale dell'adita Sezione, posto che i soggetti danneggiati si identificherebbero con le amministrazioni regionali di appartenenza degli assistiti. La Procura generale eccepisce l'inammissibilità della censura (in quanto il motivo non sarebbe stato prospettato in primo grado) e, in ogni caso, l'infondatezza.

Anche a voler ritenere che i giudici di prime cure abbiano risolto la questione relativa alla competenza, accennando espressamente alla Regione Emilia-Romagna quale unico soggetto danneggiato, la censura non ha fondamento.

Il rapporto di servizio, come ben posto in rilievo dai primi giudici, si è instaurato con la Regione Emilia-Romagna che, in prima battuta, si vede costretta all'esborso di denaro per poter assicurare le prestazioni erogate sul proprio territorio. Il passaggio dal regime di convenzionamento esterno al nuovo regime dell'accreditamento - previsto dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (art. 8), e poi integrato dalla l. 23 dicembre 1994, n. 724 (art. 6) - non ha, infatti, modificato la natura del rapporto tra amministrazione pubblica e strutture



private, che rimane di natura sostanzialmente concessoria e traslativa, poiché si consente l'esercizio di funzioni attinenti al servizio sanitario pubblico da parte di soggetti privati (Cass. sez. un. n. 14335 del 2005). In tale ottica, è agevole ritenere non solo radicata la giurisdizione contabile, anche qualora venga in rilievo l'inadempimento di obbligazioni tipicamente contrattuali (in tal senso, già Sez. I centr. app. 8 marzo 2019, n. 51), ma anche applicabile l'art. 18, comma 1, lett. a) che individua, quale criterio di competenza territoriale, il luogo in cui svolgono la propria attività *"i tesorieri e gli altri agenti contabili, gli amministratori, i funzionari e gli agenti della regione, delle città metropolitane, delle province, dei comuni e degli altri enti locali nonché degli enti regionali"*.

La disposizione indica un criterio di competenza "soggettivo", in quanto sono attribuiti alla sezione regionale (tra gli altri) i giudizi di responsabilità riguardanti soggetti posti in rapporto di servizio - instaurato anche in via di mero fatto - con un ente territoriale (regione, provincia o comune, ed enti di loro pertinenza).

Il criterio indicato dal legislatore delegato è sovrapponibile al previgente art. 2, lett. a) della legge 8 ottobre 1984, n. 658 al quale rinviava la legge istitutiva delle sezioni regionali (l. 14 gennaio 1994, n. 19, art. 1, comma 3), già ritenuto coerente con i principi del giudizio di responsabilità amministrativo-contabile dall'organo di nomofilachia (così C. Conti, SS.RR., 28 maggio 2002, n.4/QM).

Non ha, pertanto, pregio l'asserita violazione dell'art. 25 Cost., considerato che la Sezione territoriale è stata investita della



cognizione di una fattispecie di responsabilità amministrativa, nel pieno rispetto dei criteri individuati dal codice di giustizia contabile.

A nulla rileva, ai fini dell'accertamento delle responsabilità in esame, il successivo e diverso rapporto che intercorre con le amministrazioni regionali obbligate a sostenere i costi di quelle prestazioni sanitarie, delle quali gli assistiti hanno beneficiato in ambiti territoriali diversi da quelli di residenza: si tratta, infatti, di una relazione tra soggetti pubblici, posta a valle di quello oggetto di giudizio, che investe la diversa fase della "compensazione" tra le diverse regioni reciprocamente obbligate, caratterizzata da dinamiche che si collocano fuori dal perimetro delle condotte per cui è causa. Nulla vieta che, allorquando dovesse essere eseguita la prestazione risarcitoria a carico degli odierni appellanti, la Regione Emilia-Romagna provveda a comunicare alle altre regioni, titolari di consequenziali ragioni creditorie, la disponibilità a procedere alle ulteriori e connesse restituzioni.

3.2. Non ha alcuna fondatezza neppure la doglianza che investe la mancata indicazione dei soggetti pubblici effettivamente danneggiati, non solo perché, stando a quanto sopra delineato, l'unico soggetto che può ritenersi danneggiato, nel caso di specie, è quello con il quale la società ha instaurato il rapporto di servizio (puntualmente indicato nel libello introduttivo) ed ha sostenuto nell'immediato l'esborso non dovuto, ma anche perché non costituisce comunque motivo di nullità l'omessa indicazione dell'amministrazione danneggiata. Se è vero, infatti, che l'art. 86, comma 2, lett. d), c.g.c.



pone tra gli elementi dell'atto di citazione *“l'individuazione del soggetto cui andranno corrisposte le somme a titolo di risarcimento del danno erariale”*, l'omissione non costituisce vizio di nullità, alla stregua di quanto previsto dai commi 3 e 6 o dal successivo art. 87 c.g.c..

4. Con il secondo motivo di gravame, gli appellanti si dolgono del rigetto dell'eccezione di **prescrizione**, lamentando che il giudice di prime cure abbia accertato la sussistenza del doloso occultamento, pur in mancanza di prova di una specifica condotta fraudolenta, realizzata attraverso *“atti specificamente volti a prevenire il disvelamento di un danno ancora in fieri oppure a nascondere un danno ormai prodotto”*.

Orbene, come dedotto dalla Procura generale, nei confronti degli odierni appellanti è stato richiesto il rinvio a giudizio per i delitti di cui agli articoli 61, n.ri 7 ed 11, 81 cpv., 110 e 640 bis Codice Penale perché, *“con più azioni esecutive del medesimo disegno criminoso,con artifici e raggiri, consistiti nel predisporre un meccanismo organizzativo intenzionalmente diretto all'indebita percezione di remunerazioni pubbliche, costituite dai rimborsi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, fra l'anno 2007 ed il 2012, predisponevano sistematicamente ed illegittimamente nr. 4305 ricoveri ordinari di pazienti in regime di «riabilitazione Intensiva elettiva di mantenimento cod. 56 MDC 23», che non erano indirizzati ad ottenere «significativi miglioramenti funzionali» dei pazienti stessi e che non erano necessari, in assenza dell'esigenza di provvedere al recupero di disabilità*



importanti, suscettibili di miglioramento, richiedenti un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico". Con decreto dell'11.09.2018 del G.U.P. del Tribunale di Rimini, gli odierni appellanti sono stati rinviati a giudizio, peraltro solo per i fatti successivi al 2010, in quanto contestualmente è stata pronunciata anche la sentenza n. 362 dell'11.09.2018, con la quale il medesimo giudice penale ha ritenuto che, non sussistendo i presupposti per un proscioglimento nel merito degli imputati ex art. 129, secondo comma, c.p.p., ha dichiarato il non luogo a procedere nei confronti di Vasini Marco, Vaccari Matteo, Balli Pier Paolo (nonché nei confronti della Sol et Salus ex d.lgs. 231/2001) limitatamente alle annualità 2007, 2008, 2009 e 2010, *"perché i reati a loro ascritti si sono estinti per intervenuta prescrizione"*.

Stando all'impianto accusatorio, recepito in sentenza tale circostanza, sarebbe sufficiente a dimostrare la sussistenza del doloso occultamento e a far slittare alla data della richiesta di rinvio a giudizio la "scoperta del fatto dannoso".

In effetti, l'art. 1, comma 2, della legge n. 20/1994, nel prevedere che: *"Il diritto al risarcimento del danno si prescrive in ogni caso in cinque anni, decorrenti dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso, ovvero in caso di occultamento doloso del danno, dalla data della sua scoperta"*, non impone affatto la prova di una condotta truffaldina o di attività di falsificazione.

La disposizione, tuttavia, pur germinando dalla medesima ratio che sorregge l'art. 2941, 1° comma, n. 8 c.c., se ne discosta sia perché



introduce non una causa di sospensione del decorso del termine prescrizione bensì un diverso *dies a quo*, sia perché la norma speciale non fa nessun riferimento ad un'attività di occultamento effettuata dal debitore. In altri termini, il "*doloso occultamento*", nella materia della responsabilità contabile, va inteso come fattispecie rilevante non tanto soggettivamente (in relazione ad una condotta occultatrice del debitore), ma obiettivamente (in relazione all'impossibilità dell'amministrazione di conoscere il danno e, quindi, di azionarlo in giudizio ex art. 2935 c.c. (così, Sez. II Centr. app. n. 592 del 2014 e n. 1094 del 2015).

La stessa giurisprudenza contabile, su tale scia, ha ammesso che l'occultamento doloso può realizzarsi anche attraverso un comportamento semplicemente omissivo del debitore, avente a oggetto un atto dovuto, cioè un atto cui il debitore sia tenuto per legge (vedasi Sez. III n. 345 e n. 254 del 2016; Sez. App. Sicilia n. 198 del 2012; più di recente, Sez. II n. 77, n. 334, n. 185 del 2019; n. 305; n. 250, n. 164, n. 147, n. 123 del 2020; n. 120 del 2021; Sez. I n. 80 del 2017 e n. 173 del 2018). D'altra parte, i giudici di legittimità (*ex multis*, Cass., Sez. II penale, n. 30798, del 27 luglio 2012), hanno rimarcato che anche il silenzio maliziosamente serbato su alcune circostanze, da parte di chi abbia il dovere giuridico di farle conoscere, integri l'elemento oggettivo del reato di truffa contrattuale, trattandosi di un raggirò idoneo a determinare il soggetto passivo a prestare un consenso che, altrimenti, non avrebbe dato: "*l'omissione dolosa si riscontra anche nelle ipotesi in cui le*



circostanze taciute siano conoscibili dalla controparte mediante l'ordinaria diligenza" (Cass. Sez. II pen., n. 24340/2010 e n. 41717/2009).

Nel caso di specie, non v'è dubbio che, a prescindere dalla rilevanza penale delle condotte ascrivibili agli odierni appellanti, l'occultamento doloso si sia manifestato attraverso la patente violazione degli obblighi di trasparenza, correttezza e buona fede oggettiva che, alla luce degli artt. 1175 e 1375 c.c., gravano sulle parti contrattuali. Il silenzio, volutamente serbato per un arco temporale considerevole, su circostanze idonee a incidere sulla liquidazione dei compensi erroneamente corrisposti alla struttura sanitaria accreditata, risulta, senz'altro, idoneo a integrare una condotta omissiva dolosa, ulteriore rispetto a quella principale imputabile ai soggetti coinvolti, tale da integrare un vero e proprio *doloso occultamento*.

Occorre, pertanto, risalire al momento della scoperta del fatto dannoso, posto che l'Opa SOL ET SALUS ha continuato a percepire, per anni, compensi non dovuti, basandosi sull'equivoco dei codici di riferimento, e sull'opacità delle procedure di rimborso, rendendo, di fatto, indispensabile un lungo e complesso accertamento postumo (di non agevole risoluzione, anche considerando l'assenso di procedure informatizzate), con la finalità di accertare i comportamenti dannosi e le conseguenziali responsabilità.

4.1. In quest'ottica, non v'è dubbio che alcune irregolarità fossero state già rilevate nella nota prot. n. 0039382 del 13.04.2010



indirizzata dall'Ufficio controlli sanitari proprio alla Sol et Salus. Si tratta, tuttavia, di una nota interlocutoria, con la quale il N.A.C. si limitava a segnalare genericamente l'utilizzazione del codice "56", in relazione a trattamenti assegnati alla MDC-23, richiedendo, in via istruttoria, le cartelle cliniche, per ulteriori approfondimenti. alcuna contezza del fatto illecito può dirsi maturata all'epoca di questo avvio di indagine.

Con successiva nota prot. n. 0012241 del 3.02.2012, il medesimo Ufficio procedeva alla formale contestazione di "inappropriatezza" delle terapie somministrate ai pazienti nel periodo dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2009, per ben 208 sulle 210 cartelle cliniche esaminate in sede di una verifica a campione, chiedendo la restituzione (con nota di accredito) di euro 99.927,38. L'addebito era oggetto di contestazione da parte della società accreditata (con lettera prot. n. 179/s del 27.02.2012), cui seguiva il rigetto dei rilievi da parte del medesimo Ufficio (nota prot. n. 0051278 del 16.05.2012).

Analogamente, con nota prot. n. 0031482 del 2.10.2012, il citato Ufficio aveva chiesto alla società di mettere a disposizione le cartelle cliniche riferite a n. 118 "casi sospetti" verificatisi tra il 2010 e il 2011; era seguita, poi, la nota prot. n. 0082867 del 7.08.2013 del medesimo ufficio controlli sanitari, contenente i rilievi di inappropriatezza e la contestazione degli importi pagati. Anche in questo secondo caso, si chiedeva alla società di emettere nota di accredito per gli importi ritenuti "non dovuti", pari alla differenza tra le tariffe applicate (corrispondenti a trattamenti di riabilitazione



intensiva) e quelle applicabili (corrispondenti a trattamenti di riabilitazione estensiva), per un importo complessivo di euro 185.314,13.

Occorre, sul punto, rimarcare che non è di agevole accertamento l'asserita piena conoscenza dei fatti di causa da parte dell'amministrazione sanitaria al momento dei sopra menzionati atti di contestazione: i criteri di identificazione delle singole pratiche in essi utilizzati sono, infatti, diversi da quelli poi emersi nella perizia disposta dal Procuratore regionale, e non risulta interamente intellegibile il numero della SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), indicato negli elenchi allegati alle dette note (la colonna corrispondente non consente di individuare le ultime cifre).

In ogni caso, anche a voler supporre che vi sia una parziale sovrapposibilità tra le cartelle cliniche analizzate in sede di verifica amministrativa e quelle oggetto di controversia, si rileva che, rispetto alla parte del credito risarcitorio contestato con la nota prot. n. 0082867 del 7.08.2013 (e, cioè, per gli importi corrispondenti alle prestazioni rese nel 2010), alcuna prescrizione può dirsi maturata.

L'atto, nella parte in cui contiene la diffida ad adempiere, (sub specie di "nota di accredito"), segna il momento sia della "scoperta" dell'illecito sia di interruzione della prescrizione, di talché, risalendo l'atto in esame all'agosto 2013, l'invito a dedurre della Procura regionale, notificato tra il 15 e il 18 giugno 2018, risulta sicuramente tempestivo.

In relazione all'importo, contenuto nella nota prot. n. 0012241 del



3.02.2012, invece, deve considerarsi che la stessa SOL ET SALUS ha inoltrato istanza di composizione del collegio arbitrale in data 5.02.2014, ai sensi della clausola A.4.4. dell'allora vigente Accordo tra Regione Emilia-Romagna e AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), siglato in data 19.12.2011 (doc. 18 allegato alla memoria di costituzione in primo grado).

L'istanza deve ritenersi, a sua volta, idonea a interrompere la prescrizione, in virtù dell'art. 2943, comma 4, c.c. come modificato dall'art. 25, primo comma, l. 5 gennaio 1994, n. 25 (*“La prescrizione è inoltre interrotta dall'atto notificato con il quale una parte, in presenza di compromesso o clausola compromissoria, dichiara la propria intenzione di promuovere il procedimento arbitrale, propone la domanda e procede, per quanto le spetta, alla nomina degli arbitri”*).

Anche in relazione a tale parte del credito risarcitorio, dunque, alcuna prescrizione può dirsi maturata.

4.2. Per tutti gli altri crediti erariali, già prima della richiesta di rinvio a giudizio in sede penale, la Guardia di finanza, con nota n. 0166995/14 del 28.05.2014, aveva informato la Procura regionale dell'esistenza di rilevanti “Anomalie concernenti la prescrizione sanitaria di ricovero” e “Anomalie concernenti le cartelle cliniche”.

Con successiva nota prot. n. 2667 del 23.10.2014, la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Rimini aveva, poi, trasmesso al p.m. contabile, nell'ambito dei rapporti di coordinamento informativo, due relazioni, depositate rispettivamente nelle date del 9.10.2014 e del 10.12.2014, a firma del consulente tecnico all'uopo



nominato. Nelle due relazioni, il professionista dichiara che solo in 55 casi, pari a circa il 5% delle 1.084 cartelle da lui esaminate, avrebbe potuto essere avallata la conclusione della necessità di un ricovero, ancorché in riabilitazione di tipo estensivo, mentre, in tutti gli altri casi, i trattamenti riabilitativi avrebbero dovuto essere effettuati in regime ambulatoriale, con una remunerazione a carico del SSN notevolmente inferiore a quella richiesta e ottenuta dall'Opa SOL ET SALUS. Anche rispetto a tali informazioni, la notifica dell'invito a dedurre (avvenuta il 15/18.06.2018) appare tempestiva, e pienamente idonea a interrompere il decorso del termine prescrizione.

4.3. Ad analoghe conclusioni si deve pervenire in relazione a tutte le altre contestazioni relative a fattispecie la cui dannosità è stata disvelata soltanto per effetto della successiva consulenza tecnica disposta dal p.m. I periti hanno dovuto esaminare e valutare una per una le 2.984 cartelle cliniche di pazienti ricoverati dalla SOL ET SALUS nel quadriennio in esame, trasmettendo alla fine la relazione prot. n. 0036229/P del 12.02.2018 che ha reso conoscibili, alla Procura regionale e alla stessa amministrazione danneggiata, gli illeciti poi contestati nell'atto introduttivo del presente giudizio. Anche rispetto a tale ultima "scoperta" la notifica dell'invito a dedurre è perfettamente tempestiva e, con essa, la successiva notifica della citazione (tra il 17 e il 21.12.2018).

La censura è, pertanto, da rigettare.

5. Possono, infine, essere scrutinate congiuntamente le doglianze che



afferiscono al merito della dedotta responsabilità amministrativa.

5.1. **Antigiuridicità della condotta.**

Come esposto negli atti d'appello, il d.lgs. n. 502 del 1992, all'art. 8-bis, comma 2, stabilisce che i cittadini esercitino la libera scelta del luogo di cura nell'ambito dei soggetti accreditati e che l'accesso ai servizi "è subordinato all'apposita prescrizione" compilata sul modello del S.S.N. (c.d. ricetta rossa).

In materia di riabilitazione, lo Stato è intervenuto con l'emanazione delle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998, nelle quali è ben delineata la distinzione tra:

- attività di riabilitazione intensiva, individuata come quella diretta al recupero di disabilità importanti che richiedono un elevato impegno medico e del personale tecnico riabilitativo, con almeno tre ore giornaliere di terapia specifica;
- attività di riabilitazione estensiva, caratterizzata da un moderato impegno terapeutico ma con supporto assistenziale del paziente, tale da richiedere una specifica presa in carico riabilitativa in apposita struttura, con attività terapeutica tra una e tre ore giornaliere.

Nella disciplina dettata in proposito dalla Regione Emilia-Romagna con delibera G.R. del 28.07.1997, n. 1455, recante "*Criteria di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle aziende sanitarie della regione*



Emilia-Romagna”, la riabilitazione estensiva è stata contrassegnata, unitamente alla lungodegenza post acuzie, dal codice “60”, in conformità, del resto, alle linee guida nazionali per le attività di riabilitazione (Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998 recante “Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124).

La riabilitazione “estensiva”, secondo il citato testo normativo regionale, ha come obiettivo principale quello “*di mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti, prevenendone il deterioramento*”, con interventi riabilitativi di bassa complessità e intensità, ricompresi tra 1 ora/die ed un massimo di 3 ore/die, a “degenza protratta”, con “*alto livello di supporto assistenziale infermieristico*”, ma “*inferiore necessità di sorveglianza medica*”.

Tale branca specialistica comprende, infatti, “*interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico, di norma diretti alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili ed in soggetti clinicamente stabili, affetti da disabilità croniche evolutive, oppure a soggetti con disabilità a lento recupero che, pur necessitandone, non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo*”.

Con la successiva D.G.R. 22.07.2002, n. 1267, recante “*Piano sanitario regionale 1999/2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello Hub and Spoke*” (depositata dalla Procura generale), la stessa



Regione Emilia-Romagna ha previsto che, *“Sulla base delle precedenti considerazioni, la necessità di posti letto in ambito regionale può essere così stimata: - posti letto di riabilitazione estensiva o di I livello: indicativamente 0,13 posti letto per mille abitanti, da ricomprendere nello 0,7-1 posti letto per mille abitanti, destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (codice 60) di cui alla Delib.G.R. n. 1455/1997; - posti letto di riabilitazione intensiva di II livello (codice 56): indicativamente 0,10 posti letto per mille abitanti, da ricomprendere nel numero dei 4 posti letto per mille abitanti per acuti, individuati dalla Delib.G.R. n. 1455/1997.....”*.

L'identificazione della riabilitazione estensiva con il codice “60” è stata, altresì, successivamente ribadita con D.G.R. Emilia - Romagna 2.08.2013, n. 1133 (*“Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore – Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna”*), pubblicata nel B.U. Emilia-Romagna 22 agosto 2013, n. 247, che ha distinto ancora nettamente la *“Attività di Riabilitazione Intensiva (identificata dal cod. 56)”* e la *“Attività di Riabilitazione Estensiva (identificata dal codice 60)”*.

Ai fini della remunerazione delle singole prestazioni rese nell'ambito delle diverse branche di intervento, la Regione Emilia-Romagna ha approvato, con D.G.R. n. 1419/2009, le *“Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2009”*, applicabili *ratione temporis*, con le



quali è stato regolamentato il sistema di classificazione per la codifica delle diagnosi (*International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification - ICD9CM*), e delle procedure inserite nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (“SDO”), nonché il sistema di classificazione della casistica ospedaliera, con l’utilizzo del *Grouper* per l’attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG), in conformità alla normativa nazionale, di cui al d.m. (Sanità) del 27 ottobre 2000 n. 380, aggiornato con le Linee guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 6 giugno 2002 (atto n. 1457), e ai dd.mm. 21 novembre 2005, 18 dicembre 2008 ed 8 luglio 2010.

Le singole DRG (*Diagnosis Related Groups*) rappresentano, appunto, i raggruppamenti di diagnosi omogenei per assorbimento delle risorse impegnate, che, a loro volta confluiscono nelle Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC), in numero di 25, individuate e suddivise con un criterio clinico-anatomico.

Tra queste, la MDC 23 indica i “*fattori che influenzano la salute ed il ricorso ai servizi sanitari*”, includendo tutti gli interventi di prestazioni riabilitative non conseguenti immediatamente ad episodi patologici acuti (malattie o traumatismi) e, pertanto, non riconducibili ad altre MDC, ma a menomazioni o disabilità congenite o acquisite, con carattere di cronicità, che possono richiedere, a seconda dei casi: a) prestazioni di riabilitazione intensiva, intese al recupero delle menomazioni e disabilità, laddove le stesse siano modificabili (e, cioè, il paziente sia suscettibile di significativi



miglioramenti funzionali), che comportano un elevato impegno terapeutico (comunque superiore alle tre ore al giorno) e che sono remunerate con la tariffa prevista con il codice 56; b) prestazioni di riabilitazione estensiva, intese al mantenimento delle condizioni del disabile e/o a prevenirne il peggioramento, con un moderato impegno terapeutico (compreso fra un'ora e tre ore al giorno) e che sono remunerate con la tariffa prevista per il codice 60.

Nell'ambito di tale sistema di classificazione, i codici *V*, per quanto qui rileva, sono specifici codici *ICD-9-CM*, di tipo alfanumerico, che integrano una classificazione "supplementare", utilizzata per descrivere una serie di condizioni o stati e di procedure che, indipendentemente dalla presenza di malattie in atto, possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che, comunque, influenzano le condizioni di salute del paziente. Con tali codici, possono, infatti, essere segnalati: a) problemi clinici che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia, un traumatismo, un segno od un sintomo (es. cod. *V14.2* Anamnesi personale di allergia a sulfamidici; tale specifico problema deve essere riportato in *SDO* e codificato solamente se esercita una effettiva influenza sul trattamento del paziente); b) servizi erogati che descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che determinano il ricorso ai servizi sanitari (es. paziente portatore di neoplasia, che viene ricoverato per chemioterapia o radioterapia); c) altre circostanze diverse dalle precedenti che, comunque, influenzano l'andamento del ricovero (es. cod. *V27.2* Esito parto



gemellare). I codici V possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure (ad es. chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di dispositivi); in questi casi può essere indicata, come diagnosi secondaria, la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come donatori;
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.

I medesimi codici possono indicare anche una diagnosi secondaria ma solo per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del ricoverato ma che non costituiscono malattia o trauma.

In particolare, i codici V57.0/.1/.21/.22/.3/.81/.89 devono essere utilizzati in diagnosi principale, per le “cure che richiedono l'impiego di procedimenti di riabilitazione” (alla stregua di quanto previsto dalle citate Linee guida regionali del 2009, pag. 78), secondo la seguente classificazione: V57.1 Altra fisioterapia - Esercizi terapeutici e correttivi, eccetto respiratori; V57.2 Cura che richiede l'impiego di terapia occupazionale e rieducazione professionale; V57.21 Cura che richiede l'impiego di terapia occupazionale; V57.22 Cura che richiede l'impiego di terapia professionale; V57.3 Logoterapia; V57.4 Esercizi ortottici; V57.8 Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione, di cui



V57.81 Cura che richiede l'impiego di addestramento ortosico -
Insegnare la deambulazione con l'uso di arti artificiali, e V57.89 Cura
che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di
riabilitazione.

Nello stesso documento, si precisa che, in caso di ricoveri elettivi di
mantenimento per riabilitazione, che non sono in diretta connessione
con l'evento acuto, per i quali l'intervallo temporale tra i due ricoveri
(ricovero acuto - ricovero riabilitativo) è superiore a 30 giorni, il
codice da indicare è **V57**, in diagnosi principale, e in diagnosi
secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno
riabilitativo.

5.2. Nel quadro normativo sopra delineato deve essere scrutinata la
liceità/illiceità delle condotte ascrivibile agli odierni appellanti.
L'Ospedale privato accreditato (Opa) SOL E SALUS è stato
autorizzato il 2 febbraio 2005 dal Comune di Rimini, quale struttura
privata per le attività di "Recupero e riabilitazione funzionale" (codice
56), Terapia Sub-intensiva (codice 49) nonché di Neuroriabilitazione
(codice 75), ed altre non rilevanti ai fini della controversia, per poi
essere accreditato dalla Regione Emilia-Romagna, con provvedimento
del 30 dicembre 2010, per i medesimi settori terapeutici.

Come precisato dal consulente tecnico (dott. N.) nominato in sede
penale, l'autorizzazione non includeva anche le attività
contraddistinte dal codice di disciplina "60", ossia per quelle di
riabilitazione "estensiva".

Secondo il consulente di parte (dott. B.), la normativa regionale



avrebbe consentito che le prestazioni di terapia estensiva potessero essere erogate, con tariffe differenti, in tre diverse tipologie di reparti (Riabilitazione cod. 56, Lungodegenza post-acuzie cod. 60/ Riabilitazione extraospedaliera ex art 26). La SOL ET SALUS avrebbe ben potuto, pertanto, erogare prestazioni di natura “estensiva”, pur essendo convenzionata per le prestazioni di cui al codice 56.

Quelli che sono definiti in citazione come “Reparti di Riabilitazione Intensiva”, infatti, non esisterebbero, in quanto tali, nella nosografia regionale e nazionale, essendo in realtà definiti come reparti di “Recupero e Riabilitazione Funzionale cod. 56” (o di “Neuroriabilitazione cod. 75”, oppure di “Unità Spinale cod. 28”, a seconda dei casi), come riportato in tutti i tariffari nazionali e regionali, nonché nel Glossario del Ministero della Salute, pubblicato su sito *web* del Ministero. Proprio per non ingenerare confusione tra i codici di reparto e i codici di trattamento - dal momento che la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) non prevederebbe la possibilità di distinzione della tipologia di trattamento effettuata nel corso dei ricoveri nei reparti di riabilitazione - la Regione Emilia Romagna, avrebbe introdotto e deliberato l'utilizzazione di specifici codici finalizzati a distinguere, all'interno dei reparti di riabilitazione ospedaliera cod. 56, i trattamenti di “riabilitazione intensiva” da quelli di “riabilitazione estensiva o di mantenimento”, prevedendo che gli stessi siano individuati come “ricoveri elettivi di mantenimento o estensivi”, e codificati con un codice di “prima diagnosi” riferito non alla principale diagnosi clinica posta a base del ricovero e del



trattamento, ma alla procedura V57 (trattamenti riabilitativi).

Secondo il perito di parte, pertanto, *“la Regione dispone che in questi casi la compilazione della SDO venga forzata, mediante l’inserimento nel campo della "diagnosi principale" non del corretto codice di patologia riferibile alla diagnosi principale, ma del codice di riabilitazione V57 che, per effetto dell’algoritmo del DRG-grouper (3M©), determina l’automatica attribuzione del caso non alla MDC della sua patologia, ma alla MDC 23 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute) che ha una tariffazione decisamente più bassa (193,60 euro/die per i regionali e 209,77 euro/die per gli extraregionali, contro i 326,73 o 272,70 degli MDC 1 e i 259,65 o 242,89 degli MDC 8, tariffe che avrebbe conseguito se codificato in base alla diagnosi principale)”*.

Pur ammettendo, quindi, che la Regione non abbia mai regolamentato, se non in termini tariffari, la organizzazione dei reparti ospedalieri di *“Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56”* – disciplinati *“dalle sole delibere di approvazione ed aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (DGR 1920/2007; DGR 1883/2008; DGR 2079/2009; DGR 69/2011 e DGR 525/2013 fino all’ultima DGR 1673/2014) e dalle già citate Linee Guida per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (DGR 1419/2009 del 28/09/2009 e successiva Determinazione n. 16688 del 22/12/2011 del Direttore Generale Sanità”* - il perito di parte conclude nel senso che la SOL ET SALUS avrebbe correttamente codificato tutte le cartelle oggetto delle contestazioni della Guardia di Finanza, *“classificando i ricoveri nella disciplina di Riabilitazione cod.*



56 MDC 23 che, secondo le direttive regionali, qualifica interventi di Riabilitazione Estensiva eseguiti in reparti ospedalieri cod. 56, remunerati con una tariffa abbattuta, in considerazione della minor intensità assistenziale e terapeutica richiesta". Alle stesse conclusioni pervengono le parti, sia negli atti d'appello che nelle memorie istruttorie.

Gli assunti possono essere agevolmente smentiti, proprio alla luce della normativa richiamata dalle parti.

Data per pacifica la netta distinzione che intercorre tra la terapia estensiva e la terapia intensiva, occorre far chiarezza proprio sulla natura dei codici di accreditamento.

5.2.1. In primo luogo, la circostanza che una struttura privata sia accreditata per effettuare un determinato numero di prestazioni riconducibili alla categoria delle "terapie intensive" non implica necessariamente che l'autorizzazione sia estesa anche ad altri settori, sia pure della stessa branca. Sul punto, la giurisprudenza amministrativa, sia pure nel diverso contesto del rapporto tra "convenzionamento/accreditamento provvisorio" e "accreditamento definitivo", ha chiarito che i centri ex convenzionati per la radiologia e la terapia fisica non potessero affatto erogare tutte le prestazioni comprese nelle branche elencate nel nomenclatore delle prestazioni del 1991, statuendo che le prestazioni erogabili siano soltanto quelle indicate nelle convenzioni preesistenti o nell'accreditamento provvisorio, e che l'estensione dell'attività esercitabile in regime di accreditamento, necessitava di una ulteriore specifica



determinazione amministrativa e del rilascio di un diverso titolo (Cons. St. Sezione V, 19 febbraio 2003 n. 910; id. 26 febbraio 2003 n. 1112). Non sussiste alcuna automatica estensione della convenzione (e quindi dell'accreditamento) a tutte le prestazioni rientranti nella branca già oggetto di convenzione, come se rilevasse unicamente la denominazione della branca a prescindere dalle singole prestazioni incluse di volta in volta in essa, in quanto bisogna *“tener conto proprio delle singole prestazioni previste e valutate al momento del convenzionamento”* (Cons. St. 15.06.2004, n. 3961).

A tale conclusione si perviene in considerazione del fatto che gli atti normativi contenenti i cd. “Tariffari”, ossia i compensi da attribuirsi alle prestazioni sanitarie erogate, hanno anche la finalità di individuare le prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e di identificare le singole prestazioni. Nessun giudizio di equivalenza fra due o più delle prestazioni diversamente identificate nei detti atti normativi può ritenersi consentito, né può considerarsi dirimente neppure il provvedimento del Responsabile dell'Ufficio Regionale che abbia interpretato in senso estensivo l'oggetto dell'accreditamento.

Tale osservazione è convalidata dalla constatazione che, diversamente opinando, la stessa determinazione di un numero massimo di posti letto per ciascuna delle attività autorizzate sarebbe *inutiliter data*, qualora fosse ammessa la possibilità di utilizzare le risorse umane e materiali a disposizione dei singoli reparti in settori non autorizzati, eludendo, in tal modo, la finalità stessa



dell'accreditamento che, nella sua natura di atto prevalentemente concessorio, richiede la verifica dei requisiti strutturali e organizzativi predeterminati dalle fonti nazionali e regionali.

La Regione Emilia-Romagna, con la citata DGR n. 1467/2002, aveva previsto indicativamente 0,13 posti letto per mille abitanti, da ricomprendere nello 0,7-1 p.l. per mille abitanti destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (codice 60), e 0,10 posti letto per mille abitanti da destinare alla riabilitazione intensiva, da ricomprendere nel numero dei 4 p.l. per mille abitanti per acuti, come individuati già dalla D.G.R. n. 1455/97.

5.2.2. In secondo luogo, anche a voler accedere alla tesi per cui in Emilia-Romagna fosse consentita l'erogazione di trattamenti di terapia estensiva in reparti di terapia intensiva, pur in assenza di una preventiva ed espressa autorizzazione, sicuramente la distinzione tra i due settori di intervento avrebbe dovuto essere netta almeno nella fase di remunerazione. Va rimarcato, infatti, che il Direttore del Servizio Presidi Ospedalieri presso la Regione, con nota del 3.06.2010 (doc. 7, allegato alla memoria di primo grado degli appellanti), pur ritenendo che l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO per la riabilitazione intensiva rendesse possibile anche l'erogazione di prestazioni di riabilitazione estensiva, aveva, tuttavia, precisato che *“essere in possesso di autorizzazione ed accREDITAMENTO per la disciplina cod. 56-Riabilitazione intensiva, non significa affatto che l'attività erogata debba automaticamente essere considerata di natura intensiva e non invece valutata nel merito. È evidente che tale*



valutazione deve essere legata alla patologia, alla presenza o meno di un precedente episodio acuto medico o chirurgico in un arco temporale compatibile e alla natura dei trattamenti”. L’insieme di tali circostanze avrebbe dovuto indurre la società accreditata a evidenziare, in fase di rimborso, che quella praticata in concreto era una prestazione estensiva, sia pure somministrata, in una struttura organizzativa modellata su quella propria di un ospedale (privato).

5.2.3. Infine, non è affatto vero che, per distinguere tra le diverse categorie tipologiche di attività, sarebbe stato sufficiente indicare il codice “**V57.**”, in diagnosi principale, e in diagnosi secondaria il codice di patologia che aveva determinato il bisogno riabilitativo. Se è vero, infatti, che, in presenza di una codificazione del genere, l’algoritmo del software *Grouper*, utilizzato in fase di attribuzione tariffaria, procedeva all’automatica classificazione della SDO (*Scheda di dimissione Ospedaliera*) nel “DRG 462 — Riabilitazione” (ma non solo), che portava automaticamente alla MDC 23, quest’ultima rimaneva, comunque, compatibile sia con il codice “60” sia con il codice “56”. Come condivisibilmente dedotto dalla Procura generale, *“evidentemente, la MDC 23 (fattori influenzanti la salute ed il ricorso ai servizi sanitari) è ben compatibile sia con l’una che con l’altra delle summenzionate tipologie di prestazioni riabilitative ed è appunto la tipologia della prestazione che ne determina la remunerazione”.*

Depone in tal senso, ancora una volta, la stessa documentazione depositata dagli odierni appellanti, con particolare riferimento alla nota della Direzione Generale per la Cura della Persona, Salute e



Welfare, presso la Regione Emilia-Romagna, emessa in risposta al quesito, posto dall'AIOP Emilia-Romagna con lettera del 28.03.2017.

Nel testo si legge che *“Utilizzando il codice V57. in diagnosi principale, il Grouper-DRG può attribuire il caso ai DRG 462- Riabilitazione oppure al DRG 467- Altri fattori che influenzano lo stato di salute: entrambi i DRG afferiscono alla MDC 23. La DGR 1673/2014 «Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna», applicabili a decorrere dall'1/1/2014, prevede che le tariffe per i ricoveri di riabilitazione (cod.56, 60, 28 e 75- allegato 4) sono da intendersi a giornata di degenza o ad accesso se erogate in regime diurno. Vengono indicate, per ogni MDC e per ogni specifico setting riabilitativo, le tariffe massime Nello specifico, il DRG 482- Riabilitazione determina l'attribuzione del caso alla MDC 23, alla tariffa specifica per questa MDC, per le discipline 56, 60 e 75”.*

Inequivocabile è poi il confronto con i tariffari vigenti nell'arco temporale in esame (tutti in atti), dai quali si evince con chiarezza che alla MDC 23 poteva corrispondere sia il codice di disciplina 56 sia il codice 60, remunerata con una tariffa decisamente inferiore. A esempio, nell'elenco delle “Tariffe per Prestazioni di Riabilitazione Ospedaliera Regione Emilia-Romagna - Anno 2007”, applicabili alle strutture sanitarie private, alla voce “Altre MDC” (diverse da quelle da 1 a 8) corrispondono sia i trattamenti “RI II-56” (ossia Riabilitazione intensiva di II livello), compensati con euro 178,90, quale tariffa giornaliera per i casi il cui ricovero avvenga tutto in



reparto 56, sia il trattamento in LPA/RE I-60 (ossia Lungodegenza Post Acuzie/Riabilitazione estensiva), compensati con una tariffa giornaliera di euro 159,00, per ricoveri effettuati totalmente in reparto 60.

La Procura generale, oltre alla puntuale e non facile esecuzione dell'ordinanza istruttoria, al fine di corroborare la tesi accusatoria, ha avuto cura di inserire nel *corpus* della propria memoria conclusionale, stralci dei menzionati tariffari.

L'attribuzione della MDC 23 determinava, dunque, come sostenuto dal perito di parte, una tariffa certo "minore" rispetto alle altre categoria diagnostiche (da 1 a 8) - che investivano patologie più importanti (quali quelle neurologiche e ortopediche), con i relativi percorsi terapeutici - ma tale codificazione risulta "incipite", stante la possibilità di essere riferita a un doppio codice di terapia (RI oppure LPA-RE), tale da non obbligare affatto all'esito tariffario preteso dalla SOL ET SALUS.

Risulta, dunque, radicalmente smentito l'assunto difensivo secondo cui la Regione Emilia-Romagna, nel consentire la riabilitazione estensiva nei reparti di "Intensiva", avrebbe con ciò autorizzato che il "codice di struttura" ("56" nella fattispecie) diventasse automaticamente, in forza dell'algoritmo sopra descritto, "codice di disciplina", ai fini della remunerazione.

5.3. La dinamica sopra descritta consente di pervenire alla conclusione che le condotte ascrivibili agli odierni appellanti siano state adottate *contra jus*, sia in relazione alle terapie, ormai



pacificamente, qualificabili come “estensive”, sia in relazione a quelle che avrebbero dovuto essere erogate in regime ambulatoriale.

5.3.1. Alla base dell’impianto accusatorio, accolto in sentenza, si colloca il riscontro che, in centinaia di casi, nel quadriennio 2007 – 2010 (come nel biennio 2011-2012), sono state erogate prestazioni fisioterapiche remunerate come “intensive”, laddove esse avrebbero al più richiesto il ricovero per trattamenti di natura “estensiva”. La circostanza deve ritenersi ormai pacifica, ma non può non rimarcarsi che è divenuta tale soltanto all’esito di un lungo iter processuale. Sul punto, un ondivago comportamento delle parti, dal quale il giudice può trarre argomenti di prova (art. 95, comma 3, c.g.c.), non ha certo agevolato la ricostruzione della vicenda, e ha reso necessari i disposti approfondimenti istruttori.

Come evidenziato dalla Procura generale, risulta dal verbale del 18.02.2014, che il Direttore sanitario, dott. Balli, dopo aver dichiarato alla Guardia di Finanza che la Sol et Salus “*ha sempre e soltanto effettuato ricoveri di riabilitazione intensiva di cui al codice 56...*”, ha aggiunto “*Tale mia precisazione sta a significare, evidentemente, che tutti i ricoveri che state esaminando, ovvero quelli relativi al periodo 2007-2011, sono stati resi e contabilizzati in regime di riabilitazione intensiva. Preciso inoltre che, a seguito di accordo di committenza stipulato lo scorso anno con l’AUSL di Rimini, solo per i pazienti provenienti dalla provincia di Rimini, seppur in costanza di ricovero di forma intensiva di cui al codice 56, dal punto di vista economico e di rimborso delle prestazioni si è stabilito di richiedere la*



liquidazione nella misura (inferiore) prevista per il regime estensivo di cui al codice 60". Non può revocarsi in dubbio che la dichiarazione, oltre a contenere precise e circostanziate ammissioni *contra se* - in quanto in netta contraddizione con la linea difensiva portata avanti in sede processuale - comprova la possibilità che, anche in strutture accreditate come Opa, fosse ben possibile l'erogazione di prestazioni con codice "60". E infatti, se nella stragrande maggioranza delle fatture compare la dicitura "Riabilitazione (istat: 56.01)", in due di esse (n. 14 del 06.02.2007 e n. 70 del 27.02.2008) si legge testualmente "Lungodegenza (istat: 60.01)", a ulteriore riprova che alla SOL ET SALUS, anche nel quadriennio in esame, il sistema informatico avrebbe consentito la corretta tariffazione.

Qualora ciò non bastasse, nel documento di sintesi delle fatture trasmesse all'AUSL di Rimini, nel periodo di riferimento, sotto al rigo corrispondente al riepilogo di quelle che apparivano essere trattamenti di "riabilitazione intensiva", si rinviene il rigo corrispondente alla "riabilitazione estensiva" (riempito nei due soli casi sopra menzionati). E, dunque, non si tratta di una mera svista "formale" ma di una modalità di compilazione volutamente "equivoca", che, unitamente agli altri indizi, lascia inferire l'antigiuridicità della condotta perpetrata in danno dell'AUSL, e per essa all'amministrazione regionale.

Non coglie, pertanto, nel segno la tesi, sostenuta nel corso del giudizio dagli appellanti, secondo cui, pur essendo state erogate prestazioni sanitarie "riabilitazione estensiva", queste sarebbero state



correttamente compensate con la “tariffa 56”, trattandosi di Ospedale privato accreditato esclusivamente con tale codice, come sopra descritto. In realtà, sebbene le cartelle cliniche e le schede di dimissioni abbiano indicato nel 75% dei casi prestazioni contraddistinte dal codice V57.1 (ossia esercizi terapeutici e correttivi) e, per il 7% ca., prestazioni segnate dal codice V57.89 (ossia cure che richiedono l’impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione), l’utilizzo del “codice 56” in luogo del diverso ed appropriato “codice 60” ha generato una tariffa superiore a quella dovuta, e ha impedito all’AUSL di riferimento di inquadrare correttamente le attività nella corrispondente previsione tariffaria.

Si è trattato di un *escamotage* che ha consentito alla struttura sanitaria di lucrare un consistente vantaggio economico.

È sufficiente, al riguardo, confrontare i tariffari regionale e quelli relativi alle prestazioni erogate in favore dei non residenti, per dedurne, agevolmente, il divario tra i due livelli di remunerazione:

- nel 2007, a fronte di una tariffa giornaliera di **€ 159,00** per prestazioni di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva (LPA/RE I - 60) stabilita, per tutte le MDC, dalla delibera G.R. 1920/2007 del 20.12.2007, la Sol et Salus, come risulta dalla tabella redatta dalla Guardia di Finanza, ha applicato nella quasi totalità dei casi la tariffa di 178,90, prevista dalla stessa delibera per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera intensiva (RI II- 56) per “altre MDC”, nel novero delle quali è compresa la MDC 23 (in qualche sporadico caso importi diversi, comunque sempre



superiori al suddetto importo di €.159,00);

- nel 2008, a fronte di una tariffa giornaliera per prestazioni di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva (LPA/RE I - 60) stabilita, per tutte le MDC, dalla delibera G.R. 1863/2008 del 10.11.2008, in €. 163,77 e di una tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione ospedaliera (e cioè quella prevista dagli accordi per le compensazioni interregionali), per “codice 60 lungodegenza”, fissata, per tutte le MDC, in **€ 142,47**, la SOL ET SALUS, come risulta dalla tabella redatta dalla Guardia di Finanza, ha applicato, nel primo semestre 2008, la tariffa giornaliera di € 184,27 prevista dalla suddetta delibera G.R. per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera intensiva (RI II-56) e nel secondo semestre 2008, l'importo di €.208,11, previsto dalla suddetta “tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione” per codice 56 Riabilitazione e cioè per la riabilitazione ospedaliera intensiva) per la quasi totalità delle MDC, ivi compresa la MDC 23;

- nel 2009, a fronte di una tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione ospedaliera (e cioè quella prevista dagli accordi per le compensazioni interregionali), per “codice 60 lungodegenza”, fissata, per tutte le MDC, in **€ 143,61** (e di una tariffa giornaliera per prestazioni di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva (LPA/RE I - 60) stabilita, per tutte le MDC, dalla delibera G.R. 2079/2009 del 14.12.2009, in di € 168,68) la SOL ET SALUS, come risulta dalla tabella redatta dalla



Guardia di Finanza, ha applicato, l'importo di € 209,77, previsto dalla suddetta "tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione ospedaliera" per il "codice 56 Riabilitazione" (e cioè per la riabilitazione ospedaliera intensiva) per la quasi totalità delle MDC (ivi compresa la MDC 23); importo superiore a quello previsto dalla suddetta delibera G.R. per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera intensiva (RI II-56), per le altre MDC, nel novero delle quali è compresa la MDC 23, pari a € 189,80;

- nel 2010, a fronte di una tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione ospedaliera (e cioè quella prevista dagli accordi per le compensazioni interregionali), per "codice 60 lungodegenza", fissata, per tutte le MDC, in **€ 143,61** (e di una tariffa giornaliera per prestazioni di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva (LPA/RE I - 60) stabilita, per tutte le MDC, dalla delibera G.R. 69/2011 del 24.01.2011, in € 172,05), la SOL ET SALUS, come risulta dalla tabella redatta dalla Guardia di Finanza, ha applicato, l'importo di € 209,77, previsto dalla suddetta "tariffa unica convenzionale per prestazioni di riabilitazione ospedaliera" per il "codice 56 Riabilitazione" (e cioè per la riabilitazione ospedaliera intensiva) per la quasi totalità delle MDC (ivi compresa la MDC 23), applicando un importo superiore a quello previsto dalla suddetta delibera G.R. per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera intensiva (RI II-56), per le "altre MDC" - nel novero delle quali è compresa la MDC 23, pari a € 193,60.



5.3.2. Ancora più grave si profila la responsabilità in esame in relazione alla confusione generata dall'utilizzo dei codici di terapia intensiva per prestazioni che avrebbero dovuto essere effettuate in regime ambulatoriale.

Risulta utile, a tal fine, ricordare che l'emersione dei fatti per cui è causa è stata del tutto casuale, in quanto scaturita dalla denuncia di pazienti dell'Emilia-Romagna per i quali l'AUSL di Rimini aveva previsto che il ricovero potesse essere predisposto solo con una prescrizione di un medico specialista fisiatra, che attestasse l'effettiva indispensabilità e indifferibilità di una riabilitazione intensiva; per i pazienti di altre regioni, non operando l'accordo diretto con l'Ausl di Rimini, era, di contro, sufficiente la prescrizione medica del medico di famiglia. Per la quasi totalità, i pazienti della SOL ET SALUS proveniva da altre regioni, con l'effetto che, per l'accesso alle terapie riabilitative era sufficiente la ricetta "rossa" di un medico di medicina generale, fatto salvo poi l'accertamento dei requisiti di appropriatezza per l'effettivo ricovero, solo su riscontro specialistico dei medici dipendenti della stessa società.

La circostanza, pur ribadita dagli odierni appellanti, che la prescrizione su ricetta rossa fosse condizione necessaria e **sufficiente** per essere "ospitati" nella struttura, e che, quindi, il ricovero fosse stato disposto per effetto di tale indicazione, non risponde, pertanto, al vero, posto che l'impegnativa era redatta dal medico di base in forma generica, limitandosi a consigliare singoli trattamenti fisiatrici e il ricovero, senza mai, tuttavia, accennare né



alla tipologia di ricovero né alla durata dei trattamenti.

In ogni caso, anche a fronte di una siffatta indicazione, rimaneva fermo il potere-dovere della struttura accreditata di procedere alla verifica delle condizioni richieste dalla normativa vigente. Come chiarito dal consulente nominato dal Procuratore della Repubblica di Rimini (dott. N.), la cui perizia è agli atti, i professionisti della struttura sanitaria avevano la possibilità di decidere autonomamente: a) *“se ricoverare il paziente o meno (ad esempio quando nell’impegnativa si parla di ciclo)”*; b) *“se indirizzare i pazienti al trattamento ambulatoriale nel caso non fosse indicato il ricovero”*; c) *“in quale codice di ricovero eventualmente effettuare la riabilitazione (cod.56 intensivo o cod.60 estensivo)”*; d) *“quanto doveva durare il ricovero come quantitativo di giornate (nella maggioranza delle cartelle emerge un range fra 24 e 30 giorni)”*; e) *“quale doveva essere la modalità di ricovero (ordinario o day-hospital)”*.

Lo stesso consulente di parte degli odierni appellanti (dott. B.) ha riferito, nella deposizione testimoniale resa innanzi al giudice penale, che la decisione sul ricovero *“nel caso specifico poteva essere rifiutata o modificata dalla struttura”*, sia pure aggiungendo che sarebbero state necessarie *“argomentazioni molto forti, cioè tipo l’insussistenza della necessità di un ricovero”*.

Ancora il dott. N., inconfutabilmente, rileva che *“per tutti pazienti ricoverati presi in esame, nessun evento acuto era intercorso nei 30 giorni prima del ricovero e ciò è dimostrato da quanto riportato nelle impegnative del MMG e nell’anamnesi presente in cartella; pertanto, la*



necessità del ricovero non era dimostrata da disturbi clinici che influenzano la riabilitazione e i pazienti potevano ricevere un adeguato trattamento anche in regime ambulatoriale". La circostanza non è contestata ed è ulteriormente avvalorata dall'esame delle cartelle che non registrano, in nessun caso, il ricorso ad attività di sorveglianza medico-infermieristica nelle 24 ore – imprescindibile condizione per giustificare una permanenza in ambiente ospedaliero anche durante la notte.

Gli stessi obiettivi declinati nel Progetto Riabilitativo per il versante clinico-infermieristico riportano nella stragrande maggioranza dei casi la dicitura "mantenimento", confermando che non era evidente nessun fabbisogno sanitario a carico del paziente; anzi, nella stragrande maggioranza delle cartelle è riportata la sigla NDS ("nulla da segnalare") o NDR ("nulla di rilevante"), per tutte le giornate di degenza; solo in alcune cartelle erano segnalati bisogni sanitari che i pazienti, nella loro autonomia, avevano gestito da soli anche a domicilio (ipertensione o diabete, a esempio).

Ove ciò non bastasse, la Procura generale ha segnalato che il teste M.C., direttore operativo della SOL ET SALUS, nella deposizione resa innanzi al giudice penale (come da verbale versato in atti, pag. 92) ha risposto affermativamente alla domanda del P.M., se "...era rimessa alla valutazione dei professionisti della struttura accettante [al] la decisione in merito al ricovero, al regime dello stesso e alla durata".

Alcuna giustificazione circa la necessità del ricovero può provenire neppure dall'asserita difficoltà, una volta che il paziente si fosse



presentato presso la struttura, di rifiutarne il ricovero (come sostenuto dallo stesso teste M.C.), in considerazione del fatto che *“non si può prendere un paziente che arriva per il ricovero e gli dico no, non ti prendo perché prima ti valuto”*, sicché, una volta *“allontanato da casa, arriva qua da noi e noi ... non possiamo dirgli stai fuori dalla porta, quindi entra da noi, fa l'apertura”*.

Come condivisibilmente affermato dalla Procura generale, a tutto voler concedere, *“le scale di Barthel, che si rinvencono nelle cartelle cliniche e che attestano la piena autonomia funzionale dei pazienti, sono state redatte, secondo quanto dichiarato dai suddetti testi (OMISSIS) sulla base della suddetta interlocuzione telefonica della caposala, quando, cioè, il paziente era ancora presso il proprio domicilio, per cui è evidente come la SOL ET SALUS e, per essa, gli odierni appellanti, fossero ben consapevoli della mancanza dei presupposti per procedere al ricovero non solo prima ancora che il paziente mettesse piede nella struttura ospedaliera, ma addirittura prima ancora che venisse concordata la data del ricovero”* (così a pag. 34 della memoria conclusionale di P.G.).

A fronte di tale quadro clinico, la maggioranza dei ricoveri si è rivelata del tutto *“inappropriata”*. Sulla scorta degli indici funzionali (scale di valutazione; condizioni cliniche recepite nei progetti di riabilitazione; assenza di interventi o sorveglianza nelle 24H nei diari infermieristici), i consulenti incaricati dal p.m. contabile (dott. B. e G.) hanno definitivamente accertato che le patologie delle quali risultavano affetti i pazienti in cura presso l'Opa, fossero



riconducibili a *“due grandi categorie: a) patologie neurologiche, in quanto nella maggior parte dei casi si trattava di individui affetti da esiti stabilizzati di poliomielite; b) patologie ortopediche, associabili, prevalentemente, a patologia degenerativa segmentaria artrosica, cervicalgia, lombalgia, spondiloartrosi ecc.*

Nessuno dei detti soggetti, come già precisato, annoverava in anamnesi un evento acuto collocato temporalmente nei 30 giorni antecedenti l'ammissione all'Istituto di cura e, per lo più, mostravano una ridotta modificabilità del quadro clinico funzionale, per cui *“qualora le condizioni clinico-funzionali del paziente giustifichino il ricovero quello più appropriato è certamente in degenza estensiva. Le patologie ortopediche degenerative croniche (poliartriosi, lombalgia, cervicalgia, spondilosi ecc) non rientrano nel novero delle patologie complesse necessitanti di una presa in carico riabilitativa multidisciplinare quale è quella richiesta in un ricovero riabilitativo intensivo. Riguardo le prestazioni di riabilitazione occorre far rilevare, come chiaramente riportato nelle cartelle cliniche, che alla totalità dei degenti, durante il ricovero, sono state somministrate diverse tipologie di terapia fisica strumentale, escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a partire dal 2002. Tali prestazioni, quindi, non posseggono gli indispensabili requisiti per rientrare nel computo finalizzato a raggiungere il numero di ore minime giornaliere di riabilitazione previste dalla normativa vigente (almeno 3 ore per la Riabilitazione Intensiva ed almeno 1 ora per la Riabilitazione Estensiva), essendo, in effetti, di norma erogate in Regime*



Ambulatoriale risultando, peraltro, essere a carico degli utenti ai quali sono state rese. Si può concludere che questa tipologia di trattamenti erogati, presenti nella casistica in oggetto, è più tipica del Regime Ambulatoriale". In ambito riabilitativo, infatti, l'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001 aveva escluso totalmente dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) plurime prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale (quali esercizio assistito in acqua; idromassoterapia; ginnastica vascolare in acqua; diatermia a onde corte e microonde; agopuntura con moxa revulsivante; ipertermia non altrimenti specificata (NAS); massoterapia distrettuale riflessogena; pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente; elettroterapia antalgica; ultrasuonoterapia; trazione scheletrica; ionoforesi; laserterapia antalgica; mesoterapia; fotoforesi terapeutica; fotochemioterapia extracorporea; fotoforesi extracorporea) mentre, su disposizione regionale, altre terapie (laserterapia antalgica; elettroterapia antalgica; ultrasuonoterapia; mesoterapia) potevano essere incluse nell'allegato 2B, nel quale confluivano le prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Nel caso di specie, risultano rimborsate anche prestazioni un tempo definite di FKT (Fisiokinesiterapia) che, se correttamente erogate in regime ambulatoriale, sarebbero state extra-LEA e, dunque, a totale carico del paziente.

Alla luce di tali premesse, gli stessi periti giungono alla conclusione che:

- l'analisi relativa al 2007 ha permesso di stabilire che n. 596



(79,05% del totale) dei n. 754 ricoveri addebitati dall'O.P.A. SOL ET SALUS, quali degenze di carattere Intensivo potevano essere resi in Regime Ambulatoriale; n. 139 (18,44 % del totale) in quello Estensivo; n. 17 (2,25% del totale) si rivelano essere non valutabili; per n. 2 (0,27% del totale) non deve essere riconosciuta alcuna remunerazione;

- i riscontri eseguiti per il 2008 hanno consentito di valutare che n. 651 (85,66% del totale) dei n. 760 episodi contabilizzati dalla citata struttura sanitaria, quali degenze di carattere Intensivo, potevano essere erogati in Regime Ambulatoriale; n. 97 (12,76% del totale), invece, in quello Estensivo; n. 7 (0,92% sul totale) si rivelano essere non valutabili; per 5 (0,66% del totale) si reputa non si debba riconoscere nessuna remunerazione;

- con riguardo al 2009 si è appurato che n. 676 (86,11% del totale) dei n. 785 episodi posti a carico del S.S.N. quali degenze di carattere Intensivo potevano essere erogati in Regime Ambulatoriale; n. 91 (11,59% del totale), invece, in quello Estensivo; n. 16 (2,04% sul totale) si rivelano essere non valutabili; per n. 2 (0,25% del totale) nessuna remunerazione;

- dalle verifiche esperite per il 2010, si è constatato che n. 604 (88,18% del totale) dei n. 685 episodi resi dalla SOL ET SALUS, quali degenze di carattere Intensivo potevano essere erogati in Regime Ambulatoriale; n. 69 (10,07% del totale), invece, in quello Estensivo; n. 12 (1,75% sul totale) si rivelano essere non valutabili.



5.4. In conclusione, l'illiceità non può considerarsi limitata alla sola percezione di rimborsi più cospicui rispetto a quelli dovuti in forza dalla natura "estensiva", pacificamente accertata, delle terapie praticate, bensì assume uno spettro molto più vasto, che risale all'inappropriatezza dei percorsi terapeutici prescritti ai pazienti.

Il concetto di "appropriatezza" era già stato delineato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nel d.lgs. n. 229/99 e nel DPCM 29 novembre 2001 15. In particolare, l'art. 8-octies del d.lgs. 30.12.1992 n. 502 (introdotto dal citato d.lgs. n. 229/99) rinvia a un apposito atto di indirizzo e coordinamento, l'individuazione dei principi - in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate - nonché *"dei criteri per la verifica di: a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte; b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture; c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza; d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi"*.

Ben prima dell'entrata in vigore dell'art. 9 quater — "Riduzione delle prestazioni inappropriate", commi 8 e 9 del d.l. 19.06.2015 a 78 convertito con l. 6.08.2015 n. 125, e del conseguenziale decreto del Ministero della Salute che vi ha dato attuazione, la normativa



nazionale non solo consentiva controlli di appropriatezza, ma obbligava le regioni a predisporre appositi strumenti per le opportune verifiche (Patto per la salute 2009).

La Regione dell'Emilia-Romagna non si è affatto sottratta all'attuazione delle indicazioni di matrice nazionale, sviluppando propri percorsi di esplicazione dei criteri di appropriatezza, soprattutto con riferimento ai ricoveri in regime ordinario e alla loro sostituibilità con altri *setting* assistenziali, garantendo comunque uguali livelli di qualità e sicurezza. Il corrispondente percorso normativo si è concretizzato in alcune deliberazioni regionali: la DGR n. 1872/2004 con cui, attraverso la metodologia definita dall'*Agenzia Sanitaria Regionale*, il gruppo iniziale di 43 DRG è stato esteso a 51 DRG a rischio di inappropriatezza (con la relativa definizione delle soglie di ammissibilità); la deliberazione n. 2126/2005 che, facendo proprio l'elenco di DRG definito dalla ASR per il progetto "Atlante della appropriatezza organizzativa", portava a 62 il numero di DRG "potenzialmente inappropriati"; successivamente la DGR n. 1920/2007 dava conto dei risultati certificati dal progetto, rilevando come, anche grazie alle politiche sanitarie e tariffarie regionali messe in atto dal 1999 al fine di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per attività e problemi clinici trattabili con pari efficacia e sicurezza in regimi assistenziali meno onerosi, la regione Emilia-Romagna fosse riuscita ad ottenere un decremento dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario pari al 19,4%. Infine, la DGR 1890/2010 ha



stabilito l'integrazione dei 61 DRG già individuati nel 2005, con quelli presenti nelle tabelle A e B del "Nuovo patto per la salute per gli anni 2010- 2012" per un totale complessivo di 89 DRG, che sono da considerare potenzialmente inappropriati in relazione al regime di erogazione.

A partire dal Testo Unico per La Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria per l'anno 2008, era stato inserito un sistema di indicatori per la verifica dell'appropriatezza di ricoveri che, per l'area della riabilitazione, comprendeva i seguenti parametri: a) utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale; b) degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione; c) degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa; d) dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero; e) utilizzo del regime di day hospital per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale; f) utilizzo del reparto di riabilitazione come reparto "scambiatore" per moltiplicare il numero dei ricoveri addebitati a fronte di un unico episodio di cura; g) registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti. I sopracitati consulenti del Procuratore regionale hanno rilevato l'assenza di obiettivi "funzionali" di ricovero (quali la riabilitazione al cammino con o senza ausili, alla salita e discesa di scale, ai passaggi posturali, ai trasferimenti, al recupero delle ADL che sono obiettivi fondamentali del ricovero riabilitativo), e,



comunque, il mancato conseguimento degli stessi, alla stregua dei report di valutazione.

Nessun dubbio può esservi poi sul potere di controllo e verifica rimesso all'Ufficio Controlli Sanitari delle Aziende Sanitarie, posto che con DGR n.1171 del 2009 era già autorizzato il medesimo Ufficio ad approfondire ogni indagine nell'ipotesi in cui, nel corso dell'attività di controllo, fossero emerse evidenze "correlate ad un codifica dell'attività non conforme alle regole di codifica regionali, non occasionale ma costante, o a modalità di erogazione diverse da quelle generalmente condivise a livello regionale, fra i produttori, che comportano un inequivocabile vantaggio economico per l'erogatore.

Con la successiva DGR n. 354/2012, la medesima amministrazione regionale ha, poi, reso obbligatorio *"estendere la verifica a tutta la casistica considerata, quando emergano evidenze non occasionali ma costanti, che comportano un inequivocabile vantaggio economico per l'erogatore, correlate ad una codifica non conforme alle regole regionali o a modalità di erogazione diverse da quelle condivise a livello regionale....sia per rendere effettivamente incisivo il controllo, sia per verificare se vi possano essere gli estremi per adire l'Autorità Giudiziaria"*: ed è esattamente in tale direzione che si è mosso il NAC dell'AUSL di Rimini, le cui osservazioni hanno trovato piena conferma da parte del consulente nominato dal Procuratore della Repubblica di Rimini, in sede di procedimento penale avviato nei confronti degli odierni appellanti.

Neppure può risultare fondata l'osservazione del consulente tecnico



di parte, secondo cui la preferenza accordata al ricovero rispetto al regime ambulatoriale sarebbe stata giustificata dal disagio del paziente di spostarsi da una regione all'altra, in contrasto con il principio di libera scelta del luogo di cura. Non solo, come condivisibilmente affermato dai primi giudici, a guidare la scelta in esame dovrebbe essere sia il bisogno terapeutico, sia l'esigenza di contenimento della spesa pubblica, ma soprattutto si osserva che l'argomento sostenuto in sede difensiva è basato su una patente mistificazione. La libertà di scelta in favore del cittadino è compromessa proprio dall'opzione, illecitamente offerta al paziente, di godere di servizi alberghieri che, altrove, sarebbero a suo carico. Ne deriva una concorrenza "sleale" tra strutture private sul territorio nazionale ed anche, per quanto qui rileva, una violazione del principio di equilibrio dei bilanci pubblici e di autonomia finanziaria degli enti territoriali di cui agli artt. 81, 117 e 119 Cost..

La Costituzione (art. 117) inserisce, infatti, la "tutela della salute" tra le materie di legislazione concorrente, per le quali la potestà legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Lo Stato mantiene, comunque, la legislazione esclusiva sulla "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*", quindi su quelli che in sanità sono definiti *LEA*, ossia "Livelli Essenziali di Assistenza". A fronte della riconosciuta autonomia finanziaria delle regioni (art. 119), si è reso, dunque, necessario approntare strumenti



idonei ad assicurare a ciascun territorio le risorse finanziarie necessarie a coprire i rispettivi fabbisogni essenziali di spesa. L'allocazione delle risorse destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari riabilitativi avviene alla stregua di sistemi di remunerazione a "tariffa", il cui importo massimo è individuato con decreto del Ministro della Sanità, *"tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome"* (art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. n. 502/92).

La sostanziale alterazione degli indicatori quantitativi e qualitativi di *out-put* non può che incidere sulla stima del fabbisogno regionale e sulla determinazione della tariffa, generando iniquità tra territori.

L'afflusso di pazienti da regioni diverse, qualora fondato, come nel caso di specie, su meccanismi idonei a compromettere la libera concorrenza tra gli operatori economici e persino i livelli di assistenza primaria, favorisce, infatti, un disallineamento tra domanda e offerta di servizi sanitari, che, a sua volta, innesca meccanismi premiali in favore di soggetti "immeritevoli", con evidenti effetti distorsivi non solo sul mercato, ma sulla struttura stessa del "federalismo



sanitario”, la cui principale criticità si concentra proprio nella difficoltà a mantenere una sostanziale uniformità nella tipologia delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse regioni, e, di conseguenza, nella re-distribuzione delle risorse finanziarie per garantire tale omogeneità.

Deve considerarsi, pertanto, provata la reiterata violazione del principio di appropriatezza, da parte degli odierni appellanti, con consequenziale rigetto di tutte le relative deduzioni *in parte qua*.

5. Nesso causale ed elemento soggettivo.

5.1. Dai comportamenti sopra delineati e accertati è scaturito il danno per cui è causa. I rimborsi sostenuti dalla Regione Emilia-Romagna, infatti, sono diretta e immediata conseguenza delle fatturazioni sistematicamente trasmesse all’AUSL di riferimento, sicché deve imputarsi al comportamento degli odierni appellanti la determinazione dell’evento dannoso, in assenza di concause preesistenti, concomitanti o sopravvenute, idonee a escludere il nesso etiologico in esame, ex artt. 40 e 41 c.p..

A nulla vale invocare la correttezza della procedura e il rispetto dei codici di dimissioni, dal momento che non solo l’iter amministrativo-contabile risulta “inquinato” dalla sussunzione delle prestazioni sanitarie sotto un codice di prestazione errato, ma la stessa richiesta di rimborso da parte della SOL ET SALUS è stata reiteratamente calcolata sulla base di tariffe diverse da quelle applicabili alle attività concretamente rese. Nella maggioranza delle cartelle cliniche, depositate in via istruttoria, risultano confermate le problematiche



già emerse in fase amministrativa: a) la «scarsa modificabilità» della valutazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (secondo lo standard FIM – *Functional Independence Measure*) tra il momento d'ingresso e quello di dimissione dalla struttura con la conseguenza che il ricovero dimostrava possedere «una ridotta o assente influenza» sul miglioramento funzionale dell'assistito; b) la preponderanza di patologia ortopedica degenerativa cronica con limitate conseguenze sulle capacità funzionali della persona; c) nell'ambito delle patologie neurologiche, «*maggior rilevanza numerica [...] di patologie stabilizzate con scarse modificabilità del quadro clinico-funzionale*»; d) la decisione del medico fisiatra dell'OPA per il ricovero «*con un ammontare numerico di giornate di degenza, nella maggior parte dei casi, pari a trenta in assenza di differenze fra quadro ortopedico e quello neurologico*» (sempre trenta gg sia per malati neurologici che per pazienti con patologie ortopediche), suggerendo «*un nuovo ricovero dopo dodici mesi dalla conclusione dell'episodio precedente*»; e) la presenza di pazienti «*routinari, che prediligono periodi fissi dell'anno*»; g) la mancanza, nelle cartelle cliniche, dell'indicazione della durata effettiva del trattamento riabilitativo giornaliero e della sua distribuzione durante l'arco della giornata; h) la mancanza di una «presa in carico» effettivamente multidisciplinare, occorrendo, soltanto, la figura professionale del fisioterapista-massaggiatore; i) la mancata documentazione della necessità di garantire la copertura medico-infermieristica di ciascuna giornata di degenza, «*constatando [...] che i degenti mostrano*



soddisfacenti e costanti condizioni generali nell'intero periodo di ricovero». Sono, dunque, del tutto assenti i presupposti per i rimborsi conseguiti a titolo di riabilitazione “intensiva”.

Nessun pregio può avere il richiamo alla sentenza n. 2/2020 della Terza Sezione centrale d'appello, prodotta dagli odierni appellanti in allegato all'istanza di anticipazione dell'udienza di discussione. La decisione ha a oggetto un diverso periodo della vicenda in esame (anni 2011-2012), in relazione al quale il corredo documentale, posto a sostegno della domanda risarcitoria, è stato considerato *“insufficiente a suffragare le argomentazioni di cui alla sentenza impugnata in punto di sussistenza del danno”*. La (parziale) diversità della *causa petendi* impedisce la sovrapposizione tra le due controversie, e l'asimmetria tra i rispettivi assetti probatori rende del tutto inconferente ogni rinvio al contenuto assolutorio della detta pronuncia.

5.2. Parimenti accertato è l'elemento soggettivo del dolo.

Va rammentato che il rapporto di accreditamento si colloca *“a metà strada tra concessione di servizio pubblico e abilitazione tecnica idoneativa”*, e, di conseguenza *“non è strutturato in base a criteri di mercato, ma a criteri di servizio pubblico di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico dell'erario pubblico”* (in termini, Cons. Stato Sez. III, 9 aprile 2018, n. 2147). L'accreditamento è, infatti, lo strumento attraverso cui le Regioni garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie avvalendosi di soggetti privati, i quali, di conseguenza, entrano nell'alveo degli operatori di cui



l'amministrazione si avvale per soddisfare le esigenze di tutela della salute. La situazione è, di conseguenza, analoga a quella che la magistratura contabile ha scrutinato, in sede di riparto di giurisdizione, in materia di finanziamenti pubblici a imprenditori privati coinvolti in programmi di stampo pubblicitario, con diretta partecipazione non solo della società beneficiaria ma anche delle persone fisiche che, agendo in regime di immedesimazione organica, hanno determinato e/o favorito l'esborso della sovvenzione in assenza dei relativi presupposti (in termini Sez. II centr. app. n. 407 del 2007, n. 73 del 2018, n. 376 del 2019; n. 97 del 2020).

Proprio la struttura eminentemente concessoria del rapporto in esame, fa sì che all'amministrazione sia consentito di valutare la «capacità a far bene», con riferimento all'utilità collettiva che l'attività oggetto di concessione deve conseguire, e di esercitare poteri autoritativi e conformativi diretti, nella fattispecie, ad assicurare la certezza dei volumi, della tipologia dell'attività e dello standard qualitativo dei servizi sanitari (Sez. III centr. app. 29 marzo 2007, n. 96). La stessa stipula del contratto, atto a regolare il rapporto economico e il diritto al rimborso per le prestazioni sanitarie erogate, presuppone, ai sensi dell'art. 8 quinquies d.lgs. n. 502/1992 sopra citato, la capacità del privato di "rispondere alla programmazione regionale", e impone precisi doveri di leale collaborazione.

Orbene, alla sistematica violazione di tale dovere di collaborazione, in termini di mancata comunicazione di informazioni rilevanti ai fini della corretta esecuzione degli accordi negoziali ex art. 1375 c.c., non



può che corrispondere la volontà di sottrarsi all'attuazione del piano sanitario, e di perseguire interessi meramente privati.

Non v'è solo la macroscopica "negligenza contabile" o la marchiana imperizia nella prescrizione di percorsi terapeutici inappropriati: ricorre nella fattispecie la callida e lucida volontà di approntare un sistema di appropriazione indebita di risorse pubbliche, basato su modalità truffaldine, e contraddistinto dalla netta prevalenza dello scopo di lucro.

Non ha pregio rilevare, come precisato dagli appellanti per dimostrare l'assenza di una condotta alternativa lecita e, quindi, di dolo o colpa grave, che il sistema informatico avrebbe attribuito automaticamente la tariffa corrispondente alla MD23 - cod. 56, precludendo in tal modo ogni possibilità di correzione.

In primo luogo, come dedotto dalla Procura generale, la circostanza che il sistema non avrebbe accettato la fatturazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva con la tariffa per le stesse prevista (codice 60) - oggetto anche di una dichiarazione testimoniale resa innanzi al giudice penale in data 21.09.2020 (il cui verbale risulta prodotto dalla difesa degli appellanti) da una dipendente (S.G.) della società appellante - è seccamente smentita dalle fatture n. 14 del 06.02.2007 e n. 70 del 27.02.2008 emesse dalla SOL ET SALUS, nelle quali figurano, fra gli altri, importi per prestazioni di "riabilitazione estensiva".

In secondo luogo, la possibilità di correzione è stata esplicitamente ammessa da altra persona informata dei fatti (B.R.), escussa quale



infermiera professionale dell'U.O. ufficio DRG e componente del N.A.C. dell'A.U.S.L. della Romagna, sede di Cesena) la quale, nelle dichiarazioni rese in data 12.01.2017 alla Guardia di Finanza – Nucleo di P.T. di Rimini, ha chiarito che *“.....Il Sistema operativo regionale, denominato GROUPER, con un algoritmo.... genera l'importo economico che verrà liquidato alla strutturase una struttura ha erogato delle prestazioni di riabilitazione estensiva (cod. 60), anche se è accreditata esclusivamente per la riabilitazione intensiva (cod. 56), può in ogni caso modificare i dati inseriti a sistema con le tariffe adeguate senza generare un conflitto, proprio perché la riabilitazione intensiva è una tipologia di trattamento più onerosa, dal punto di vista di complessità tecnica, frequenza e durata del trattamento rispetto a quella minore prevista dalla riabilitazione estensiva... Ribadisco che l'importo generato dipende essenzialmente dall'Unità Operativa di riferimento....In particolare l'O.P.A. SOL ET SALUS è accreditata, tra gli altri, per il cod. 56 e non per il cod. 60.... tuttavia, in presenza di erogazioni di prestazioni di riabilitazione estensiva, l'operatore avrebbe dovuto modificare, di volta in volta, la tariffa che il sistema generava automaticamente per il cod. 56 e applicare la tariffa prevista per il cod. 60”.*

Infine, la volontà di arricchimento è comprovata dall'omessa restituzione delle somme eccedenti: a prescindere, infatti, dai limiti propri di un sistema informatizzato e automatizzato, la piena consapevolezza di aver erogato prestazioni che, nella migliore delle ipotesi, sarebbero state riconducibili alle terapie estensive avrebbe



dovuto indurre la società richiedente a bloccare per tempo i pagamenti non dovuti e a precisare, con ogni mezzo, la natura delle attività praticate e il “giusto” compenso.

L'elemento soggettivo del dolo deve, pertanto, attribuirsi a: Vasini Marco (quale amministratore delegato dall'1.01.2007 e presidente del consiglio di amministrazione in carica dal 18.6.2008), Balli Pierpaolo (quale direttore sanitario a partire dal 2005), e Vaccari Matteo (quale amministratore delegato dal 7.08.2008). Tutti hanno, infatti, contribuito, ciascuno per il proprio ambito di competenza, a determinare le condizioni per lucrare indebiti rimborsi per prestazioni riabilitative apparentemente inappropriate. La natura dolosa dell'illecito deve intendersi estesa anche alla società appellante, in forza dei principi espressi dal d.lgs. n. 231/2001.

6. Quantificazione del danno e attribuzione di responsabilità.

L'art. 8 quater del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999, sancisce il principio che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies”*; l'art. 8 quinquies, a sua volta, pone il rapporto di accreditamento su una base saldamente negoziale, con l'effetto che *“al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata a erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione”* (Cons. St., Sez. III, 14.06.2011, n. 3610).



I giudici di prime cure hanno quantificato il danno patrimoniale nel valore differenziale tra il valore della prestazione pagato e quello dovuto, alla luce dei criteri indicati nell'atto di citazione, che risulta perfettamente allineato alle risultanze istruttorie (perizia dei dottori B. e G.).

Il totale degli importi che sono risultati non dovuti per il quadriennio 2007-2010 ammonta, in sentenza, a **euro 14.044.181,10**. Le tabelle allegare alla consulenza consentono analiticamente, per ogni paziente (e relativa SDO), di risalire ai giorni di ricovero erogati dall'Opa in assenza dei presupposti, ai costi delle prestazioni che avrebbero potuto legittimamente essere erogate e ai costi in eccesso posti a carico dell'erario.

I calcoli, come rilevato nel libello introduttivo, sono stati effettuati con criteri prudenziali: ad esempio, nei casi in cui il trattamento comprendeva anche interventi riabilitativi di tipo funzionale, oltre a quello muscolo articolare (ad es. esecuzione delle scale, della deambulazione, dei passaggi posturali, dei trasferimenti), i consulenti hanno riconosciuto l'importo economico di seduta doppia (pari a 1 ora di trattamento), mentre i trattamenti fisioterapici nei *Lea* sono di 30 minuti.

Gli stessi periti hanno poi posto in evidenza che, in taluni episodi (alcuni dei quali stati riportati nelle tabelle, tra parentesi, con gli estremi d'identificazione), si è accertato che l'erogazione del trattamento riabilitativo è avvenuta anche in giornate festive (S.D.O. n. 2009/1077 trattamento Riabilitativo erogato anche Domenica



17/05/2009, S.D.O. n.2009/2684, trattamento Riabilitativo erogato anche Domenica 6/12/2009 e il 24/12/2009 in quest'ultima data a dimissione avvenuta; S.D.O. n. 2010/05, trattamento Riabilitativo erogato anche il 6/01/2010 Festività dell'Epifania; n. 2008/952 trattamento Riabilitativo indicato come erogato anche in data 1/05/2008) o dopo la cessazione del ricovero (S.D.O. n. 2009/1014, l'assistito risulta essere stato dimesso il 29/05/2009, ma è registrata l'erogazione del trattamento il 30/05/2009; S.D.O. 2008/840, l'ultimo giorno di trattamento risulta il 19/03/2008, nonostante la dimissione risalga al precedente 18/03/2008).

I redigenti hanno, altresì, azzerato l'importo addebitato per ciascuna giornata di degenza, quando hanno constatato l'assenza delle firme e/o sigle del personale sanitario incaricato. L'omessa sottoscrizione, infatti, *“non permette d'avere contezza sull'avvenuta erogazione dell'iter terapeutico in tema da parte di personale qualificato”*, risultante nelle apposite schede recanti intestazione *“Report di valutazione e programma riabilitativo elettivi”* accluse alle singole cartelle cliniche. Va rimarcato che, alla stregua di un consolidato orientamento di legittimità, la cartella clinica è un atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri eventi clinici rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi con relativa attribuzione di *“paternità”* al medico/infermiere che vi appone la sottoscrizione. Le attestazioni rese dal pubblico ufficiale mediante annotazione su cartella clinica - e sui documenti che vi accedono, quali il diario



clinico e la scheda di dimissioni ospedaliere - debbono, dunque, rispondere ai criteri di veridicità del contenuto rappresentativo, di completezza delle informazioni, di immediatezza della redazione rispetto all'atto medico descritto e di continuità delle annotazioni, in quanto finalizzate ad asseverare, con fede privilegiata, non solo la verbalizzazione dell'atto medico, ma anche la successione cronologica degli interventi, delle diagnosi, della prognosi e delle prescrizioni (in termini di falso in atto pubblico, in caso di modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni, Cass. pen. Sez. V, 11 dicembre 2018, n. 55385). Lungi dall'essere una mera "irregolarità formale", la mancanza delle firme incide sulla validità dei documenti attestanti le singole prestazioni e rende *sine titulo* il relativo rimborso.

Infine, pur tenendo conto del differenziale tra la prestazione effettuata e quella ritenuta "appropriata" (Regime Estensivo, Ambulatoriale altro) l'importo finale è stato calcolato sulla base dell'importo "validato" ("Imp RG") dal Servizio Sistema Informativo della Regione Emilia - Romagna, e non dell'importo denominato "Imp Azi", calcolato e direttamente trasmesso in Banca Dati Regionale S.D.O. dalla SOL ET SALUS.

I parametri utilizzati meritano pieno accoglimento, ad eccezione di quest'ultimo. La perdita economica subita dall'amministrazione, infatti, non può che corrispondere agli importi effettivamente erogati (quelli indicati dai consulenti con la sigla "Imp Azi", di regola inferiori a quelli "validati" dal sistema e indicati con la sigla "Imp RG), che ha probabilmente tenuto conto delle integrazioni



tariffarie, dovute alle variazioni migliorative (successive alle fatture in atti), delle quali, tuttavia, non v'è supporto documentale.

Da ciascuno degli importi chiesti e pagati deve essere decurtata la tariffa corrispondente alla terapia (ambulatoriale o estensiva) ritenuta "appropriata" e, dunque, dovuta, a condizione che sia formalmente validata l'intera cartella clinica (ad es. con l'apposizione delle firme).

Alla stregua di tale modalità di calcolo, le somme da imputare agli odierni appellanti risultano le seguenti:

- anno 2007, euro 3.322.567,00;
- anno 2008, euro 3.264.031,83;
- anno 2009, euro 3.790.586,06;
- anno 2010, euro 3.263.992,66.

per un totale di **euro 13.641.177,55**.

L'importo deve essere posto a carico degli odierni appellanti in solido, in considerazione della natura dolosa dell'illecito, con le seguenti precisazioni: per la società SOL ET SALUS, BALLI Pierpaolo e VASINI Marco, per l'intero importo di euro **13.641.177,55**; per VACCARI Matteo (quale amministratore delegato dal 7.08.2008), in solido, nei limiti delle somme conseguite dalla società dalla data di assunzione della carica e, dunque, fino a concorrenza di euro **7.904.147,87**.

Quest'ultimo importo è, infatti, pari ai rimborsi effettivamente conseguiti dalla SOL ET SALUS, a partire dalla fattura n. 414 del 5.09.2008, successiva al subingresso del Vaccari nella carica di amministratore delegato, non potendosi tener conto né di quelli



ricevuti nel 2007 (3.322.567,00), né di una parte di quelli maturati nel 2008 (fino all'agosto 2008, pari a euro 2.414.426,68).

In luogo del dott. VASINI Marco, deceduto lite pendente, la condanna al risarcimento di complessivi euro **13.641.177,55**, in solido con i menzionati soggetti, deve essere pronunciata nei confronti dei suoi eredi, VASINI Mariafrancesca, VASINI Andrea e VASINI Giuliano. Sussistono, infatti, le condizioni stabilite dall'art. 1, comma 1, l. n. 20/1994.

In punto di "illecito arricchimento del dante causa", la Procura generale ha provato che VASINI Marco, oltre a percepire le remunerazioni corrispostegli in relazione alla carica di Presidente del consiglio di amministrazione, in qualità di socio della SOL ET SALUS - intestatario, al momento del decesso, di 13.486 azioni per nominali € 13.486,00 - ha percepito gli utili distribuiti dalla società (alla cui produzione hanno ovviamente concorso le indebite maggiori remunerazioni per cui è causa), pari con riferimento all'esercizio 2007, a complessivi € 405.000 (0,135 per azione) a fronte di un utile netto di € 440.521,00 e, con riferimento agli esercizi 2008, 2009 e 2010, a complessivi € 450.000 (€ 0,15 per azione) per ciascuno dei suddetti esercizi a fronte di un utile netto pari, rispettivamente, ad € 547.437,00 nel 2008, ad € 721.859,00 nel 2009, ed € 714.414,00 nel 2010. Ulteriore arricchimento è derivato dal crescente valore acquisito dalle partecipazioni sociali, anche in dipendenza delle indebite maggiori remunerazioni oggetto di causa, come testimonia il progressivo incremento del patrimonio netto, documentato dalla



parte pubblica.

Parimenti provato è il conseguente “indebito arricchimento degli eredi stessi”, i quali non solo hanno ricevuto vantaggi diretti derivanti dalla titolarità delle azioni societarie (come nel caso di VASINI Mariafrancesca), ma hanno goduto dei maggiori introiti percepiti dal dante causa, anche quale effetto diretto e immediato del relativo illecito arricchimento. Peraltro, la lettera della citata disposizione - “*illecito arricchimento e conseguente indebito arricchimento degli eredi*” - dimostra che il legislatore ha introdotto una presunzione, *iuris tantum*, basata su massime d’esperienza, sicché, per giurisprudenza contabile consolidata, alla parte pubblica spetta solo la prova dell’illecito arricchimento del dante causa, mentre spetterà agli eredi fornire, ai sensi dell’art. 2697 c.c. la prova contraria (in termini, Sez. II centr. app. n. 394/2009 e n. 274 del 2020). La prova contraria, nel caso di specie, è del tutto mancata.

In relazione, poi, ai limiti quantitativi della devoluta responsabilità, con riferimento a VASINI Giuliano, risulta provato, come emerge dal certificato storico di famiglia del dante causa alla data del decesso, conviveva con il padre Vasini Marco nell’appartamento in Bellaria – Igea Marina alla via Santerno 10, ove tutt’ora risiede e presso il quale – come dato atto nel verbale di inventario del 16.04.2021 – sono stati rinvenuti numerosi beni mobili appartenenti in vita al *de cuius*, oltre al compossesso dell’immobile e/o delle parti comuni. Rimane, pertanto, convalidata e non smentita la circostanza che, alla data dell’apertura della successione (15.12.2020), egli fosse nel possesso



e/o nel compossesso dei beni ereditari, con la conseguenza che, con il decorso, in data 15.03.2021, del termine trimestrale - entro il quale, ai sensi dell'art. 485, comma 1, c.c., avrebbe dovuto essere fatto l'inventario (tardivamente effettuato solo in data 16.04.2021) - egli deve considerarsi, a termini dell'art. 485, comma 2, c.c., erede puro e semplice.

Analogamente VASINI Mariafrancesca, nella dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dell'8.03.2021 (versata in atti), si è qualificata come "erede" di Vasini Marco (assieme ai fratelli), assumendone la relativa titolarità, con gli effetti di cui all'art. 475, comma 1, c.c. (*"L'accettazione è espressa quando, in un atto pubblico o in una scrittura privata, il chiamato all'eredità ha dichiarato di accettarla oppure ha assunto il titolo di erede"*). Alcun rilievo può, infatti, annettersi alla dichiarazione resa in data 16.04.2021, in sede di verbale di inventario, nel senso di una pretesa erroneità della suddetta dichiarazione, considerata l'irrevocabilità dell'accettazione espressa pura e semplice. L'unico erede con beneficio d'inventario deve, pertanto, individuarsi in VASINI Andrea per il quale vale, a pieno titolo, l'accettazione limitata di cui al rogito Rep. N. 88903 del 16.04.2021, in atti.

7. Conclusivamente, il Collegio accoglie parzialmente gli appelli e, per l'effetto, condanna al risarcimento del danno, pari a euro 13.641.177,55, in solido: VASINI Marco, e per esso, quali eredi, VASINI Mariafrancesca, VASINI Giuliano e VASINI Andrea - quest'ultimo nei limiti dell'inventario - in ragione di 1/3 ciascuno;



SOL ET SALUS S.p.A., BALLI Pierpaolo e VACCARI Matteo, quest'ultimo fino a concorrenza di euro 7.904.147,87. Sugli importi devono essere liquidati la rivalutazione monetaria dalla data di consumazione dell'illecito (corrispondente alla data dei singoli pagamenti in via di rimborso) fino al deposito della sentenza di primo grado, e da tale data fino al di dell'effettivo soddisfo, gli interessi legali.

8. Considerata la conferma della responsabilità nei suoi elementi oggettivi e soggettivi, le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

P.Q.M.

la Corte dei conti Sezione Seconda Centrale d'Appello, così definitivamente pronunciando, riunisce gli appelli e li accoglie parzialmente. Per l'effetto condanna al risarcimento del danno, pari a euro 13.641.177,55, in favore della Regione Emilia-Romagna in solido: VASINI Marco e per esso, quali eredi, VASINI Mariafrancesca, VASINI Giuliano e VASINI Andrea - quest'ultimo nei limiti dell'inventario - in ragione di 1/3 ciascuno, nonché la società SOL ET SALUS, BALLI Pierpaolo e VACCARI Matteo, quest'ultimo fino a concorrenza di euro 7.904.147,87. Sugli importi devono essere liquidati la rivalutazione monetaria dalla data di consumazione dell'illecito (corrispondente alla data dei singoli pagamenti in via di rimborso) fino al deposito della sentenza di primo grado e da tale data fino al di dell'effettivo soddisfo, gli interessi legali.

Condanna in solido gli odierni appellanti alla refusione delle spese di



lite che liquida in euro 736,00 (SETTECENTOTRENTASEI/00).

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 8 giugno 2021.

L'Estensore

Il Presidente

(dott.ssa Maria Cristina Razzano)

(dott. Fulvio Maria Longavita)

f.to digitalmente

f.to digitalmente

Depositata in Segreteria il 07 LUG 2021

La Dirigente (Dott.ssa Sabina Rago)

f.to digitalmente