



SENT. 302/2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE SECONDA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

~~composta dai magistrati:~~

Dott.ssa Rita LORETO Presidente

Dott. Roberto RIZZI _____ Consigliere relatore

Dott.ssa Luisa de PETRIS Consigliere

Dott. Maria Cristina RAZZANO ————— Consigliere

~~Dott.ssa Ilaria Annamaria CHESTA~~ ~~Consigliere~~

~~pronuncia la seguente~~

SENTENZA

sugli appelli, in materia di responsabilità amministrativa, iscritti al **n. 59600**

~~del registro di segreteria~~

avverso

~~la sentenza della Sezione giurisdizionale regionale della Basilicata n.~~

~~61/2021, depositata il 2/11/2021;~~

promossi da:

~~**MORLINO Leonardo**, nato a Brescia il 9/12/1949, rappresentato e~~

~~difeso dagli Avv.ti Mario D'Urso e Antonio D'Urso, con domicilio~~

~~fisico eletto presso lo studio del dott. Ugo Caminiti in Roma, via Luigi~~

~~Rizzo n. 50, e con domicilio telematico presso gli indirizzi PEC:~~

~~studioavvdurso@pec.it e avvantoniodurso@pec.it, nonché presso il~~

~~numero di fax 089/220460~~

	SENT. 302/2024	
	[APPELLANTE PRINCIPALE]	
	DI MARZO Walter , nato a Napoli il 13/6/1968, rappresentato e	
	difeso dagli Avv.ti Gennaro Terracciano e Angelo Piazza, con	
	domicilio fisico eletto presso il loro studio in Roma, piazza San	
	Bernardo, n. 101, e con domicilio telematico presso gli indirizzi PEC:	
	gennaroterracciano@ordineavvocatiroma.org	e
	angelo.piazza@legalmail.it , nonché presso il numero di fax	
	06/56563579	
	[APPELLANTE INCIDENTALE]	
	LECCESE Archimede , nato a Massa il 27/8/1956, rappresentato e	
	difeso dagli Avv.ti Michele Lioi e Cristiano Cuomo con domicilio	
	fisico eletto presso lo studio del primo in Roma, viale Bruno Buozzi,	
	n. 32, e con domicilio telematico presso gli indirizzi PEC:	
	michelerosariolucalioi@ordineavvocatiroma.org	e
	studiolegalecuomo@pec.it	
	[APPELLANTE INCIDENTALE]	
	<u>nei confronti di:</u>	
	• PROCURA GENERALE presso la Corte dei conti, in persona del	
	Procuratore generale <i>pro-tempore</i> ;	
	• PROCURA REGIONALE presso la Sezione giurisdizionale	
	regionale per la Basilicata della Corte dei conti, in persona del	
	Procuratore regionale <i>pro-tempore</i> ;	
	• CLINICA LUCCIONI s.p.a., in persona del liquidatore giudiziale;	
	• REGIONE BASILICATA, in persona del l.r.p.t.	
	VISTI gli atti d'appello.	
	2	

	SENT. 302/2024	
	VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.	
	UDITI , nella pubblica udienza del 10 ottobre 2024, svolta con l’assistenza del	
	segretario Dott. Giovanni Luca Triolo, il relatore, Cons. Roberto Rizzi, l’Avv.	
	Antonio D’Urso, in rappresentanza dell’appellante principale MORLINO,	
	l’Avv. Michele Lioi, in rappresentanza dell’appellante incidentale LECCESE,	
	l’Avv. Gennaro Terracciano, in rappresentanza dell’appellante incidentale DI	
	MARZO e il Pubblico Ministero, nella persona del V.P.G. Fabrizio Cerioni.	
	FATTO	
	Con sentenza n. 61/2021, depositata il 2/11/2021 e notificata il 4/11/2021, la	
	Sezione giurisdizionale regionale della Basilicata, in parziale accoglimento	
	della domanda dell’Organo requirente, condannava la Clinica LUCCIONI	
	S.p.A. e il suo amministratore e legale rappresentante all’epoca dei fatti, DI	
	MARZO Walter, per dolo e in solido tra loro, al risarcimento in favore della	
	Regione Basilicata della somma di € 7.327.392,54, da maggiorare della	
	rivalutazione monetaria e interessi, nonché MORLINO Leonardo e LECCESE	
	Archimede, dirigenti medici della ASP di Potenza, operanti presso l’unità	
	deputata a svolgere i controlli sulle strutture private accreditate, che si erano	
	succeduti nell’attività di verifica della regolarità della tariffazione delle	
	prestazioni effettuate dall’indicata struttura sanitaria (il primo dal 1/1/2014 al	
	28/2/2015 e il secondo dal 1/3/2015 al 13/7/2016), entrambi per colpa grave,	
	in via sussidiaria, al risarcimento, rispettivamente, di € 2.775.356,21 e di €	
	958.669,36, importi comprensivi di rivalutazione monetaria e interessi.	
	Più in dettaglio, all’esito delle verifiche straordinarie condotte su tutte le	
	cartelle cliniche relative al triennio 2014/2016 (n.7.621), era emerso un	
	sistema di irregolarità e incongruenze tra l’intervento descritto come	
	3	

	SENT. 302/2024	
	“effettivamente eseguito” e codificato nella SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e l’attribuzione del codice DRG (Diagnosis Related Groups)	
	utilizzato per quantificare il rimborso, essendo stati riscontrati casi di	
	inappropriata codificazione di ricovero ospedaliero a fronte di prestazioni	
	eseguite in regime ambulatoriale, ovvero casi di codificazione di interventi	
	mai eseguiti o di procedure attivate per complicazioni non realmente	
	verificatesi, ovvero, e in misura prossima alla sistematicità, casi di erronea	
	codifica di infiltrazione di PRP (Plasma arricchito) “ricodificato” alla stregua	
	di inverosimile intervento chirurgico.	
	In definitiva, era emerso che una significativa parte degli importi liquidati in	
	favore della struttura nel triennio (€ 7.327.392,54) non era congruente con il	
	costo dei DRG ridefiniti secondo un parametro di effettività e coerenza clinica.	
	Il primo giudice, rigettate tutte le eccezioni preliminari e, segnatamente:	
	– le istanze di sospensione del processo in forza della contemporanea	
	pendenza, per gli stessi fatti oggetto del giudizio di responsabilità	
	amministrativa, di contenziosi in sede civile, amministrativa e penale;	
	– le eccezioni di nullità dell’atto di citazione per asserita violazione degli	
	artt. 55, 67 e 87 c.g.c., derivante dalla ritenuta genericità degli addebiti	
	contestati, dalla mancata rinnovazione dell’invito a dedurre alla luce	
	delle risultanze del supplemento istruttorio disposto dal Pubblico	
	ministero a seguito della richiesta e ottenuta proroga del termine per	
	l’emanazione dell’atto di citazione, e dall’omesso accertamento delle	
	circostanze e dei fatti a favore della persona ritenuta responsabile, sì	
	da compromettere il regolare dispiegamento dell’attività difensiva;	
	– l’eccezione di parziale prescrizione	
	4	

	SENT. 302/2024	
	nel merito, reputava che la Clinica avesse, nel triennio considerato,	
	sistematicamente optato per una politica aziendale tesa a massimizzare il	
	profitto, mediante opportunistiche e spesso irrealistiche codificazioni nelle	
	SDO delle prestazioni sanitarie rese, in grado di dar luogo a classificazioni	
	alterate nel DRG e, conseguentemente, tali da permettere erogazioni di	
	rimborsi di consistenza superiore al dovuto.	
	Lo scostamento tra il dovuto e l'erogato si assumeva integrasse danno per la	
	Regione (pari, complessivamente, a € 7.327.392,54).	
	Il pertinente obbligo risarcitorio era posto solidalmente a carico della Clinica	
	che aveva fruito dei rimborsi indebiti e del suo amministratore e legale	
	rappresentante dell'epoca <i>«in forza del rilievo istituzionale ed operativo</i>	
	<i>discendente dalla titolarità di compiti e poteri di indirizzo amministrativi e</i>	
	<i>gestionali idonei ad elidere “lo schermo societario”».</i>	
	Inoltre, ritenendo che quella “scelta aziendale” avesse trovato <i>«agevole</i>	
	<i>sponda nella sgranata ed imperfetta rete di controllo pubblico, ancora una</i>	
	<i>volta scontante difetti di diligenza personale e di incompetenza, ma anche</i>	
	<i>falle di sistema endemiche»</i> , riconosceva la concorrente responsabilità	
	amministrativa dei due esponenti della ASP di Potenza che, ciascuno nel	
	periodo di investitura, non avevano effettuato efficaci controlli di congruità,	
	raffrontando le SDO mensilmente trasmesse con le pertinenti cartelle cliniche	
	custodite presso la Clinica.	
	Il danno loro imputabile, corrispondente a quello oggetto di prospettazione	
	subordinata da parte della Procura agente, era comunque dal primo giudice	
	ridotto del 50% per valorizzare <i>«il non assicurato apporto di adeguati ausili</i>	
	<i>professionali e tecnologici o informatici».</i>	
	5	

	SENT. 302/2024	
	Avverso tale decisione tutti i condannati, a eccezione della Clinica,	
	interponevano separati appelli.	
	Con appello principale, il MORLINO reputava sussistere numerosi errori, sia	
	di natura procedurale (errores in procedendo) che valutativi (errores in	
	judicando).	
	Quanto ai primi deduceva:	
	– la violazione dell’art. 96, co. 1, c.g.c.: tardività del deposito della	
	"memoria" da parte del P.M. contabile, operato (4/10/2021) oltre il	
	termine di dieci giorni prima dell’udienza del 12/10/2021;	
	– la violazione e falsa applicazione degli artt. 101, comma 2, e art. 106,	
	comma 1, c.g.c. in conseguenza del rigetto della richiesta di	
	sospensione del processo, giustificata dalla pendenza della causa civile	
	dinanzi al Tribunale di Potenza asseritamente avente carattere	
	pregiudiziale, siccome riguardante la quantificazione del credito della	
	ASP nei confronti della Clinica;	
	– la violazione dell’art. 67, comma 7, e art. 55, comma 1, c.g.c. in	
	conseguenza della integrazione investigativa postuma, effettuata dopo	
	la notifica dell’invito a dedurre e non giustificata da ulteriori elementi	
	di fatto emersi a seguito delle controdeduzioni.	
	Con riferimento alle doglianze riguardanti il prodotto valutativo del primo	
	giudice, l’appellante principale:	
	– contestava il rigetto dell’eccezione di prescrizione, formulata con	
	riferimento alla pretesa riferibile al segmento temporale dal 1/1/2014	
	al 5/6/2014 assumendo che, venendo in rilievo – nei suoi confronti –	
	un addebito meramente colposo, la conoscibilità obiettiva del fatto	
	6	

dannoso non potesse essere ricondotta alla trasmissione delle

Relazioni delle Commissioni incaricate della verifica straordinaria

sulle cartelle cliniche (pertanto, l'importo del danno al medesimo

addebitabile avrebbe dovuto essere pari ad € 1.203.721,65, da ridurre

del 50% come disposto nella sentenza di primo grado);

– si doleva della violazione dell'art. 1 della l. 20/1994, dell'art. 2697

c.c. nonché della motivazione erronea e contraddittoria: a opinione

dell'appellante l'ASP era onerata di svolgere il "controllo di

appropriatezza organizzativa" ma non anche quello "di congruità", per

compiere il quale, peraltro, sarebbero stati necessari competenze e

strumenti tecnici, invece, insussistenti;

– denunciava la violazione e falsa applicazione dell'art. 83, comma 2,

c.g.c. chiedendo la sospensione del giudizio fino alla definizione della

questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Sezione

giurisdizionale regionale della Campania con ordinanza 158 del

17/2/202;

– deduceva l'insussistenza di un danno predicabile come certo, concreto

ed effettivo, essendo pendente una controversia innanzi al giudice

civile per definire i rapporti di dare–avere tra ASP e Clinica;

– reputava errata la quantificazione del danno oggetto di azione, atteso

che in parte era da ritenere prescritto e in parte non teneva conto dei

rimborsi ottenuti dalla Regione Basilicata per la mobilità attiva;

– sosteneva la carenza di colpa grave (considerato che: era rimasto

estraneo sia al giudizio penale che al procedimento disciplinare sulla

vicenda delle 115 cartelle cliniche contraffatte; era stato il primo a far

	SENT. 302/2024	
	emergere l’esigenza di rafforzare il sistema dei controlli; aveva svolto	
	con diligenza, zelo e competenza l’attività di controllo; si era trovato	
	a gestire da solo la struttura che peraltro per oltre un ventennio aveva	
	seguito metodologie di controllo identiche a quella da lui applicate; il	
	personale assegnato all’UOC “Assistenza primaria” era insufficiente e	
	non in grado di svolgere i numerosi e gravosi impegni istituzionali;	
	– auspicava un maggiore utilizzo del potere riduttivo (già impiegato dal	
	primo giudice con l’abbattimento dell’addebito del 50%).	
	Concludeva articolando le seguenti conclusioni:	
	«1) Assolvere il dott. Leonardo Morlino da ogni addebito per la carenza	
	di "colpa grave, sussidiaria", ed anche tenuto conto della correttezza e	
	legittimità di comportamento dello stesso nell'espletamento delle funzioni	
	assegnate;	
	2) Dichiarare la prescrizione della domanda attrice dall'1/01/2014 al	
	5/06/2014, dato che all'appellante è contestata solo la "colpa grave	
	sussidiaria";	
	3) Quantificare in misura esatta il danno contestato, tenendo conto sia	
	delle somme prescritte (1/01/2014-5/06/2014), sia delle somme già incassate	
	dalla Regione Basilicata dall'1/01/2014 al 5/06/2014, per "mobilità attiva"	
	ossia per "compensazione" per ricoveri di cittadini provenienti da "fuori	
	Regione";	
	4) Disporre, in via graduata, comunque la riduzione del danno erariale,	
	ex art. 83, co. 2, del d.lgs. n. 174/2016;	
	5) Richiedere l'utilizzo del "potere riduttivo" in misura ben maggiore	
	rispetto a quanto già stabilito in sentenza dal primo giudice per le plurime	
	8	

	SENT. 302/2024	
	<i>ragioni ampiamente esplicate in precedenza;</i>	
	6) <i>Disporre la sospensione del presente giudizio, sia in attesa della sentenza relativa alla causa civile (R.G. n. 554/18) in corso presso il Tribunale di Potenza, sia in attesa dell'esito della sentenza della Corte Costituzionale sulla eccepita incostituzionalità dell'art. 83, co. 2, del d.lgs. n. 174/2016 ad iniziativa della Sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per la Campania;</i>	
	7) <i>Liquidare le competenze professionali spettanti, per il doppio grado di giudizio, per onorario, spese generali (15%), IVA (22%), CPA (4%), secondo il D.M. n. 55/2014 e s.m.i., in favore dei sottoscritti avvocati, dichiaratisi antistatari».</i>	
	Avverso la sentenza proponeva appello incidentale LECCESE Archimede, ritenendola «fondata su una ricostruzione, sia di fatto che normativa, gravemente lacunosa».	
	In via preliminare, formulava istanza di sospensione del processo, in ragione della contemporanea esistenza, per gli stessi fatti oggetto dell'odierno giudizio, di contenziosi pendenti in sede civile (giudizi di opposizione a D.I. relativi a pagamenti di corrispettivi per prestazioni rese dalla Clinica negli anni 2014, 2015 e 2016) e penale (processo pendente a carico del dott. DI MARZO e altri dipendenti della Clinica privata).	
	Articolava, poi, i seguenti motivi di gravame:	
	– nullità della citazione derivante dalla omessa rinnovazione dell'invito a dedurre a seguito delle indagini suppletive;	
	– inammissibilità della citazione per genericità, derivante dal fatto che la contestazione era stata avanzata dalla Procura facendo riferimento,	
	9	

	SENT. 302/2024	
	<i>per relationem</i> , ai risultati di accertamenti svolti dalla GdF e da una	
	commissione regionale, senza però, specificare quegli elementi di	
	conoscenza indispensabili per comprendere esattamente l’addebito,	
	anche nella sua precisa consistenza quantitativa;	
	– insussistenza del danno erariale e assenza di nesso causale	
	(specificando anche che il periodo in cui aveva effettivamente	
	esercitato i controlli non era iniziato nel marzo 2015 ma nel novembre	
	2015 e il primo atto di controllo l’aveva eseguito nel febbraio 2016);	
	– assenza dell’elemento soggettivo della colpa grave in ragione, fra	
	l’altro, della coerenza dei controlli con la prassi all’epoca seguita, della	
	complessità e nebulosità dei criteri classificatori nonché delle	
	competenze possedute (il LECCESE era cardiocirurgo mentre le	
	cartelle contestate riguardavano prestazioni di carattere ortopedico o	
	urologico).	
	Concludeva chiedendo di:	
	<i>«respingere la domanda formulata in prime cure dalla procura regionale</i>	
	<i>presso la Corte dei conti per la Basilicata, siccome infondata in fatto e in</i>	
	<i>diritto e, comunque, sfornita di prova;</i>	
	<i>assolvere il sig. Archimede Leccese dalle domande formulate nei suoi</i>	
	<i>confronti;</i>	
	<i>in via graduata e subordinata e per la denegata ipotesi in cui codesta Corte</i>	
	<i>dovesse ritenere la sussistenza di una danno erariale risarcibile imputabile</i>	
	<i>all’appellante, si chiede di riformare la sentenza riducendone l’importo e</i>	
	<i>determinando la misura del danno risarcibile, considerando l’apporto</i>	
	<i>causale degli altri soggetti coinvolti nel procedimento, con ulteriore</i>	
	10	

	SENT. 302/2024	
	<i>applicazione del potere riduttivo sulla somma così determinata, anche in via equitativa».</i>	
	La sentenza veniva impugnata in via incidentale anche da DI MARZO.	
	Preliminarmente, riteneva illogica, erronea e contraddittoria la parte della motivazione con la quale era stata disattesa la richiesta di sospensione del giudizio in attesa della definizione dei contenziosi pendenti in sede civile, amministrativa e anche penale.	
	Riproponeva inoltre l'eccezione di nullità dell'atto di citazione sia perché conseguente a un invito a dedurre avente un contenuto non rispondente a quanto imperativamente richiesto dall'art. 67 c.g.c., sia per non aver tenuto conto degli ulteriori elementi di conoscenza acquisiti a seguito delle controdeduzioni, come invece imposto dall'art. 87 c.g.c., sia per la mancata riedizione dell'invito dopo l'attività istruttoria integrativa.	
	Nel merito, si doleva della mancanza di una verifica sulla sussistenza del contestato danno, rilevando che il primo giudice si era limitato a recepire acriticamente quanto rappresentato nell'atto di citazione e non aveva motivato in ordine alle ragioni di infondatezza delle ampie controdeduzioni svolte.	
	Contestava, poi, l'affermata responsabilità solidale del legale rappresentante della Clinica, reputando sussistere un difetto assoluto di motivazione sul punto, per via della mancata specificazione tanto della condotta che dell'apporto causale riferibile all'esponente aziendale, nonché per l'assenza di elementi su cui fondare l'imputazione della responsabilità a titolo di dolo.	
	Ancora, affermava l'insussistenza del danno siccome sovracompensato dagli incassi delle somme dovute per la mobilità attiva riferibile alle prestazioni eseguite dalla Clinica a beneficio di pazienti residenti fuori dalla Basilicata.	
	11	

	SENT. 302/2024	
	Infine, si doleva dell'incongrua ripartizione del danno di cui, comunque,	
	auspicava una riduzione in ragione dell'esercizio del potere riduttivo.	
	Concludeva chiedendo:	
	1) <i>in via preliminare, disporre la sospensione del presente giudizio fino</i>	
	<i>alla definizione del procedimento penale in corso avente n. 5844/2016</i>	
	<i>R.G.N.R. pendente dinanzi al Tribunale di Potenza, Collegio B; nonché</i>	
	<i>sospendere il presente giudizio e/o rinviarne la trattazione all'esito dei giudizi</i>	
	<i>civili pendenti tra la Clinica Luccioni e l'ASP come richiamati nella parte in</i>	
	<i>fatto e dei giudizi pendenti dinanzi al T.A.R. Potenza aventi ad oggetto</i>	
	<i>l'impugnazione delle delibere ASP di contestazione del credito;</i>	
	2) <i>sempre in via preliminare, dichiarare la nullità dell'atto di citazione</i>	
	<i>per quanto dedotto, eccepito ed argomentato;</i>	
	<i>Nel merito</i>	
	3) <i>in via principale, respingere la domanda attorea svolta nei confronti</i>	
	<i>del Dott. Walter Di Marzo, in quanto infondata in fatto ed in diritto e,</i>	
	<i>comunque, non provata, per i motivi tutti di cui in narrativa, assolvendolo,</i>	
	<i>per l'effetto, da ogni contestazione di danno erariale;</i>	
	4) <i>in subordine, escludere il risarcimento del danno per assenza di danno</i>	
	<i>erariale e/o assoluta carenza di prove. In via di ulteriore subordine, in</i>	
	<i>applicazione della compensatio lucri cum damno, rigettare la domanda</i>	
	<i>attorea e/o rideterminare l'importo della condanna tenendo conto del</i>	
	<i>vantaggio comunque ottenuto dalla P.A. per quanto dedotto e documentato;</i>	
	<i>in ogni caso, ridurne l'entità per le ragioni espresse e per il minor grado di</i>	
	<i>responsabilità attribuibile al Dott. Walter Di Marzo.</i>	
	<i>Il tutto con vittoria di spese e compensi di lite, oltre oneri contributivi e fiscali</i>	
	12	

come per legge, da attribuirsi ai sottoscritti procuratori antistatari”.

In via istruttoria si chiede, ex art. 210 c.pc., l’acquisizione d’ufficio della documentazione detenuta dall’ASP e dalla Regione Basilicata e riferita al rimborso delle prestazioni erogate dalla Clinica Luccioni in favore di residenti in altre Regioni e, comunque, relativa ai rimborsi dovuti per le annualità 2014, 2015 e 2016, nonché di tutta la documentazione comunque inerente il complessivo rapporto di dare-avere tra la Clinica Luccioni S.p.A. e l’ASP detenuta dall’Azienda Sanitaria di Potenza.

Si chiede, inoltre, in ragione della notevole complessità tecnica degli argomenti addotti a sostegno della tesi accusatoria del Procuratore contabile, di voler disporre una Consulenza Tecnica d’Ufficio con ogni più ampia riserva di legge, ivi compresa la nomina di un proprio Consulente di parte che assista alle operazioni peritali e che svolga tutte le attività di legge».

Con note difensive depositate in data 11/1/2023, il MORLINO ribadiva le ragioni del gravame.

Con conclusioni rassegnate in data 27/1/2023, la Procura generale, dopo aver diffusamente argomentato l’infondatezza dei motivi di gravame formulati dagli appellanti chiedeva, previa riunione delle impugnazioni, il rigetto delle stesse. In via istruttoria, rimetteva al giudicante la valutazione circa l’utilità di una «consulenza tecnica d’ufficio, in relazione a quanto rappresentato nella perizia tecnica di parte, sottoscritta dal dott. Ferappi», le cui conclusioni, comunque, erano avversate.

Con memoria depositata in data 30/1/2023, l’appellante incidentale LECCESE specificava le ragioni dell’asserita infondatezza della ricostruzione del danno nonché dell’affermata insussistenza della colpa grave, e operava

	SENT. 302/2024	
	una produzione documentale (copia di una nota del 3/2/2015).	
	Con memoria depositata in data 7/3/2023 il DI MARZO replicava alle	
	conclusioni della Procura generale, insistendo per l'accoglimento delle	
	conclusioni già rassegnate. Accludeva alla memoria taluni documenti.	
	All'udienza del 9/2/2023 il Collegio, constatata la mancata notifica	
	dell'appello principale del MORLINO e dell'appello incidentale del	
	LECCESE a tutte le parti del giudizio di primo grado (risultando notificati	
	solo alla Procura generale e alla Procura regionale), ritenendo che simili	
	modalità di promozione delle due impugnazioni potessero dar luogo a una	
	compromissione del contraddittorio, rinviava la trattazione all'udienza del	
	23/11/2023 e onerava i difensori dell'appellante principale MORLINO e	
	dell'appellante incidentale LECCESE di notificare i rispettivi atti di	
	impugnazione alle parti del primo grado del giudizio non attinte da	
	adempimenti partecipativi autonomamente intrapresi.	
	Con memoria depositata in data 2/11/2023, l'appellante indentale DI MARZO	
	depositava ulteriore memoria con la quale:	
	– ribadiva che i controlli eseguiti dai medici controllori ASP erano di	
	congruità e di appropriatezza e che, per gli anni oggetto di	
	contestazione, non erano stati eseguiti a campione, bensì sul 100%	
	delle prestazioni erogate dalla clinica:	
	– per l'anno 2015, tutte le prestazioni erogate dalla CLINICA furono	
	controllate ben tre volte, fu acclarata la congruità del fatturato con	
	l'erogato e furono rilevati marginali casi d'inappropriatezza per €	
	410.485,00, corrispondenti a meno del 4% del fatturato complessivo	
	realizzato dalla Clinica;	
	14	

	SENT. 302/2024	
	– quest’ultima vanta, nei confronti della ASP crediti superiori	
	all’importo del danno (€ 9.933.667,09: di cui € 954.549,00	
	giudizialmente accertati in via definitiva con la sentenza n. 645/2017	
	del Tar Basilicata; € 4.200.000,00, riferiti a prestazioni di PRP, per le	
	quali: i) non sussisteva una codifica unica su tutto il territorio	
	nazionale; ii) non sussistevano Linee Guida della Regione Basilicata;	
	iii) la CLINICA LUCCIONI aveva sempre codificato allo stesso modo	
	degli ospedali lucani, due dei quali addirittura gestiti, all’epoca dei	
	fatti, direttamente dalla stessa ASP; l’importo di € 2.974.281,68 era	
	relativo alle prestazioni extra regionali del 2016 che, sebbene	
	“rimborsato” dalle Regioni di provenienza dei pazienti , non era stato	
	corrisposto alla Clinica; l’importo € 1.804.836,41 era relativo ai	
	ricoveri medici).	
	All’udienza del 23/11/2023 il Collegio, constatato che, in data 16/2/2023, la	
	CLINICA LUCCIONI era stata posta in liquidazione giudiziale, concedeva	
	termine per consentire la notifica, da parte del DI MARZO (avendo gli altri	
	appellanti già in precedenza autonomamente provveduto), nei confronti del	
	liquidatore giudiziale.	
	All’udienza del 23/5/2024, la trattazione veniva ulteriormente differita al	
	10/10/2024, su istanza della Procura, considerato che in data 21/5/2024 la	
	stessa aveva chiesto il sequestro conservativo nei confronti del DI MARZO e	
	l’udienza di trattazione innanzi al giudice designato per la conferma, modifica	
	o revoca del provvedimento presidenziale che aveva autorizzato (decreto n.	
	4/2024 del 16/5/2024) era fissata per il giorno 20/6/2024.	
	Con ordinanza n. 13/2024 del 25/6/2024, il giudice designato confermava il	
	15	

	SENT. 302/2024	
	decreto n. 4/2024.	
	In data 5/9/2024, il LECCESE depositava numerosi documenti, taluni relativi	
	ai rapporti ASP – CLINICA LUCCIONI, altri relativi alle attività di controllo,	
	senza però articolare alcuna deduzione difensiva.	
	Con memoria depositata in data 18/9/2024 il Di MARZO argomentava	
	ulteriormente le doglianze e, in particolare, sottolineava la rilevanza per il	
	presente giudizio sia della sentenza del Tribunale di Potenza, passata in	
	giudicato, n. 1093/2022, con la quale il DI MARZO è stato assolto per non	
	aver commesso il fatto imputatogli, sia della adottanda pronuncia sul giudizio	
	penale n.r.g. 5844/2018.	
	In data 9/10/2024 la difesa del DI MARZO depositava copia della sentenza n.	
	979/2024 del Tribunale Ordinario di Potenza, resa nel giudizio di opposizione	
	a decreto ingiuntivo promosso dall’Azienda Sanitaria Locale Potenza contro	
	la CLINICA LUCCIONI S.p.A.	
	All’udienza del 10/10/2024 i difensori degli appellanti e il rappresentante della	
	Procura generale, parte appellata, enunciavano le rispettive conclusioni,	
	svolgendone i motivi.	
	La causa veniva, quindi, posta in decisione.	
	DIRITTO	
	<i>1.Riunione degli appelli</i>	
	In via pregiudiziale, va disposta, ai sensi dell'art. 184, comma 1, c.g.c., la	
	riunione degli appelli, trattandosi di impugnazioni promosse separatamente	
	contro la medesima sentenza.	
	<i>2. Sospensione del processo</i>	
	Tutti gli appellanti hanno contestato il mancato accoglimento, da parte del	
	16	

primo giudice, dell'istanza di sospensione del processo formulata, ai sensi dell'art. 106 c.g.c., sul presupposto che i contenziosi pendenti innanzi a diversi plessi giudiziari (civile, penale e amministrativo) fossero rilevanti ai fini della definizione del giudizio di responsabilità amministrativa, vertendo su profili destinati a riverberarsi sulle contestate responsabilità.

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

Non si ravvisa, nelle rappresentate deduzioni difensive, la sussistenza di una pregiudizialità penale il cui accertamento si riveli indispensabile per la definizione del processo amministrativo contabile, essendo le contestazioni in quella sede mosse non riferibili alla specifica ipotesi accusatoria quivi vagliata, essendo l'oggetto del comportamento da valutarsi in questa sede quello costituito da una “politica gestionale” frutto di plurimi comportamenti confluenti verso una precisa scelta aziendale, e non - come invece sostenuto dalle difese - quello identificabile in singoli atti e/o deliberati integranti ipotesi di reato tipizzate; non si apprezza, inoltre, la potenziale interferenza degli effetti discendenti dall'esito del giudizio amministrativo pendente con

	SENT. 302/2024	
	<i>l'accertamento delle responsabilità correlate a comportamenti ritenuti lesivi</i>	
	<i>della integrità delle ragioni erariali; né, infine, si rinviene rapporto di</i>	
	<i>pregiudizialità necessaria tra le statuizioni da rendersi in sede civile (e volte</i>	
	<i>alla definizione dei rapporti obbligatori in essere tra la Clinica e l'ASP) e</i>	
	<i>l'accertamento del danno finanziario pubblico, essendo le potenziali identiche</i>	
	<i>condanne derivanti dalle diverse sedi giudiziarie risolvibili nella fase</i>	
	<i>esecutiva dei rispettivi giudicati».</i>	
	Tale conclusione deve essere confermata.	
	Invero, a norma dell'art. 106, comma 1, c.g.c. <i>«Il giudice ordina la</i>	
	<i>sospensione del processo quando la previa definizione di altra controversia,</i>	
	<i>pendente davanti a sé o ad altro giudice, costituisca, per il suo carattere</i>	
	<i>pregiudiziale, il necessario antecedente dal quale dipenda la decisione della</i>	
	<i>causa pregiudicata ed il cui accertamento sia richiesto con efficacia di</i>	
	<i>giudicato».</i>	
	Detta previsione immunizza il processo erariale dall'applicazione dell'art. 295	
	c.p.c., disposizione pacificamente applicabile, in forza del rinvio contenuto	
	nell'art. 26 del R.D. n. 1038 del 13.8.1933, ai giudizi innanzi alla Corte dei	
	conti, fino all'entrata in vigore del nuovo codice.	
	La nuova disposizione normativa replica il contenuto precettivo dell'art. 295	
	c.p.c., peraltro aggiungendo che, ai fini della sospensione del giudizio, la	
	previa definizione di altra controversia pendente davanti a sé o ad altro giudice	
	costituisce, per il suo carattere pregiudiziale, il necessario antecedente dal	
	quale dipenda la decisione della causa pregiudicata «ed il cui accertamento sia	
	richiesto con efficacia di giudicato».	
	Condizione per far luogo alla sospensione, pertanto, è la sussistenza di un	
	18	

rapporto di pregiudizialità tra due processi, in dipendenza del quale la definizione della controversia pregiudicata è subordinata alla previa definizione di quella pregiudicante e il cui accertamento sia richiesto con efficacia di giudicato, sicché la decisione di quest'ultima è destinata a riverberarsi, in modo automatico e pervasivo, sull'altra.

Secondo l'ormai consolidata giurisprudenza della Corte di cassazione, formatasi sull'art. 295 c.p.c. (tra le tante, ord. n. 17235 del 29/07/2014; ord. n. 16844 del 03/10/2012; ord. n. 25272 del 14/12/2010), ma certamente utile parametro di interpretazione dell'art. 106 del c.g.c., nel prevedere la sospensione necessaria del giudizio quando la decisione "dipenda" dalla definizione di altra causa, la norma allude a un vincolo di stretta ed effettiva consequenzialità fra due emanande statuizioni e, quindi, coerentemente con l'obiettivo di evitare un conflitto di giudicati, non a un mero collegamento fra diverse statuizioni per l'esistenza di una coincidenza o analogia di riscontri fattuali o di quesiti di diritto da risolvere per la loro adozione, ma a un collegamento per cui l'altro giudizio (civile, penale o amministrativo) deve, fra l'altro, investire un indispensabile antecedente logico-giuridico, la soluzione del quale pregiudichi in tutto o in parte l'esito della causa da sospendere.

Quindi, la sospensione non si limita a incidere sullo svolgimento del processo, ma ne orienta la definizione di merito, ponendolo in uno stato di quiescenza, funzionale al recepimento di decisioni assunte in altra sede.

Le SS.RR. di questa Corte hanno ripetutamente sottolineato (tra le tante, cfr. ord. 13/2019, 12/2019, 11/2018, 8/2018 e 4/2018) l'insufficienza di un mero collegamento fra due giudizi, ovvero ragioni di opportunità, al fine della

	SENT. 302/2024	
	sospensione del processo, essendo necessario, come detto, un vero e proprio	
	vincolo di consequenzialità, sicché uno dei due giudizi, oltre a coinvolgere le	
	stesse parti, deve investire un indispensabile antecedente logico-giuridico, la	
	cui soluzione pregiudichi, in tutto in parte, l’esito del processo da sospendere,	
	in modo da evitare un possibile contrasto di giudicati.	
	Le controversie alle quali gli appellanti annettono carattere pregiudicante non	
	sempre sono puntualmente identificate ma vengono, talvolta, solo	
	tipologicamente evocate in base al plesso giudiziario presso cui sono	
	incardinate.	
	Già tale constatazione sarebbe da sola sufficiente a neutralizzare la possibilità	
	di sospendere il giudizio, essendo in radice compromessa, laddove non	
	risultino specificati gli elementi di individuazione della controversia, la	
	valutazione dell’indispensabile requisito della pregiudizialità.	
	In ogni caso, anche a voler trascurare tale aspetto, gli elementi di giudizio	
	disponibili inducono a escludere che quei contenziosi abbiano un effetto	
	pregiudicante sul giudizio di responsabilità.	
	Per ciò che attiene alle controversie pendenti in sede civile, esse riguardano	
	giudizi monitori promossi dalla CLINICA e poi proseguiti dal cessionario dei	
	crediti della procedura concorsuale, sull’assunto della sopravvenuta capienza	
	dei tetti di spesa settoriale, originariamente di consistenza insufficiente per	
	permettere i pagamenti.	
	Occorre considerare che, in questa sede, è oggetto di valutazione la ritenuta	
	non spettanza di pagamenti per prestazioni sanitarie rese in regime di	
	convenzione. Rispetto a tale oggetto, le dinamiche dei tetti di spesa e la	
	conseguente influenza delle stesse sui rapporti tra la CLINICA e il SSR sono	
	20	

	SENT. 302/2024	
	del tutto irrilevanti, riguardando l’ultimo segmento del rapporto, laddove nel	
	presente giudizio viene in rilievo il primo segmento di quel rapporto.	
	Al più, potrebbero ravvisarsi significative refluenze dell’esito del giudizio di	
	responsabilità amministrativa sui giudizi civili, ma certamente, non l’inverso.	
	Per ciò che attiene ai giudizi pendenti innanzi al giudice amministrativo, le	
	poche informazioni veicolate evidenziano che i profili controversi (ammesso	
	che all’attualità siano ancora in corso i contenziosi) riguardano la	
	prosecuzione del rapporto di convenzione e l’operatività delle modifiche	
	peggiorative dei tetti di spesa operate in corso d’esercizio.	
	Sennonché, il presente giudizio è impermeabile agli esiti dei processi nei quali	
	tali aspetti sono controversi, considerato che in questa sede vengono in rilievo	
	condotte poste in essere in un periodo nel quale fisiologicamente operava il	
	regime convenzionale e per nulla influenzate dalle dinamiche dei tetti della	
	spesa sanitaria.	
	Infine, per i processi penali difetta macroscopicamente ogni relazione con il	
	presente giudizio.	
	In proposito occorre considerare che i giudizi penali attengono a condotte	
	riferibili a 115 cartelle cliniche contraffatte che, pur riferendosi a prestazioni	
	rese nel periodo preso in considerazione nell’azione di responsabilità	
	amministrativa, non sono state attinte da alcuna contestazione di danno	
	erariale. Infatti, come chiarito dal primo giudice, all’esito di un mirato	
	approfondimento istruttorio è stato appurato che le prestazioni delle 115	
	cartelle attenzionate in sede penale non sono state fatturate e, dunque, mai	
	liquidate. Con la conseguenza che le stesse non hanno assunto rilievo nel	
	giudizio contabile.	
	21	

A ciò consegue che la pur ampiamente valorizzata (da parte della difesa del DI MARZO, in particolare, con la memoria depositata in data 19/9/2024) assoluzione ex art. 530 cpv c.p.p. per non aver commesso il fatto, di cui alla sentenza irrevocabile del Tribunale di Potenza n. 1093/2022, è destinata a rimanere ininfluyente nel presente giudizio: nonostante detta pronuncia risponda al paradigma delineato dall'art. 652 c.p.p., il «fatto» su cui si irradiano, ai sensi dell'art. 652 c.p.p., gli effetti condizionanti del giudicato penale è del tutto diverso dal «fatto» oggetto del giudizio di responsabilità, non investendo quest'ultimo le cartelle cliniche che hanno dato luogo al processo penale.

Infine, non può nemmeno farsi luogo alla sospensione, come richiesto dal MORLINO (cfr. lett. G) dell'appello: pagg. 30 e seg.) fino alla definizione della questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Sezione giurisdizionale regionale della Campania con ordinanza 158 del 17/2/2021, riguardante l'art. 83, comma 2, c.g.c. Tale questione, infatti, nelle more della celebrazione del presente giudizio, è stata già decisa dalla Corte costituzionale con sentenza 203/2022 del 28/7/2022.

3. Questioni di rito

3.1 Asserita violazione dell'art. 96, comma. 1, c.g.c.

L'appellante MORLINO ha eccepito la tardività del deposito, nel giudizio di primo grado, della memoria che il Pubblico ministero ha versato in atti il 4/10/2021, oltre il termine di dieci giorni prima dell'udienza di trattazione del 12/10/2021.

Tale intempestivo adempimento, secondo la prospettazione dell'appellante, avrebbe generato la «invalidità dell'impugnata sentenza per violazione della

normativa gius-processualistica» e la sua constatazione dovrebbe condurre alla «*declaratoria “di non utilizzabilità”, ovvero di stralcio della memoria del P.M. contabile e del documento ad essa allegato, depositati entrambi oltre i termini di legge*».

L'eccezione è inammissibile ove si consideri che in occasione dell'udienza del 12/10/2021 il difensore del MORLINO non ha eccepito l'intempestività del deposito chiedendo un differimento della trattazione per una più informata difesa, ma si è limitato ad “associarsi” alla “osservazione” di un altro difensore che lo aveva preceduto nella discussione della causa, il quale aveva «*”sommessamente” rappresentato la intempestività della memoria depositata dalla Procura in prossimità della odierna udienza, specificando di non voler sollevare alcun formale problema al riguardo*».

Il non aver prontamente reagito alla reputata mancanza di solerzia dell'iniziativa della Procura, rende inammissibile la contestazione di quel fatto in sede di appello.

In ogni caso, anche a voler ritenere, attraverso una estremamente benevola valutazione, la doglianza ammissibile, la stessa sarebbe comunque infondata.

Al riguardo, assume rilievo la circostanza che, con l'ordinanza 4/2021 del 2/2/2021, il primo giudice, nel disporre incumbenti istruttori ha anche fissato «*l'udienza del 12 ottobre 2021, ore 10,30 per la prosecuzione del giudizio, senza ulteriore avviso alle parti*».

Nel far ciò non ha assegnato alle parti termini entro cui depositare atti e documenti.

Invero, per il processo che si celebra innanzi alla Corte dei conti non vi è una disciplina di carattere generale, analoga a quella contenuta nel codice del

processo amministrativo, riguardante le produzioni documentali in vista dell'udienza (art. 73: *“Le parti possono produrre documenti fino a quaranta giorni liberi prima dell'udienza, memorie fino a trenta giorni liberi e presentare repliche, ai nuovi documenti e alle nuove memorie depositate in vista dell'udienza, fino a venti giorni liberi”*), sulla quale, peraltro, si è sviluppato un rigoroso indirizzo giurisprudenziale che riconosce a detti termini connotazione perentoria, in quanto risultano espressione di un precetto di ordine pubblico processuale posto a presidio del contraddittorio e dell'ordinato lavoro del giudice, con la conseguenza che la loro violazione conduce alla inutilizzabilità processuale delle memorie e dei documenti presentati tardivamente, da considerarsi *tamquam non essent* (tra le tante, cfr. Cons. Stato sentt. 194/2019, 3477/2018, 1335/2015).

Nel processo contabile in materia di responsabilità amministrativa, la regolamentazione della tempistica delle produzioni documentali è rimessa alle determinazioni che il Presidente della sezione è chiamato ad assumere, nel rispetto di soglie di salvaguardia del diritto di difesa (*“assegna un termine non inferiore a ...”*) in occasione della fissazione dell'udienza (art. 88 c.g.c.).

Laddove il veicolo tipico con cui la regolamentazione avviene (ossia il decreto di fissazione dell'udienza) manchi, come nel caso in esame (dove, come detto, la fissazione dell'udienza di prosecuzione della trattazione del giudizio è avvenuta con la stessa ordinanza che disponeva incumbenti istruttori), non c'è una previsione suppletiva di carattere generale e, soprattutto, non c'è una sanzione del tipo di quella invocata dall'appellante (inutilizzabilità della produzione tardiva).

3.2 Nullità della citazione per omessa rinnovazione dell'invito a dedurre a

	SENT. 302/2024	
	<i>seguito di indagini suppletive</i>	
	Tutti gli appellanti hanno eccepito la nullità dell'atto di citazione in	
	conseguenza del fatto che, successivamente all'invito a dedurre, il Pubblico	
	ministero ha svolto ulteriori attività istruttorie i cui esiti non sono confluiti in	
	un nuovo (integrativo) invito a dedurre che avrebbe dovuto includere anche	
	elementi favorevoli alla posizione degli invitati di nuova emersione.	
	Da ciò l'asserita violazione degli artt. 55, comma 1, e 67, comma 7, c.g.c.	
	Le prospettate violazioni, incidenti sull'innesco dell'azione di responsabilità,	
	sono insussistenti.	
	La Corte costituzionale, in più occasioni, ha avuto modo di chiarire che	
	l'istituto dell'invito a dedurre attiene a una fase che precede quella destinata	
	all'accertamento delle responsabilità, suscettibile, alternativamente, di mettere	
	capo all'instaurazione del giudizio ovvero all'archiviazione (Sent. 415/1995,	
	163/1997, 513/2002).	
	Da tale impostazione non si discosta la pressoché unanime giurisprudenza di	
	questa Corte che ha individuato la funzione dell'invito a dedurre	
	essenzialmente nella preliminare contestazione di fatti specifici a un soggetto	
	già indagato, che viene così messo in grado di rappresentare tempestivamente	
	le sue ragioni all'organo inquirente, consentendo, al tempo stesso, a	
	quest'ultimo lo sviluppo di ulteriori indagini, in coerenza con l'arricchito	
	corredo di conoscenze.	
	Si tratta, dunque, di un atto che ha la finalità di incentivare l'acquisizione di	
	elementi di valutazione, se del caso anche di carattere esimente, in vista delle	
	conclusive determinazioni che l'Organo requirente è chiamato ad assumere.	
	Quindi, l'invito a dedurre - in quanto preordinato all'arricchimento degli	
	25	

	SENT. 302/2024	
	elementi di conoscenza utilizzabili dal Pubblico ministero per l'assunzione	
	delle determinazioni di competenza - attiene a una fase del procedimento	
	avente natura preprocessuale, sicché l'effettiva proposizione dell'azione di	
	responsabilità è del tutto eventuale e la conseguente assunzione della veste di	
	parte del convenuto è subordinata alla proposizione del relativo giudizio.	
	Da ciò deriva che è assolutamente fisiologico che gli elementi raccolti fino	
	all'emissione dell'invito a dedurre possano non coincidere, per difetto, con gli	
	elementi disponibili al momento dell'esercizio dell'azione: dopo la	
	contestazione dell'addebito, dando seguito a una esigenza di approfondimento	
	generata dalle deduzioni fornite dall'invitato (cfr. art. 67, comma 7, c.g.c.), il	
	Pubblico ministero è pienamente legittimato a proseguire nelle attività	
	istruttorie.	
	Anzi, in una prospettiva di maggiore valorizzazione della neutralità che	
	connota l'esercizio delle pubbliche funzioni - caratteristica che impone che le	
	iniziative intraprese dal PM siano sempre consone alla funzione esercitata e	
	che preclude la proposizione di azioni la cui fondatezza non sia stata	
	prudentemente vagliata - la prosecuzione dello sforzo istruttorio fino al	
	momento di emissione dell'atto di citazione appare doverosa quando	
	emergano fatti destinati a incidere significativamente sul promovendo	
	giudizio.	
	Nella vicenda in esame, l'esigenza di un affinamento del corredo di	
	conoscenze sviluppato nella fase istruttoria è emersa a seguito dell'intensa	
	attività difensiva svolta dagli allora invitati DI MARZO e MORLINO.	
	Tanto emerge dall'ordinanza n. 3/2019 del giudice designato, ai sensi dell'art.	
	68, comma 2, c.g.c., a seguito della formalizzazione dell'istanza di proroga	
	26	

	SENT. 302/2024	
	del termine per il deposito dell’atto di citazione.	
	In tale provvedimento, il giudice non ha mancato di sottolineare che <i>«le</i>	
	<i>ragioni addotte dalla Procura regionale a sostegno dell'istanza di proroga</i>	
	<i>del termine per l'eventuale emissione dell'atto di citazione in relazione alla</i>	
	<i>vertenza indicata in epigrafe, appaiono fondate, in quanto collegate</i>	
	<i>all'esigenza di accertare la sussistenza, rispetto alla situazione esistente</i>	
	<i>all'epoca dell'apertura della vertenza, di elementi determinanti e rilevanti</i>	
	<i>della fattispecie dannosa oggetto della vertenza in epigrafe e valutare quindi</i>	
	<i>la ricorrenza di tutte le circostanze ai fini della eventuale emissione dell'atto</i>	
	<i>di citazione nei confronti dei presunti responsabili del danno patrimoniale,</i>	
	<i>eventualmente configurabile in relazione alla vicenda considerata;</i>	
	<i>- che, sotto altro profilo, il prolungamento dell’istruttoria può rispondere,</i>	
	<i>altresì, ad un plausibile interesse degli stessi presunti responsabili allo</i>	
	<i>svolgimento di nuovi incombenti istruttori;</i>	
	<i>- che la proroga risponde, quindi, nel caso di specie, ad un apprezzabile</i>	
	<i>finalità di giustizia, anche a tutela degli stessi presunti responsabili».</i>	
	Le ulteriori indagini venivano espletate avvalendosi dell’ausilio della Guardia	
	di Finanza che, però, in prossimità della scadenza del termine prorogato,	
	rappresentava l’incompletezza del corredo documentale raccolto, per via delle	
	restrizioni dovute alla fase pandemica. Sicché veniva accordata un’ulteriore	
	proroga per completare le acquisizioni (che, peraltro, andava pressoché a	
	sovrapporsi al periodo di sospensione covid ex art. 85, comma 4, d.l. 18/2020).	
	Ebbene, in tale articolato contesto, non vi è stato un difettoso ricorso alle	
	prerogative istruttorie nella fase successiva alla notifica dell’invito a dedurre.	
	L’art. 67, comma 7, c.g.c., infatti, prevede, all’esito delle modifiche apportate	
	27	

	SENT. 302/2024	
	dal d.lgs. 114/2019, che <i>«Successivamente all' invito a dedurre, il pubblico ministero non può svolgere attività istruttorie, salva la necessità di compiere accertamenti sugli ulteriori elementi di fatto emersi a seguito delle controdeduzioni ovvero nel caso che ricorrano situazioni obiettivamente nuove rispetto alla fase istruttoria precedente, che non richiedono l'emissione di un nuovo invito a dedurre e salva la comunicazione dei nuovi elementi istruttori ai soggetti invitati».</i>	
	In piena aderenza a tale previsione:	
	- le difese svolte dagli invitati MORLINO e DI MARZO hanno innescato l’esigenza di ulteriori approfondimenti istruttori;	
	- gli elementi di conoscenza acquisiti dando corso a tale sopravvenuto bisogno non hanno richiesto l’emissione di un nuovo invito a dedurre, ponendosi i fatti rilevati in linea di continuità con la contestazione operata con l’invito a dedurre;	
	- tutti i nuovi elementi istruttori (ivi inclusi quelli che gli appellanti reputano a loro favorevoli) sono stati prontamente comunicati ai soggetti invitati.	
	In definitiva, l’articolata fase istruttoria che ha avuto luogo in epoca successiva all’invito a dedurre - peraltro svolta, in parte, nel difficoltoso contesto della pandemia - è stata realizzata nel rispetto della pertinente regola procedurale, salvaguardando pienamente le prerogative difensive degli incolpati e articolandosi in un leale esercizio dei poteri istruttori intestati all’organo requirente.	
	Il prodotto degli ulteriori elementi di conoscenza ha contribuito a generare un atto di citazione nel quale i fatti esposti sono in lineare corrispondenza con	
	28	

	SENT. 302/2024	
	quanto esplicitato nell’invito a dedurre, secondo il paradigma di cui all’art 87	
	c.g.c.. Inoltre, i riscontri documentali di circostanze reputate dagli appellanti	
	esimenti o attenuanti la responsabilità sono confluiti nel corredo di causa e,	
	perciò, al pari di ogni altro elemento di giudizio, di fatto apprezzabili dal	
	giudice secondo i consueti canoni di valutazione.	
	3.3 Nullità della citazione per genericità dell’invito a dedurre	
	L’appellante incidentale DI MARZO ha rinnovato l’eccezione di nullità della	
	citazione derivata dalla inadeguata rappresentazione, nell’invito a dedurre,	
	degli elementi identificativi dell’addebito, richiesti dall’art. 67 c.g.c.: la	
	carenza contenutistica della contestazione preliminare, derivante dal mancato	
	inglobamento (mediante un invito integrativo) degli esiti degli accertamenti	
	postumi, si sarebbe riverberata sull’atto di citazione, in termini di violazione	
	del diritto di difesa e del giusto contraddittorio, invalidandolo ai sensi dell’art.	
	87 c.g.c.	
	L’eccezione è infondata.	
	In aggiunta alle superiori considerazioni circa i rapporti tra invito a dedurre e	
	citazione, occorre considerare che l’iniziativa preprocessuale non richiede una	
	ostensione minuziosa degli elementi ritenuti idonei a integrare la fattispecie	
	della responsabilità amministrativa.	
	Ciò è reso manifesto dalla circostanza che l’art. 67, comma 1, c.g.c.,	
	diversamente dal ben più ponderoso contenuto dell’atto di citazione (art. 86	
	c.g.c.), richiede soltanto che siano esplicitati gli « <i>elementi essenziali del fatto,</i>	
	<i>di ciascuna condotta contestata e del suo contributo causale alla realizzazione</i>	
	<i>del danno contestato</i> ».	
	Avendo riguardo alla funzione dell’invito e ai connotati strutturali che lo	
	29	

	SENT. 302/2024	
	caratterizzano, nella vicenda in esame deve escludersi, come correttamente	
	ritenuto dal primo giudice, per un verso, che quell'atto difettesse di contenuti	
	necessari e, per altro verso, che la sostanza argomentativa da esso risultante	
	non fosse congruente con il successivo atto di citazione.	
	3.4. Nullità dell'atto di citazione per genericità	
	L'appellante incidentale LECCESE ha riproposto l'eccezione di nullità	
	dell'atto di citazione, fondata sull'assunto che la contestata responsabilità,	
	asseritamente riconducibile al <i>«concorso in falsificazione di 115 cartelle</i>	
	<i>cliniche»</i> e al <i>«mancato controllo su una categoria di cartelle cliniche,</i>	
	<i>corrispondenti al DRG 211»</i> , non sarebbe stata debitamente delineata nell'atto	
	di citazione, che non recherebbe:	
	- la specificazione delle cartelle cliniche cui è riferita la richiesta di rimborso	
	della prestazione contestata;	
	- l'indicazione per l'anno 2015 delle cartelle controllate dal MORLINO e	
	quelle controllate dal LECCESE;	
	- l'individuazione delle cartelle contestate per il primo semestre 2016 e quelle	
	invece relative al secondo semestre 2016, visto che a partire dal luglio 2016 il	
	LECCESE era stato rimosso dall'incarico;	
	- la precisazione di quali fossero per ciascuna delle cartelle contestate le	
	prestazioni effettivamente erogate dalla CLINICA e documentate nelle SDO	
	e la differenza del rimborso previsto a carico del servizio sanitario nazionale,	
	con indicazione dell'atto di pagamento dell'ASP.	
	La doglianza è infondata.	
	Prioritariamente, occorre chiarire che al LECCESE, come d'altronde agli altri	
	convenuti, non è stata formulata alcuna contestazione per le 115 cartelle	
	30	

	SENT. 302/2024	
	contraffatte: non avendo le stesse dato luogo a esborsi a carico della Regione,	
	non sono state considerate nella determinazione della consistenza del danno	
	erariale contestato.	
	Dunque, ogni osservazione al riguardo è superflua.	
	Quanto all’asserita genericità della prospettazione realmente operata con l’atto	
	di citazione, sembra utile evidenziare che l’architettura di tale atto è	
	caratterizzata da una parte tendente a offrire una “visione d'insieme delle	
	concrete fattispecie dannose, dandone una lettura unitaria e inserita in un	
	contesto caratterizzato in primo luogo da organicità narrativa” seguita da una	
	“partita considerazione alle singole posizioni” (pag. 17 dell’atto di citazione).	
	Per queste ultime, per quanto qui di rilievo, l’organo requirente, per intuibili	
	ragioni di sinteticità ha rimandato agli atti reperiti nella fase istruttoria («per	
	la disamina analitica dei quali si può rimandare agli atti, e specificamente alla	
	relazione finale della Commissione per la verifica straordinaria», così pag. 26	
	della citazione).	
	Nella copiosa documentazione versata agli atti del giudizio sono rinvenibili	
	puntuali riscontri documentali dei profili di cui il LECCESE denuncia la	
	carenza (cartelle cliniche, riclassificazioni, differenze di costi tra la	
	classificazione opportunistica operata dalla CLINICA e valutazione ritenuta	
	ammissibile dalla ASL).	
	D’altra parte, la fragilità della contestazione risulta evidente ove si consideri	
	che il LECCESE ha elaborato puntuali e dettagliate argomentazioni difensive	
	sugli addebiti mossigli, con ogni evidenza non realizzabili nell’eventualità in	
	cui non fossero state debitamente documentate le criticità poste a fondamento	
	dell’azione.	
	31	

4 Prescrizione

L'appellante MORLINO ha censurato il rigetto, da parte del primo giudice, dell'eccezione di parziale prescrizione del diritto al risarcimento del danno, riferibile al periodo 01/01/2014 - 05/06/2014, situato oltre la soglia del quinquennio precedente la notifica dell'invito a dedurre, avvenuta in data 5/06/2019.

A opinione dell'appellante, essendogli stata contestata la responsabilità a titolo colposo, nei suoi riguardi non avrebbe avuto luogo lo spostamento dell'esordio della decorrenza della prescrizione al momento della scoperta del danno dolosamente occultato (avvenuta nel momento della trasmissione delle relazioni formate dalle commissioni incaricate della verifica straordinaria con deliberazione ASP n. 18 del 12/1/2017 e, segnatamente, la Relazione 18/6/2017 e quella del 7/11/2017). Sicché avrebbe dovuto aversi riguardo al momento di liquidazione delle somme a beneficio della Clinica: in tale prospettiva avrebbe dovuto essere considerato prescritto l'importo di € 4.346.988,78. Applicando la metodologia di calcolo adottata dal primo giudice, il danno residuo sarebbe pari ad € 601.860,83 ($\text{€ } 5.550.710,43 - \text{€ } 4.346.988,78 = 1.203.721,65 / 2$).

La doglianza è infondata.

Invero, l'appellante non contesta la sussistenza, nella vicenda, di un doloso occultamento del danno, ma nega soltanto che gli effetti a esso riconducibili (computo del quinquennio a partire dalla scoperta del danno) lo riguardino. L'immunizzazione deriverebbe dal diverso titolo di imputazione della responsabilità: l'addebito per colpa grave neutralizzerebbe ciò che sarebbe legato a imputazioni dolose.

	SENT. 302/2024	
	Tale conclusione non può essere condivisa per due ordini di motivi.	
	In primo luogo, non vi è una corrispondenza biunivoca tra la connotazione dolosa della responsabilità e la configurabilità dell’occultamento doloso del danno.	
	È ben possibile che un danno dolosamente occultato sia generato da una condotta imputabile a titolo gravemente colposo: le dinamiche che caratterizzano, da un lato, l’individuazione del titolo di attribuzione della responsabilità amministrativa e, dall’altro, l’esordio della decorrenza del termine di prescrizione sono indipendenti, non reciprocamente avvinte e, soprattutto, non vicendevolmente condizionanti.	
	Su una condotta produttiva di danno erariale per colpa grave dell’agente si può innestare un impedimento alla rilevabilità dello stesso. E tale impedimento può sia essere il prodotto di una iniziativa del medesimo agente, che si adopera al fine di evitare che il nocumento colposamente realizzato diventi percepibile, sia derivare da circostanze obiettive legate al contesto di riferimento.	
	Come questa Corte ha già avuto modo di chiarire, la disciplina di settore (art. 1, comma 2, l. 20/1994) <i>«pur germinando dalla medesima ratio che sorregge l’art. 2941, comma 1, n. 8 c.c., se ne discosti, sia perché introduce non una causa di sospensione del decorso del termine prescrizionale, bensì un diverso dies a quo, sia perché la norma speciale non opera nessun riferimento ad attività di occultamento effettuata dal debitore.</i>	
	<i>In definitiva, 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,</i>	
	33	

quindi, di azionarlo in giudizio ex art. 2935 c.c. (Corte conti, Sez. II centr. app. n. 592 del 2014; n. 1094 del 2015; più di recente, ex pluribus, n. 77 del 12.3.2019). In quest'ottica, si è posto in rilievo che la condotta in esame deve concretizzarsi in un quid pluris rispetto a quella integrante l'illecito contestato e, dunque, deve essere rinvenibile in comportamenti, tanto commissivi quanto omissivi, volti a mascherare il fatto dannoso nel suo complesso. In particolare, sulla base delle indicazioni rivenienti dalla giurisprudenza di legittimità civile (Cass. civ., 29 gennaio 2010 n. 2030), e penale (Cass. pen. 27 luglio 2012 n. 30798), nonché da orientamenti consolidati di questa Corte (vedasi Sez. App. Sicilia n. 198/2012; Sez. III centr. app. n. 345/2016; Sez. II centr. app. n. 724/2018), 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» (così App. Sez. II, sent. 221/2022).

In secondo luogo, occorre considerare che, in relazione alla medesima vicenda per la quale si è verificato un doloso occultamento del danno, la decorrenza della prescrizione non può che essere identica per tutti i soggetti coinvolti nella pertinente azione di risarcimento.

Infatti, in tutti i casi in cui la manifestazione del danno non sia immediata ed evidente e possa apparire dubbia la sua ricollegabilità eziologica all'azione di un terzo, il momento iniziale dell'azione risarcitoria va ricondotto al momento in cui il danneggiato ha avuto la reale e concreta percezione dell'esistenza e della consistenza del danno stesso, nonché della sua addebitabilità a uno o più soggetti determinati, ovvero al momento in cui avrebbe potuto pervenire a una siffatta percezione usando la normale diligenza.

	SENT. 302/2024	
	In altri termini, la disomogeneità del titolo di imputazione della responsabilità	
	fra una pluralità di soggetti non può giustificare esordi della prescrizione	
	disallineati: essendo l'avvio del decorso del termine di prescrizione legato alla	
	possibilità di far valere il diritto (art. 2935 c.c.), solo allorquando viene meno,	
	per effetto del disvelamento, la condizione di obiettiva preclusione alla	
	percezione delle condizioni per intraprendere iniziative di tutela, inizia a	
	decorrere il termine (l'unico termine), senza discriminazioni tra coloro a cui è	
	imputabile un concorso colposo e coloro a cui la responsabilità è imputabile	
	per dolo.	
	In definitiva, nel caso in esame, solo all'esito delle complesse attività di	
	verifica compiute dalla ASL, ben più penetranti delle superficiali verifiche	
	routinarie, è divenuto percepibile l'inappropriato e sistematico ricorso a	
	pratiche di classificazione delle attività sanitarie compiute dalla CLINICA	
	LUCCIONI e, così determinatesi le condizioni per l'esercizio dell'azione di	
	responsabilità, è iniziato a decorrere il termine quinquennale di prescrizione.	
	Rispetto a tale soglia temporale, l'iniziativa assunta dalla Procura regionale	
	con la notifica dell'invito a dedurre, avente valenza interruttiva, risulta	
	tempestivamente assunta.	
	5. Merito	
	5.1 Premessa	
	Preliminarmente, per la migliore comprensione del contesto fattuale e	
	giuridico sotteso alla vicenda, appare utile delineare il meccanismo attraverso	
	cui era previsto che avvenisse il rimborso, da parte delle Aziende sanitarie,	
	delle prestazioni erogate dalle strutture private in regime di	
	convenzionamento.	
	35	

Le Aziende Sanitarie, per le prestazioni che non sono in condizioni di erogare in maniera diretta, attraverso, cioè, i propri Presidi Ospedalieri, diventano acquirenti di servizi sanitari, stabilendo accordi contrattuali con Aziende Ospedaliere o Istituti Privati (autorizzati, accreditati) a cui erogano emolumenti in base a un articolato sistema tariffario.

Le tariffe sono definite, con atti regionali, in base a criteri fissati dal Ministero della Sanità e le unità di pagamento del sistema di rimborso tariffario sono, in via generale, il ricovero e le prestazioni ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario.

Il ricovero è differenziato, per complessità assistenziale e costi relativi, in una serie di categorie descritte dai *DRG - Diagnosis Related Group* (raggruppamento omogeneo di diagnosi) metodica che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da una struttura sanitaria in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate, con l'obiettivo della razionalizzazione e della riduzione della spesa sanitaria (cfr. d.m. 15/4/1994).

Il DRG viene attribuito a ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software, mediante l'utilizzo di alcune variabili specifiche del paziente, quali: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici praticati.

Tali variabili sono organizzate dal software a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente in tutte le cartelle cliniche.

Il d.m. 26/7/1993 ha previsto, per la codificazione delle informazioni contenute nelle SDO, il sistema ICD (*International Classification of Diseases*), che organizza malattie e traumatismi secondo criteri definiti,

	SENT. 302/2024	
	raggruppandole, tra l'altro, in rubriche e categorie.	
	Il d.m. 27/10/2000, n. 380 ha specificato che la SDO costituisce una	
	rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a	
	consentire la raccolta sistematica delle informazioni principali contenute nella	
	cartella: in sostanza essa è la sintesi della cartella che evidenzia gli aspetti	
	"gestionali" della prestazione suscettibili di tradursi in variabili economiche.	
	L'art. 2 del D.M. menzionato prevede che <i>"3. La responsabilità della corretta</i>	
	<i>compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni</i>	
	<i>riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile</i>	
	<i>della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale</i>	
	<i>il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico</i>	
	<i>responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie</i>	
	<i>riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso</i>	
	<i>medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da</i>	
	<i>altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di</i>	
	<i>cura.</i>	
	<i>4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in</i>	
	<i>ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla</i>	
	<i>completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate"</i>	
	In estrema sintesi, le strutture ricevono sostegno economico calcolato in base	
	alla quantità e qualità delle patologie dei pazienti e degli interventi eseguiti.	
	La SDO è il supporto informativo di base del nuovo sistema di finanziamento:	
	dalla stessa, infatti, si ricavano i dati relativi al ricovero e, unitamente ad altri	
	elementi (sesso, età del paziente, ecc.), consente l'individuazione del	
	pertinente DRG.	
	37	

	SENT. 302/2024	
	Il d.m. 10/12/2009 ha definito i parametri mediante i quali le regioni	
	individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per le quali	
	effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti	
	schede di dimissione ospedaliera.	
	La CLINICA LUCCIONI spa è stata una delle strutture esterne cui l'Azienda	
	sanitaria ha demandato l'erogazione di prestazioni sanitarie.	
	All’epoca dei fatti, la CLINICA aveva quale amministratore unico DI	
	MARZO Walter, statutariamente investito dei più ampi poteri per	
	l’amministrazione; il capitale sociale apparteneva per il 90% alla Sainvest spa	
	(il cui amministratore unico era il DI MARZO) e per il 10% alla Elios srl.(le	
	cui quote erano per il 97% di proprietà del DI MARZO e per il residuo 3% di	
	altro soggetto, in legame di stretta parentela con il DI MARZO).	
	Con delibera del direttore generale n. 348 del 3/7/2014 era approvato lo	
	schema di contratto, con validità triennale, tra l’ASL di Potenza («ASP») e la	
	CLINICA LUCCIONI per la erogazione delle <i>«prestazioni ospedaliere di</i>	
	<i>diagnosi e cura a ciclo continuativo per le nosologie di Ortopedia e Chirurgia</i>	
	<i>Generale»</i> (art. 1).	
	Per quanto concerneva le prestazioni in regime di ricovero, la CLINICA si	
	impegnava <i>«a selezionare gli stessi al fine di evitare i ricoveri ad alto rischio</i>	
	<i>di inappropriatezza, garantendo, altresì, una percentuale di interventi</i>	
	<i>chirurgici sul totale dei ricoveri superiore al 55%»</i> (art. 3).	
	Le tariffe per le prestazioni sanitarie erogabili erano <i>«quelle stabilite dalla</i>	
	<i>Regione Basilicata, con effetto 12/2/2013, con propria Deliberazione n. 463</i>	
	<i>del 30/4/2013»</i> (art. 4) rubricata “Adozione, ai sensi del Decreto 18/10/2012	
	(...) delle nuove tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero”.	
	38	

Ai sensi dell'art. 6 del contratto, la CLINICA si impegnava a eseguire le prestazioni sanitarie nel rispetto, fra l'altro, *«dell'appropriatezza clinica ed organizzativa»*.

Per ciò che attiene ai pagamenti, era prevista (art. 9) la corresponsione del 90% degli emolumenti dovuti entro 30 giorni della consegna della documentazione attestante le prestazioni eseguite (consegna, a sua volta, cadenzata il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento) e del residuo 10% entro i successivi 90 giorni.

Articolata era la disciplina dei controlli (art. 10): *«la Clinica si impegna a consentire l'effettuazione di controlli, anche mediante visite periodiche presso le proprie sedi da parte di Dirigenti e Funzionari dell'Azienda Sanitaria; le verifiche dovranno tendere ad accertare il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici, previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali»*.

Ai fini delle verifiche e dei controlli previsti dal presente articolo, la Clinica si impegna a fornire tutte le informazioni e la documentazione idonea a richiesta dei dirigenti e/o funzionari dell'Azienda Sanitaria.

Nel caso in cui la competente Unità Operativa aziendale preposta anche alle procedure di controllo dovesse riscontrare irregolarità nell'effettuazione delle prestazioni o nella tariffazione delle stesse provvederà, a cura del Dirigente preposto, alla contestazione scritta delle irregolarità riscontrate assegnando il termine di giorni 15 (quindici) per le controdeduzioni, sospendendo i pagamenti delle prestazioni oggetto di contestazione sino alla conclusione del procedimento.

Per l'ipotesi di inconciliabilità, sull'accoglimento delle controdeduzioni

	SENT. 302/2024	
	<i>decide il Direttore Generale sentito il Direttore Sanitario entro 30 giorni</i>	
	<i>dalla data di ricevimento delle controdeduzioni, fermo restando quanto</i>	
	<i>previsto dal successivo articolo 12.</i>	
	<i>L'insorgenza di contestazioni in nessun caso può ostacolare la regolare</i>	
	<i>liquidazione delle competenze dovute secondo l'articolo 9».</i>	
	Con specifico riguardo ai controlli, l'articolo 79, comma 1-septies, del d.l.	
	112/2008, convertito in l. 133/2008, prevedeva un controllo analitico annuale	
	di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte da ciascun erogatore.	
	Il decreto del Ministro del lavoro della salute e delle politiche sociali del	
	10/12/2009 rubricato “controlli sulle cartelle cliniche” stabiliva che le Regioni	
	avrebbero dovuto assicurare, per ciascun soggetto erogatore, un controllo	
	analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche delle prestazioni	
	periodicamente individuate come ad alto rischio di inappropriatezza,	
	puntualizzando che tali controlli analitici avrebbero dovuto riguardare almeno	
	il 2,5% delle cartelle prodotte su base Regionale.	
	Precisava, inoltre, che « <i>Nei controlli di qualità e appropriatezza rientrano</i>	
	<i><u>anche i controlli di congruità</u> tra le cartelle cliniche e le corrispondenti schede</i>	
	<i>di dimissione ospedaliera. Tutte le tipologie di controllo devono essere</i>	
	<i>effettuate secondo specifici protocolli di valutazione».</i>	
	La Regione Basilicata, anche nelle annualità di rilievo in questa sede, aveva	
	provveduto, in continuità con le annualità precedenti, a programmare i	
	controlli sulle cartelle cliniche prevedendo, in coerenza con il citato art. 79,	
	comma 1-septies, del d.l. 112/2008, per ciascun soggetto erogatore, il	
	controllo analitico di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte e delle	
	corrispondenti schede di dimissioni ospedaliere, selezionate con modalità	
	40	

	SENT. 302/2024	
	random (Deliberazione n.534 del 24 aprile 2015: "Legge n.133/2008 e D.M.	
	Salute del 10 dicembre 2009 - Programma Regionale di Controllo delle	
	Cartelle Cliniche prodotte nell'anno 2014"; Deliberazione n.293 del 29 marzo	
	2016: "Legge n.133/2008 e D.M. Salute del 10 dicembre 2009 - Programma	
	Regionale di Controllo delle Cartelle Cliniche prodotte nell'anno 2015";	
	Deliberazione n. 474 del 26 maggio 2017 "Legge n.133/2008 e D.M. Salute	
	del 10 dicembre 2009 - Programma Regionale di Controllo delle Cartelle	
	Cliniche prodotte nell'anno 2016").	
	Le modalità con cui i controlli avrebbero dovuto essere effettuati erano	
	riconducibili a quelle metodologie standard secondo la letteratura scientifica:	
	controlli di congruità e controlli di appropriatezza.	
	I controlli di congruità sono quelli effettuati mediante il confronto tra SDO e	
	cartella clinica. Permettono di valutare la correttezza della compilazione della	
	SDO, ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero	
	e riportato nella documentazione clinica (cartella clinica, registro sala	
	operatoria etc.) e quanto segnalato e codificato nella SDO, consentendo anche	
	l'emersione di eventuali fenomeni opportunistici.	
	I controlli di appropriatezza tendono a verificare la componente della qualità	
	dell'assistenza che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e	
	pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo, stato corrente delle	
	conoscenze) delle prestazioni sanitarie.	
	Tale genere di verifica ha, secondo consolidate prassi operative, due ambiti di	
	elezione: quello organizzativo e quello clinico.	
	L'appropriatezza organizzativa o generica attiene al contesto operativo in cui	
	viene erogata l'assistenza e valuta se il livello assistenziale di erogazione delle	
	41	

	SENT. 302/2024	
	prestazioni sia quello più appropriato, cioè quello che permette a parità di	
	benefici, un uso più efficiente delle risorse e un minor rischio per il paziente.	
	L'appropriatezza clinica o specifica si riferisce all'adeguatezza e alla	
	pertinenza delle cure fornite ai pazienti in base alle loro esigenze e alle	
	migliori evidenze disponibili. Verifica la capacità di fornire l'intervento più	
	efficace, date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente.	
	Nelle delibere regionali di programmazione dei controlli, le tipologie di	
	verifiche prese in considerazione erano i controlli di congruità e i controlli di	
	appropriatezza organizzativa.	
	Nel presente giudizio, nessun rilievo può avere la circostanza che i controlli	
	effettivamente realizzati siano stati, da punto di vista quantitativo,	
	enormemente più penetranti (100% delle cartelle cliniche) rispetto a quelli	
	che, fisiologicamente, la CLINICA avrebbe dovuto subire (10% delle cartelle	
	cliniche).	
	In questa sede, l'unico profilo che rileva è l'esito delle verifiche in concreto	
	svolte.	
	5.2 Le responsabilità	
	Il danno che il primo giudice, in piena aderenza alla prospettazione della	
	Procura agente, ha ritenuto sussistere è di consistenza pari ad € 7.327.392,54.	
	Tale importo (cfr. pagg. 5 e 6 dell'atto di citazione) è stato determinato	
	partendo dagli esiti del controllo analitico delle cartelle cliniche e delle relative	
	schede di dimissione ospedaliera della CLINICA LUCCIONI spa nelle	
	annualità dal 2014 al 2016, esposti nelle deliberazioni del Direttore generale	
	ASL di Potenza n. 461 del 11/7/2017 (relativa esclusivamente al DRG 211) e	
	n. 652 del 18/9/2018.	
	42	

In dette relazioni erano stati determinati, per ciascuna delle tre annualità considerate, gli importi da recuperare, calcolati, per differenza, tra i costi DRG fatturati dalla CLINICA e i costi DRG rideterminati dalla Commissione Straordinaria Aziendale.

L'importo differenziale così calcolato è risultato pari ad € 12.063.827,55 e così composto:

- € 4.276.334,03, riferibile esclusivamente al DRG 211 (Deliberazione n. 461 del 11/7/2017);
- € 7.787.493,52, riferibile a tutti DRG diversi dal 211 (Deliberazione n. 652 del 18/9/2018).

La somma globalmente reputata non spettante (€ 12.063.827,55) è stata, poi, rimodulata dall'ASP tenendo conto delle compensazioni, decurtazioni e note di credito successivamente registrate in contabilità nonché sottraendo i costi relativi alla radiologia.

All'esito di tali operazioni la posizione creditoria dell'ASP nei confronti della CLINICA («a superamento delle precedenti contestazioni tutte») è risultata pari a € 7.327.392,54 (cfr. verbale della GdF del 22/10/2018, cui è accluso il prospetto riepilogativo redatto in data 27/9/2018 dalla ASP – allegato alla nota della GdF 23129/2019 del 29/3/2019, in atti; prospetto, poi, approvato con deliberazione del Commissario della ASP n. 919 del 21/12/2018 – allegato al verbale della GdF del 12/2/2019, in atti).

Tenuto conto di quanto diffusamente illustrato nella deliberazione ASP 461/2017, ribadito nella deliberazione ASP 652/2018 ed esposto nella nota del Collegio sindacale dell'ASP prot. n. 168 del 21/7/2017, le componenti di detta somma possono essere qualitativamente differenziate, distinguendo l'importo

	SENT. 302/2024	
	di € 1.554.162,00 riferibile alla codifica DRG 211 e il rimanente importo di €	
	5.773.130,54, riferibile a tutte le altre codifiche diverse dal DRG 211.	
	In definitiva:	
	- per il DRG 211, a fronte di importi non dovuti pari ad € 4.276.334,03,	
	la quota effettivamente ancora da recuperare e, quindi, costituente	
	danno erariale concreto e attuale, è pari a € 1.554.162,00 ;	
	- per i DRG DIVERSI dal DRG 211, a fronte di importi non dovuti pari	
	ad € 7.787.493,52, la quota effettivamente ancora da recuperare e,	
	quindi, costituente danno erariale concreto e attuale, è pari a €	
	5.773.130,54.	
	Detti ultimi importi (€ 1.554.162,00 per DRG 211 e € 5.773.130,54 per altri	
	DRG) costituiscono le due componenti del complessivo danno azionato, sulle	
	quali si focalizzano le osservazioni del Collegio appresso riportate.	
	In via prioritaria, sono infondate le doglianze dell'appellante MORLINO (lett.	
	«H») dell'atto di appello: pagg. 31 e seg.) per via dell'esistenza di un	
	contenzioso, innanzi al giudice civile, sul preteso credito di € 6.134.596,53	
	della CLINICA nei confronti dell'ASP.	
	Il tenore della contestazione involge la tematica dei riflessi, sull'azione di	
	responsabilità amministrativa, delle iniziative (amministrative o giudiziarie)	
	di recupero autonomamente intraprese dall'Amministrazione.	
	Il giudizio di responsabilità è insensibile, nei limiti appresso specificati,	
	rispetto alle vicende che, eventualmente, si innestano nell'ambito di	
	fattispecie foriere di nocumento economico per il pubblico erario.	
	In proposito, non può revocarsi in dubbio che l'Amministrazione, titolare di	
	un diritto di credito avente fondamento legale oppure convenzionale, può	
	44	

	SENT. 302/2024	
	esigerne dal debitore il pagamento in via amministrativa o, ricorrendone i presupposti, esperendo le ordinarie azioni legali.	
	Nell’eventualità in cui la sussistenza di siffatto credito sia diretta conseguenza della condotta almeno gravemente colposa di un operatore soggetto alla giurisdizione di questa Corte (presupposto che appresso si ometterà di rievocare, ma che rappresenterà un dato imprescindibile delle riflessioni svolte), occorre verificare se sussistano, per quanto di rilievo in questa sede, rapporti di interferenza tra gli strumenti amministrativi e giudiziari che l’ordinamento appresta per consentire all’Amministrazione di soddisfare la pretesa creditoria e lo strumento dell’azione di responsabilità amministrativa che a quel medesimo risultato consente di pervenire.	
	Che interferenza vi sia pare un dato imprescindibile: una volta che il credito sia stato <i>integralmente</i> soddisfatto, per effetto del pagamento in via amministrativa o, in conseguenza del fausto esperimento delle azioni legali, l’azione di responsabilità amministrativa è indubitabilmente da ritenere non più intentabile o, se già intentata, non oltre procedibile.	
	Se, invece, i rimedi alternativi non abbiano ancora condotto all’integrale soddisfacimento del credito, occorre accertare quali conseguenze abbia, nei confronti dell’azione per il risarcimento del danno erariale, l’eventuale avvio di iniziative o anche solo la possibilità di intraprenderle.	
	In tale evenienza, la possibilità per l’Amministrazione di avvalersi di strumenti amministrativi (come l’iscrizione a ruolo, l’ingiunzione fiscale, la compensazione) o di ricorrere agli ordinari rimedi giudiziari per il soddisfacimento del credito non rappresenta circostanza idonea a precludere la proponibilità (né la procedibilità, a seconda dei casi) dell’azione erariale	
	45	

	SENT. 302/2024	
	intestata al PM contabile nei confronti del soggetto la cui condotta quel credito	
	abbia generato.	
	Più in dettaglio, l'esistenza di presidi ordinamentali ulteriori rispetto al	
	giudizio di responsabilità non esclude né la celebrazione né il buon esito di	
	quest'ultimo.	
	In definitiva, i diversi congegni apprestati dal legislatore non si pongono in	
	rapporto di reciproca esclusione.	
	L'azione giudiziaria e quella amministrativa ben possono, provvisoriamente,	
	marciare su binari paralleli e a velocità differenti: solo all'esito di entrambe	
	potrà e dovrà porsi il problema del saldo, la cui soluzione dovrà essere	
	affrontata o in sede di esecuzione della sentenza o attraverso il ricorso ai	
	consueti strumenti civilistici di reazione ad adempimenti indebiti (a seconda	
	di quale attività sia stata prioritariamente esitata).	
	A tale conclusione deve pervenirsi ove si osservi che, anche quando risulti	
	possibile l'impiego di rimedi concorrenti, è certamente configurabile un danno	
	erariale connotato, già allo stato, di quei caratteri (certezza, attualità e	
	concretezza) che consentono, al ricorrere delle altre condizioni di legge, di	
	adottare una sentenza di condanna al relativo risarcimento.	
	Sulla indispensabilità che il danno, per essere utilmente posto a fondamento	
	di una richiesta risarcitoria innanzi al Giudice contabile, debba essere	
	provvisto di tali connotazioni vi è unanime convincimento: il danno è «certo»	
	allorché il depauperamento patrimoniale si sia verificato effettivamente in tutti	
	i suoi elementi e cioè quando vi sono state condotte che hanno generato per	
	l'Amministrazione una situazione patrimoniale deteriore, è «attuale» quando	
	sussista al momento della proposizione della domanda e della decisione, ed è	
	46	

	SENT. 302/2024	
	«concreto» quando la perdita non sia semplicemente ipotetica.	
	Ai fini della configurazione del danno non occorre, invece, che il danno sia	
	anche «irreversibile», nel senso che, per il proficuo esercizio dell’azione di	
	responsabilità amministrativa, non è necessario che il pregiudizio risulti non	
	sanabile mediante il ricorso ad altri meccanismi satisfattori della pretesa	
	creditoria.	
	Danno azionabile, infatti, va considerato anche il pregiudizio che possa	
	ottenere ristoro in esito all’eventuale esazione in via amministrativa del	
	credito oppure all’eventuale esplicazione, in funzione del medesimo risultato	
	finale, degli altri rimedi contenziosi consentiti dall’ordinamento.	
	Peraltro, se si includesse il connotato della reversibilità, nell’accezione	
	specificata, fra quelli necessari per la configurabilità del danno erariale, si	
	arriverebbe alla paradossale conclusione che l’azione di responsabilità innanzi	
	a questa Corte verrebbe a essere paralizzata fino a quando le altre iniziative di	
	recupero non possano più essere intraprese o fino a quando l’impiego di tali	
	rimedi alternativi non abbia dato luogo a risultati appaganti cioè non abbia	
	consentito il soddisfacimento, in tutto o in parte, della pretesa creditoria nei	
	confronti del soggetto convenibile innanzi a questa Corte.	
	I possibili, alternativi rimedi, quindi, non condizionano la promuovibilità	
	dell’azione di responsabilità amministrativa né interferiscono con il corso	
	della stessa una volta instaurata.	
	Ovviamente, dell’eventuale pagamento che dovesse intervenire nelle more	
	dovrà tenersi conto nel momento in cui, all’esito del giudizio celebrato innanzi	
	alla Corte dei conti, si presentasse la necessità di dare attuazione a eventuali	
	statuizioni di condanna.	
	47	

Ciò chiarito, deve escludersi che, ai fini della sussistenza e consistenza delle prospettate responsabilità, possono assumere rilievo, per un verso, i tetti della spesa sanitaria e, per altro verso, la circostanza che di talune prestazioni sanitarie che hanno contribuito a determinare l'importo costituente danno erariale hanno beneficiato pazienti residenti in regioni diverse dalla Basilicata.

Con riguardo al primo profilo, posto che i tetti di spesa delimitano, quantitativamente, le risorse finanziarie annualmente erogabili alle strutture private operanti in regime convenzionale con il SSN. Naturalmente, come già in precedenza evidenziato, i tetti di spesa hanno un'operatività circoscritta alla eseguibilità delle sole prestazioni patrimoniali che siano il frutto di corrette procedure di valorizzazione dei volumi di prestazioni sanitarie rese.

In altri termini, le dinamiche dei tetti di spesa operano su un piano diverso e, comunque, temporalmente successivo, rispetto a quello del calcolo del valore monetario delle prestazioni non dovute siccome quantificate in base a errate applicazioni del pertinente nomenclatore.

La capienza o l'incapienza del tetto è un profilo del tutto influente sulle problematiche riguardanti la corretta determinazione dell'importo spettante per le prestazioni sanitarie eseguite.

Per ciò che riguarda il secondo profilo, occorre considerare che la circostanza per cui taluni beneficiari delle prestazioni erogate dalla CLINICA LUCCIONI siano stati residenti fuori dalla Regione Basilicata non sterilizza la natura indebita del sovraccosto fatturato dalla struttura sanitaria (e poi pagato).

Anche a voler ipotizzare che i meccanismi di compensazione dei costi sanitari fra le Regioni passano aver generato un introito per la Regione Basilicata pari al maggior, improprio, valore delle prestazioni eseguite presso la CLINICA

	SENT. 302/2024	
	LUCCIONI, ciò potrebbe dar luogo soltanto ad aggiustamenti dei saldi	
	bilaterali originariamente determinati: la valorizzazione della prestazione,	
	laddove impropria, resta tale qualunque sia la Regione di residenza del	
	beneficiario della stessa.	
	In tali casi, può, al più, configurarsi un danno obliquo, che mantiene la	
	connotazione lesiva del pubblico erario e non è eliso dall'intervenuta	
	regolazione bilaterale dei rapporti di dare e avere.	
	Ciò chiarito, occorre esaminare separatamente le due componenti di danno,	
	essendo le stesse radicate su situazioni disomogenee.	
	Invero, l'attività sanitaria refertata, nel triennio 2014-2016, in 6.591 cartelle	
	cliniche e che ha originato fatturazioni di DRG diversi dal DRG 211 è stata	
	oggetto di approfondimento specifico con l'articolata Relazione della	
	Commissione straordinaria datata 7/11/2017, i cui esiti sono stati poi	
	compendiati nella deliberazione dell'ASP n. 652/2018.	
	Al riguardo assume, in primo luogo, rilievo la considerazione che nella	
	consulenza di parte del Dott. Ferappi talune delle rivalutazioni compiute dalla	
	Commissione straordinaria sono state motivatamente contestate.	
	E, d'altra parte, la Procura non ha, sui profili contestati, specificamente	
	controdedotto, rappresentando circostanze in grado quantomeno di indurre a	
	dubitare della fondatezza della prospettazione difensiva.	
	In ogni caso, al di là della attenuata robustezza dell'argomentazione su cui è	
	fondata la porzione della pretesa azionata in questo frangente esaminata (e	
	impregiudicata l'idoneità di quel materiale a corroborare pretese altrove	
	esercitabili), dirimente è la constatazione che il risultato delle valutazioni	
	sottostanti all'individuazione del corretto DRG è frutto di giudizi tecnici che,	
	49	

	SENT. 302/2024	
	refluendo nel merito di apprezzamenti di condizioni sanitarie individuali, di	
	scelte terapeutiche, di metodiche diagnostiche di malattie e traumatismi, di	
	complicanze e/o comorbidità e di altri numerosi indici di elevata complessità	
	della casistica trattata, sfuggono alla sindacabilità estrinseca che delimita il	
	perimetro di intervento del giudicante.	
	Inoltre, sempre limitatamente alla porzione dell'azione in esame, ossia quella	
	relativa ai DRG diversi dal DRG 211, nemmeno può essere ignorato che,	
	proprio in ragione dei tecnicismi delle classificazioni sottese alle fatturazioni,	
	la relazione causale che congiunge l'ipotizzato danno al DI MARZO, soggetto	
	chiamato in via prioritaria e principale a risponderne, è assai poco solida.	
	Si consideri, infatti, che la responsabilità della corretta compilazione della	
	SDO e della codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda	
	medesima fa capo al medico dimettente (art. 2, comma 3, del D.M. 380 del	
	27.10.2000 concernente: <i>"Regolamento recante l'aggiornamento della</i>	
	<i>disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici</i>	
	<i>e privati"</i>) ovvero ad altro personale sanitario, individuato dal direttore	
	sanitario. Vi è poi l'ulteriore livello di responsabilità che è quello che fa capo	
	al direttore sanitario dell'istituto di cura che è responsabile delle verifiche in	
	ordine alla corretta compilazione delle SDO nonché dei controlli sulla	
	completezza e sulla congruità delle informazioni in esse riportate.	
	A ben vedere, nell'architettura dell'azione, le figure che avevano competenze	
	e connesse responsabilità in ordine agli apprezzamenti di congruità e	
	appropriatezza non sono state affatto coinvolte.	
	Conclusivamente sul punto, la parte di danno riferibile ai DRG diversi dal	
	DRG 211 non può essere addebitata agli odierni appellanti e,	
	50	

	SENT. 302/2024	
	conseguentemente, deve essere annullata la pertinente statuizione di condanna	
	contenuta nella sentenza impugnata.	
	A diverse conclusioni, invece, deve pervenirsi con riferimento al danno	
	connesso all'utilizzo sistematico del DRG 211 (<i>«Interventi su anca e femore,</i>	
	<i>eccetto articolazioni maggiori, età >17 anni senza complicanze - tariffa</i>	
	<i>regime di ricovero ordinario € 6.009,00, tariffa regime di ricovero diurno €</i>	
	<i>2.050,00»</i>) per le somministrazioni di PRP.	
	Per questo specifico trattamento, non valgono le considerazioni in precedenza	
	formulate perché radicalmente diverso è il contesto di riferimento nel quale	
	sono maturate le condizioni che hanno poi portato la CLINICA a richiedere	
	rimborsi significativamente superiori al dovuto.	
	Il PRC (Platelet Rich Plasma, plasma arricchito in piastrine) è un prodotto di	
	derivazione ematica, ottenuto da una duplice centrifugazione e concentrazione	
	di sangue venoso autologo, ritenuto in grado di promuovere la riparazione	
	tissutale e influenzare il comportamento di altre cellule modulando	
	l'infiammazione e la neoformazione di vasi sanguigni. Nella pratica clinica la	
	terapia con infiltrazioni dei fattori di crescita di derivazione piastrinica trova	
	indicazione ortopedica ambulatoriale sia nelle lesioni cartilaginee/artrosi	
	precoce del ginocchio che nelle tendinopatie da sovraccarico (principalmente	
	il tendine rotuleo e quello achilleo).	
	Nonostante che l'infiltrazione di plasma autologo a fini terapeutici non fosse	
	ricompresa nel disciplinare tecnico delle prestazioni erogabili dalla struttura,	
	allegato al contratto del 11/7/2014, nella CLINICA LUCCIONI, nel triennio	
	2014-2016, sono state effettuate n. 1.030 infiltrazioni di PRP.	
	La Commissione aziendale incaricata di effettuare la verifica straordinaria	
	51	

	SENT. 302/2024	
	delle cartelle cliniche e SDO con deliberazione della ASP 18/2017, con	
	Relazione del 19/6/2017, i cui esiti sono poi confluiti nella deliberazione n.	
	461 del 11/7/2017, ha valutato la codifica DRG 211 adottata dalla struttura	
	una «scelta opportunistica», frutto di classificazioni della stragrande	
	maggioranza delle eseguite pratiche sanitarie macroscopicamente incongrue	
	e/o inappropriate.	
	A tale conclusione è pervenuta valorizzando la circostanza che l’infiltrazione	
	di PRP, laddove non associata ad altro intervento o procedura (come nella	
	maggior parte dei casi esaminati), consiste in una prestazione di tipo	
	ambulatoriale (iniezione di gel piastrinico) e non in un intervento chirurgico	
	maggiore.	
	Sennonché, peraltro accogliendo il suggerimento del fornitore del KIT per la	
	preparazione di plasma autologo fra i più costosi sul mercato (€ 1.050,00 +	
	IVA 22% per un totale di € 1.281,00, a fronte di un qualitativamente omologo	
	KIT acquistabile sul MEPA al costo unitario di € 98,00 oltre IVA al 22% per	
	un totale di € 129,36), nel dichiarato intento di “coprire i costi sostenuti”, per	
	giungere alla classificazione DRG 211, la CLINICA ha codificato il	
	trattamento principale con il codice procedura rubrica 78, categoria 78.9:	
	<i>"inserzione di stimolatore di crescita ossea: inserzione di stimolatore osseo</i>	
	<i>(elettrico) per favorire la calcificazione ossea, elettrodi osteogenici per</i>	
	<i>stimolare la crescita ossea, dispositivo totalmente impiantato (invasivo).</i>	
	<i>Escluso: stimolatore non invasivo (transcutaneo) (superficiale)".</i>	
	Lo stimolatore di crescita ossea (elettrico), cui fa riferimento il codice	
	utilizzato dalla CLINICA, è un dispositivo medico progettato per stimolare	
	l'accrescimento osseo in sede di frattura, ovvero l'osteogenesi, per mezzo	
	52	

	SENT. 302/2024	
	dell'applicazione di ultrasuoni pulsati di bassa intensità o di campi magnetici elettrici controllati.	
	Premesso che, diversamente da quanto sostenuto dalla CLINICA nel corso degli accertamenti istruttori, nella Classificazione Internazionale ICD-9-CM era codificato un codice procedura per infiltrazione di PRP e, quindi, non occorre "individuare un codice assimilabile", certamente l'infiltrazione tendinea o articolare del PRP non poteva essere equiparata all'inserzione del dispositivo medico di stimolatore di crescita ossea elettrico.	
	Anche alla luce delle soluzioni operative adottate, all'epoca dei fatti, in altre regioni, l'infiltrazione di gel piastrinico avrebbe dovuto condurre, attraverso una codifica aderente alla sostanza dell'intervento terapeutico, alla generazione del DRG 245 – “Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc- Tariffa ricovero ordinario € 1.098,00, tariffa ricovero ordinario 0-1 giorno o ricovero diurno € 191,00”.	
	Pertanto, la Regione Basilicata nel proprio tariffario di specialistica ambulatoriale aveva censito la prestazione "iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento" prevedendo la tariffa di € 27,89.	
	In definitiva, pur ribadendo le peculiarità associabili ai casi trattati con infiltrazioni di PRP, non può essere ignorato che l'impiego del DRG 211 è una consapevole e meditata scelta aziendale, macroscopicamente non corretta, cui le classificazioni sottostanti sono state strumentalmente piegate.	
	E ciò è stato attuato (cfr. verbale della visita ispettiva presso la struttura sanitaria del 5/6/2017) con la finalità di ottenere una remunerazione soddisfacente: <i>"la codifica così come prodotta dalla Clinica Luccioni S.p.a. è stata suggerita da uno dei fornitori dello stesso Istituto al fine di assicurare</i>	
	53	

una valorizzazione appropriata dei costi sostenuti, aggiungendo che trattasi dello stesso fornitore di altre strutture pubbliche che sembrerebbe utilizzino la stessa codifica".

In questa prospettiva, il profilo tecnico della classificazione è del tutto marginale e trascurabile: le captazioni riportate nell'ordinanza n. 31 del 6/3/2018 del GIP del Tribunale di Potenza (cfr. pp. 26 e seg.) – che, come qualsiasi altro elemento di valutazione transitato nel compendio documentale di causa, possono costituire oggetto di valutazione secondo le fisiologiche dinamiche di cui all'art. 95 c.g.c. - evidenziano, per un verso, che il DI MARZO fosse un consapevole propugnatore della non ortodossa - ma per la CLINICA estremamente conveniente - soluzione gestoria di far risultare una semplice infiltrazione di gel piastrinico come prestazione effettuata e tariffata in regime di ricovero non diurno al costo unitario di € 6.099,00 e, per altro verso, la scarsa propensione del controllo esterno dell'ASP, eseguito presso la struttura, a intercettare tali sistematiche anomalie.

Pertanto, gli ingenti importi, eccedenti il dovuto, che la CLINICA, attraverso la sistematica sussunzione della pratica sanitaria dell'infiltrazione di PRP nel DRG 211, è riuscita a ottenere dalla ASP sono frutto, prioritariamente di meditate e volontarie scelte di politica aziendale, assecondate dal DI MARZO e supinamente attuate dal personale medico competente a conformare la prestazione sanitaria e a documentarne i connotati (cartella clinica e SDO) anche in funzione della determinazione del rimborso.

E tali indirizzi operativi sono riconducibili, sotto il profilo causale, per quanto di rilievo in questa sede (e ferme le statuizioni del primo giudice, passate in giudicato, riguardanti la CLINICA LUCCIONI), al soggetto che assommava

	SENT. 302/2024	
	all’interesse sostanziale all’utile d’impresa, riveniente dalla conformazione	
	dell’assetto proprietario dell’istituto di cura, poteri gestori amplissimi, in virtù	
	dell’ufficio apicale ricoperto (amministratore unico), in grado di condizionare	
	le dinamiche operative della società, ossia al DI MARZO.	
	Diversamente dalle anomalie che sono state rilevate dalla Commissione	
	straordinaria sugli altri DRG, per il DRG 211 emerge, in termini di serena	
	evidenza, un disegno unitario causalmente riferibile (anche) al vertice	
	aziendale che, con consapevolezza e volontaria determinazione, lo ha attuato.	
	In un simile scenario, l’indebita remunerazione fatta ottenere alla CLINICA è	
	ascrivibile al DI MARZO a titolo doloso.	
	Alla responsabilità di quest’ultimo si accompagna la responsabilità, in via	
	sussidiaria – siccome riconducibile all’omessa, doverosa attività di controllo	
	- e parziaria – cioè distribuita in frazioni di consistenza parametrata ai tempi	
	di rispettiva permanenza nell’ufficio cui erano intestate le funzioni di controllo	
	- del MORLINO e del LECCESE.	
	Invero, come anche chiarito dalla Dott.ssa OMISSIS, in occasione	
	dell’audizione del 26/6/2020, l’organizzazione dei controlli sulle strutture	
	convenzionate e, quindi, anche sulla CLINICA LUCCIONI ha subito	
	un’evoluzione nel periodo di rilievo in questa sede.	
	Con deliberazione n. 1105 del 10/12/2011 era stata disposta la rimodulazione	
	del precedente incarico di struttura complessa conferito al Dott OMISSIS dalla	
	disciolta ASL 2 di Potenza e denominato "UOC Gestione Strutture	
	Accreditate e Reportistica DSO/2" in incarico di struttura complessa	
	denominato "Unità dei Servizi Integrati di Base — Potenza" (USIB),	
	ampliandone il livello di responsabilità a seguito dell’inclusione anche della	
	55	

	SENT. 302/2024	
	gestione delle strutture accreditate.	
	Nel giugno 2014 la Direzione strategica dell’ASP aveva disposto l’avvio del	
	processo di riordino delle attività precedentemente seguite dal Dott.	
	OMISSIS, dirigente medico cessato dal servizio per decesso in data OMISSIS,	
	dopo un’assenza dal servizio per malattia dal OMISSIS.	
	Con deliberazione n. 387 del 23/7/2014, il DG dell’ASP, per un verso,	
	prendeva atto dello svolgimento, continuativamente e proficuamente, dal	
	febbraio 2014, da parte del Dott. MORLINO delle funzioni sostitutive nella	
	direzione della USIB e, per altro verso, acquisiva la disponibilità dello stesso	
	sanitario alla prosecuzione dello svolgimento di quelle funzioni, fino al	
	31/1/2015.	
	A decorrere dal 1/3/2015, a seguito dell’indisponibilità del Dott. MORLINO	
	a svolgere i gravosi compiti di controllo per ragioni di salute, le funzioni di	
	verifica sull’attività della CLINICA LUCCIONI erano assunte dal Dott.	
	LECCESE, che, peraltro, aveva affiancato precedentemente il Dott.	
	MORLINO nell’attività.	
	In definitiva, risulta documentato che i due sanitari, provvisti di competenze	
	del tutto adeguate rispetto ai compiti assegnati e senza manifestare la	
	ricorrenza di condizioni che avrebbero potuto far ipotizzare un difetto di	
	professionalità compromettente il corretto esercizio dei compiti loro assegnati,	
	sono stati investiti dei poteri di controllo sulla CLINICA.	
	In un contesto che consigliava una estremamente accorta conduzione delle	
	verifiche (cfr. audizione del 26/6/2020, nel corso della quale la dirigente	
	OMISSIS ha evidenziato che il mutamento della proprietà della CLINICA nel	
	2014 aveva reso “complesso” il rapporto fra la competente struttura	
	56	

	SENT. 302/2024	
	amministrativa e la nuova gestione e aveva fatto registrare un “notevole	
	incremento del fatturato, tale da sollecitare specifiche iniziative di controllo”),	
	ha avuto luogo un esercizio indulgente dei controlli di congruità e	
	appropriatezza organizzativa che costituivano l’essenza della metodologia dei	
	controlli, individuata nelle linee guida e di indirizzo adottate dalla Regione	
	Basilicata nel periodo di riferimento.	
	D’altra parte, l’elevato numero di somministrazioni di PRP effettuate nella	
	CLINICA nel segmento temporale considerato neutralizzava il rischio che	
	l’anomalia della sistematica attribuzione del DRG 211 sfuggisse alla	
	rilevazione per via della consistenza del campione (10%) di SSO da sottoporre	
	a verifica obbligatoria.	
	Nemmeno costituisce un’esimente la circostanza che il DGR 211 non fosse	
	stato inserito dalla Regione tra i codici a rischio di inappropriatezza.	
	A ben vedere, l’insussistenza di un mirato <i>focus</i> su quel particolare DRG non	
	dispensava i controllori dal dover compiere ogni utile valutazione per	
	verificare che le terapie con infiltrazioni dei fattori di crescita di derivazione	
	piastrinica (PRP) fossero, dalla CLINICA, correttamente censite e	
	legittimamente fatturate. Anzi, la numerosità e ricorrenza nel tempo delle	
	stesse, unitamente al rilevante peso sul fatturato complessivo della struttura,	
	avrebbe dovuto costituire un indice di rischio particolarmente significativo	
	e motivo di rafforzamento dell’attenzione.	
	In definitiva, ove il controllo fosse stato debitamente svolto, avrebbe condotto	
	alla constatazione della non corretta caratterizzazione della pratica sanitaria e	
	della conseguente errata sussunzione nel vantaggioso DGR 211 e, in ultimo,	
	avrebbe impedito pagamenti non dovuti, attivando anche solerti e più	
	57	

	SENT. 302/2024	
	penetranti verifiche su una prassi aziendale indubbiamente dannosa per il pubblico erario.	
	L'importo che, comunque, è addebitabile, pro quota, ai due soggetti investiti dei poteri di controllo non è pari all'intero danno riferibile al responsabile principale (€ 1.554.162,00).	
	L'assenza di impugnazione sul punto da parte del Pubblico ministero, infatti, non consente di modificare al ribasso la misura percentuale della riduzione che il primo giudice ha determinato nel «50% cadauno» (cfr. pag. 33 della sentenza), porzione espressamente ritenuta comprensiva di rivalutazione monetaria e interessi (cfr. pag. 34 della sentenza) e rende del tutto superfluo sindacare le ragioni addotte a giustificazione della mitigazione dell'addebito.	
	Pertanto, il MORLINO e il LECCESE rispondono per colpa grave, in via sussidiaria rispetto al DI MARZO, soltanto per l'importo di € 777.081,00 (50% di 1.554.162,00).	
	Quanto alla distribuzione di tale parte di danno tra i soggetti che si sono succeduti nell'esercizio delle funzioni di controllo, occorre modulare diversamente l'onere risarcitorio tra i corresponsabili in via sussidiaria, parametrandolo ai periodi nei quali gli stessi hanno esercitato quelle funzioni.	
	Il primo giudice ha utilizzato la metodologia prospettata (in via subordinata) dalla Procura regionale e ha, poi, proceduto all'abbattimento del 50%.	
	A ben vedere, però, gli importi per cui v'è condanna non sono congruenti con i periodi di rispettivo esercizio dei compiti di controllo: condannando il MORLINO ad € 2.775.356,21 e il LECCESE a € 958.669,36, la Corte territoriale ha loro imputato porzioni del danno pari a circa il 74%, per il primo, e a circa il 26%, per il secondo.	
	58	

	SENT. 302/2024	
	Sennonché, considerando che il periodo nel quale hanno avuto luogo le	
	condotte generatrici del danno erariale è compreso tra il 1/1/2014 e il	
	13/7/2016 (923 giorni), i segmenti temporali di investitura dei poteri di	
	controllo sono:	
	- per il MORLINO dal 1/1/2014 al 28/2/2015 (423 giorni), pari al 46%	
	circa dell'intero periodo,	
	- per il LECCESE dal 1/3/2015 al 13/7/2016 (500 giorni), pari al 54%	
	circa dell'intero periodo.	
	Occorre, tuttavia, evidenziare che tale, più accurata, determinazione dei	
	parametri di quantificazione delle porzioni di danno da distribuire tra i due	
	soggetti responsabili non si presta a essere meccanicamente applicata,	
	occorrendo una valutazione di compatibilità di quei risultati con i limiti posti	
	dalle fisiologiche dinamiche dell'appello.	
	E infatti, non avendo l'ufficio del Pubblico ministero impugnato la sentenza,	
	non può procedersi a una riforma della statuizione del primo giudice che	
	determini effetti peggiorativi per gli appellanti, potendo i medesimi	
	beneficiare solo di modifiche comportanti l'attenuazione dell'onere	
	risarcitorio.	
	In tale prospettiva, per il MORLINO, poiché la parametrizzazione del danno al	
	periodo di investitura dei poteri di controllo determina una riduzione	
	percentuale della quota al medesimo riferibile (scendendo dal 74% al 46%),	
	sussiste la compatibilità con le rigidità dell'impugnazione. Quindi, a tale	
	soggetto può attribuirsi la porzione di danno determinata attraverso	
	l'applicazione della più favorevole percentuale del 46%. Con la conseguenza	
	che la porzione di danno al medesimo addebitabile è pari a € 357.457,26 (in	
	59	

	SENT. 302/2024	
	luogo di € 575.039,94 che sarebbe l'importo che sarebbe risultato addebitabile applicando la percentuale del 74%).	
	A diverse conclusioni, invece, deve pervenirsi con riferimento al LECCESE che era stato condannato dal primo giudice a un importo (€ 958.669,36) pari al 26% circa del danno ritenuto complessivamente imputabile ai soggetti che avevano colposamente omesso di esercitare i controlli.	
	Ove, infatti, nei suoi confronti si applicasse il parametro derivato dalla puntuale di valorizzazione del periodo di esercizio dei poteri di controllo, verrebbe a determinarsi un peggioramento, passando da una quota del 26% alla più elevata quota del 54%.	
	Sebbene questa nuova distribuzione meglio esprima il grado di coinvolgimento dello stesso nella vicenda (anche tenuto conto del coinvolgimento nelle vicende penali e dei riscontri emersi dalle captazioni di comunicazioni), la quantificazione della porzione di danno basata sulla più elevata aliquota del 54% è preclusa dalle dinamiche dell'impugnazione.	
	Sicché, nei riguardi del LECCESE il danno non può eccedere la porzione del 26% di € 777.081,00, ossia € 202.041,06.	
	Tali importi, frutto di un già estremamente indulgente esercizio del potere riduttivo, non possono essere ulteriormente ridotti, non venendo in rilievo profili dell'agire ulteriori rispetto a quelli che sono stati già considerati ai fini dell'abbattimento del 50% dal primo giudice (assenza di adeguati requisiti di formazione ed esperienza professionale nonché indisponibilità di appropriati ausili informatici).	
	Nemmeno, poi, può accogliersi la doglianza degli appellanti volta a contestare la mancata considerazione, in via virtuale, ai sensi dell'art. 83, comma 2,	
	60	

	SENT. 302/2024	
	c.g.c., dell’apporto concausale di soggetti non convenuti nel processo, in vista	
	della determinazione di una minor somma da porre a loro carico.	
	A ciò osta la circostanza che la responsabilità nei confronti degli stessi è	
	riconducibile a un gravemente difettoso esercizio dei poteri di controllo che	
	facevano capo, nella fisiologica architettura dei passaggi propedeutici ai	
	pagamenti, esclusivamente ai due soggetti deputati a svolgere le verifiche.	
	Quindi, in tale sequenza, non sono ravvisabili significativi contributi di altri	
	soggetti.	
	6. Conclusioni	
	Conclusivamente, impregiudicata la condanna della CLINICA LUCCIONI	
	ormai coperta da giudicato ed evidenziato che in sede di esecuzione si terrà	
	conto delle somme eventualmente recuperate dall’Amministrazione nelle	
	more della definizione del giudizio, in parziale accoglimento delle	
	impugnazioni, nei termini sopra delineati, la sentenza oggetto di gravame deve	
	essere in parte riformata e, per l’effetto:	
	- DI MARZO Walter deve essere condannato, a titolo di dolo, al	
	pagamento in favore della Regione Basilicata, della somma di €	
	1.554.162,00, da incrementare della rivalutazione monetaria, da	
	calcolarsi secondo gli indici ISTAT, adottando un criterio improntato	
	a semplicità e favorevole al condannato, a partire dal 21/12/2018 (data	
	della deliberazione del Commissario dell’ASP n. 919 recante	
	<i>“approvazione quadro contabilità finale “dare-avere” Istituto Clinico</i>	
	<i>Luccioni spa”</i>) e fino alla pubblicazione della presente sentenza,	
	nonché degli interessi sulla somma rivalutata da calcolarsi, nella	
	misura legale, dalla pubblicazione della sentenza fino all’effettivo	
	61	

	SENT. 302/2024	
	soddisfo. Il sequestro conservativo, disposto con decreto n. 4/2024 del	
	16/5/2024, poi confermato con ordinanza 13/2024 del 25/6/2024, fino	
	alla concorrenza della somma di € 7.327.392,54 e a valere sul	
	controvalore netto delle polizze vita n. 70039504312 e n.	
	70039504400 stipulate con FIDEURAM VITA s.p.a., con sede legale	
	in Roma alla via Ennio Quirino Visconti, n. 80, si converte in	
	pignoramento, a termini degli artt. 80 c.g.c. e 686 c.p.c., nei limiti	
	dell'importo per cui v'è condanna;	
	- MORLINO Leonardo deve essere condannato, a titolo di colpa grave	
	e in via sussidiaria rispetto al DI MARZO, al pagamento in favore della	
	Regione Basilicata, della somma di € 357.457,26 (46% di €	
	777.081,00), importo da intendersi comprensivo di rivalutazione	
	monetaria e da incrementare degli interessi da calcolarsi, nella misura	
	legale, dalla pubblicazione della sentenza fino all'effettivo soddisfo;	
	- LECCESE Archimede Roberto deve essere condannato, a titolo di	
	colpa grave e in via sussidiaria rispetto al DI MARZO, al pagamento	
	in favore della Regione Basilicata, della somma di € 202.041,06. (26%	
	di € 777.081,00), importo da intendersi comprensivo di rivalutazione	
	monetaria e da incrementare degli interessi da calcolarsi, nella misura	
	legale, dalla pubblicazione della sentenza fino all'effettivo soddisfo.	
	Le spese del grado, liquidate nella misura indicata in dispositivo, a beneficio	
	dello Stato, seguono la soccombenza e sono poste carico dei condannati nella	
	misura di 1/3 ciascuno.	
	Le spese del procedimento di sequestro conservativo, la cui regolamentazione	
	era stata demandata dal giudice designato ai sensi dell'art. 77, comma 2, c.g.c.,	
	62	

	SENT. 302/2024	
	con la citata ordinanza 13/2024, al giudizio di merito, sono poste a carico del	
	DI MARZO e sono liquidate, a beneficio dello Stato, nella misura indicata in	
	dispositivo.	
	P.Q.M.	
	La Corte dei conti, Sezione seconda giurisdizionale centrale d'appello	
	definitivamente pronunciando, previa riunione degli appelli iscritti al n.	
	59600, li accoglie parzialmente e, per l'effetto, in parziale riforma	
	dell'impugnata sentenza, condanna al pagamento, in favore della Regione	
	Basilicata:	
	- DI MARZO Walter, a titolo di dolo, della somma di € 1.554.162,00	
	(unmilione cinquecentocinquantaquattromilacentosessantadue/00), da	
	incrementare della rivalutazione monetaria, da calcolarsi secondo gli	
	indici ISTAT, a partire dal 21/12/2018 e fino alla pubblicazione della	
	presente sentenza, nonché degli interessi sulla somma rivalutata da	
	calcolarsi, nella misura legale, dalla pubblicazione della sentenza fino	
	all'effettivo soddisfo. Il sequestro conservativo, disposto con decreto	
	n. 4/2024 del 16/5/2024, poi confermato con ordinanza 13/2024 del	
	25/6/2024, fino alla concorrenza della somma di € 7.327.392,54 ed a	
	valere sul controvalore netto delle polizze vita n. 70039504312 e n.	
	70039504400 stipulate con FIDEURAM VITA s.p.a., con sede legale	
	in Roma alla via Ennio Quirino Visconti, n. 80, si converte in	
	pignoramento, a termini degli artt. 80 c.g.c. e 686 c.p.c., nei limiti	
	dell'importo per cui v'è condanna;	
	- MORLINO Leonardo, a titolo di colpa grave e in via sussidiaria	
	rispetto al DI MARZO, della somma di € 357.457,26	
	63	

	SENT. 302/2024	
	(trecentocinquantasettemilaquattrocentocinquantasette/26), importo	
	da intendersi comprensivo di rivalutazione monetaria e da	
	incrementare degli interessi da calcolarsi, nella misura legale, dalla	
	pubblicazione della sentenza fino all'effettivo soddisfo;	
	- LECCESE Archimede Roberto, a titolo di colpa grave e in via	
	sussidiaria rispetto al DI MARZO, della somma di € 202.041,06	
	(duecentoduemilaquarantuno/06), importo da intendersi comprensivo	
	di rivalutazione monetaria e da incrementare degli interessi da	
	calcolarsi, nella misura legale, dalla pubblicazione della sentenza fino	
	all'effettivo soddisfo.	
	Le spese del grado seguono la soccombenza e si liquidano a beneficio dello	
	Stato nella misura di 464,00 (quattrocentosessantaquattro/00).	
	distribuendo il relativo onere tra i condannati in parti uguali (1/3 ciascuno).	
	Le spese del procedimento di sequestro conservativo sono poste a carico del	
	DI MARZO e sono liquidate, a beneficio dello Stato, nella misura di € 393,58	
	(trecentonovantatre/58).	
	Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.	
	Così deciso in Roma, nelle camere di consiglio del 10 e del 30 ottobre 2024.	
	L'ESTENSORE IL PRESIDENTE	
	Dott. Roberto Rizzi Dott.ssa Rita Loreto	
	Firmato digitalmenteFirmato digitalmente	
	DEPOSITATA IN SEGRETERIA il 19 DICEMBRE 2024	
	P. IL DIRIGENTE	
	(dr. Massimo Biagi)	
	Firmato digitalmente	
	64	

SENT. 302/2024

Il Funzionario Preposto

Lucia Bianco