

Con atto di citazione ritualmente notificato, la Procura presso questa Sezione giurisdizionale ha convenuto in giudizio Stefano Tenti ed il Centro chirurgico toscano s.r.l. per il risarcimento del danno di euro 561.715,00 che gli stessi avrebbero arrecato all'Azienda USL Toscana Sud Est a causa della inapproprietezza dell'attribuzione della codifica c.d. DRG (Diagnosis related groups) ad alcune prestazioni sanitarie erogate in regime di accreditamento con il servizio sanitario nazionale e della previsione di ricoveri o pre-degenze non giustificate. In particolare, la Procura ha ricostruito l'evoluzione storica della disciplina del sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie, evidenziando che con D.M. del 28 dicembre 1991 era stata introdotta la Scheda di Dimissioni Ospedaliere (c.d. S.D.O.) al fine di raccogliere le informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. L'art. 8 comma 5 del D.Lgs. n. 502/92, modificato dal D.Lgs. n. 517/93, al fine di assicurare la corresponsione di un corrispettivo predeterminato per le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, aveva introdotto un sistema di finanziamento delle attività basato sulla remunerazione delle prestazioni mediante tariffe fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale (in tal senso il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, approvato con D.P.R. il 1° marzo 1994).

Con D.M. del 15 aprile 1994, recante "*Determinazioni dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*", era stato introdotto, per le strutture pubbliche e private convenzionate, un nuovo sistema fondato

su raggruppamenti omogeni di diagnosi al momento della dimissione (R.O.D., cioè raggruppamenti omogenei di diagnosi, o D.R.G., cioè *diagnosis related groups*). Il processo di effettiva attribuzione del D.R.G. si realizza a seguito dell'esame di alcune variabili presenti all'interno della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) per mezzo di un *software* (c.d. *Groupier*). La codifica della prestazione consente di determinare l'importo che la struttura deve ricevere dall'azienda sanitaria per la prestazione erogata. L'insieme dei dati relativi a tali prestazioni è, pertanto, trasmesso periodicamente all'azienda erogatrice tramite il c.d. "*flusso SDO*" per la liquidazione delle relative fatture, nonché alla regione per le eventuali compensazioni nei confronti delle altre regioni in considerazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti residenti fuori regione.

La Procura contabile, acquisiti i dati relativi agli interventi chirurgici alla schiena erogati dal Centro chirurgico toscano s.r.l. per gli anni dal 2013 al 2018, ha disposto una perizia, depositata in data 12 febbraio 2020, dalla quale sarebbe emerso che gli interventi alla schiena a cui risultavano attribuiti i D.R.G. 496 – 497 – 498 – 532 presentavano gravi irregolarità in grado di concretizzare un danno erariale di rilevante entità. A seguito di ulteriore attività d'indagine, era stata disposta una seconda perizia, la quale avrebbe evidenziato l'inappropriata attribuzione della codifica ad alcuni interventi e ricoveri, nonché, in alcuni casi, l'irregolare disposizione della pre-degenza per un danno complessivo, con riferimento a 2046 cartelle cliniche esaminate, di euro 586.239,00. Da tale importo è stato successivamente sottratto

l'importo, di euro 20.925,00, che l'azienda sanitaria Toscana Sud Est aveva già decurtato dagli importi da erogare alla struttura sanitaria e, pertanto, il danno oggetto di richiesta risarcitoria è stato quantificato in euro 565.314,00, poi ulteriormente ridotto a euro 561.715,00 a seguito delle deduzioni difensive delle parti e delle successive repliche del perito della Procura. Tale danno sarebbe stato arrecato non solo all'azienda sanitaria Toscana Sud Est, ma anche al servizio sanitario nazionale in quanto la maggior parte dei casi contestati riguarderebbe prestazioni erogate nei confronti di pazienti extraregionali, per i quali la Regione Toscana ha successivamente richiesto il rimborso della spesa sanitaria alle regioni di provenienza. Inoltre, secondo la Procura, sussisterebbero tutti gli altri elementi della responsabilità amministrativa, quali il rapporto di servizio, il comportamento doloso o quanto meno colposo ed il nesso di causalità fra tale comportamento ed il danno patito dall'erario pubblico. Di tale danno dovrebbe essere chiamato a rispondere anche l'amministratore unico della casa di cura, Stefano Tenti, in quanto soggetto posto al vertice della stessa e, dunque, responsabile non solo per non avere adeguatamente vigilato per evitare il danno contestato, ma anche per avere consapevolmente contribuito alla sua realizzazione. Infine, la Procura ha ritenuto superabile l'eccezione di prescrizione in applicazione dell'ordinaria regola sancita dall'art. 2935 c.c., a norma del quale la prescrizione decorre dal momento in cui il diritto può essere fatto valere e tale momento non potrebbe che coincidere, ad avviso del requirente, con la conclusione delle indagini di polizia giudiziaria e con l'espletamento

delle perizie che, analizzando il complesso materiale probatorio, hanno individuato il danno arrecato dai convenuti.

Questi ultimi, ritualmente costituitisi, hanno in primo luogo eccepito la prescrizione di tutte le richieste risarcitorie relative alle prestazioni effettuate fino al 18 novembre 2015, posto che l'atto di costituzione in mora è stato notificato in data 19 novembre 2020. Secondo i convenuti, infatti, nel caso in esame non sarebbe configurabile alcun occultamento doloso del danno in grado, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge n. 20 del 1994, di posticipare il *dies a quo* della prescrizione al momento della scoperta del danno stesso. L'occultamento doloso, ad avviso della difesa, non può coincidere con l'elemento soggettivo del dolo, ma dovrebbe consistere in una condotta ulteriore finalizzata ad impedire la scoperta del danno, condotta che, nel caso in giudizio, non è stata ravvisata. Pertanto, in assenza di occultamento doloso, la prescrizione decorrerebbe, secondo il criterio ordinario, dal momento in cui l'amministrazione danneggiata ha preso conoscenza o avrebbe potuto prendere conoscenza del danno, cioè dalla trasmissione del flusso informatico delle S.D.O., recante tutte le informazioni poi utilizzate dalla Procura per contestare il danno erariale. In particolare tale flusso comprenderebbe i dati anagrafici del paziente, la relativa provenienza (regione, provincia, Ausl), il nominativo del medico prescrittore, l'indicazione del soggetto (S.S.N. o privato) avente l'onere della degenza, i dati clinici della prestazione, tra cui le informazioni sulla durata del ricovero (data e ora di ingresso, data intervento, data e ora dimissioni, diagnosi principale e secondaria, interventi chirurgici

e procedure diagnostiche/terapeutiche), il codice nosologico di classificazione e lo specifico D.R.G. attribuito dal software sulla base delle informazioni contenute nella S.D.O. (cfr. comparsa di costituzione pag. 8).

In secondo luogo, la difesa ha eccepito il difetto di giurisdizione del giudice contabile nei confronti del convenuto Stefano Tenti o, in subordine, la dichiarazione di difetto di legittimazione passiva con conseguente improcedibilità della domanda nei suoi confronti. Infatti, il rapporto di servizio, presupposto indispensabile per la configurabilità della giurisdizione contabile, sussisterebbe solo nei confronti della struttura sanitaria titolare del rapporto convenzionato con l'azienda pubblica e non potrebbe estendersi nei confronti dell'amministratore e legale rappresentante, il quale, peraltro, non avrebbe posto in essere alcuna condotta volta alla distrazione dei fondi pubblici.

Nel merito la difesa ha sostenuto la carenza degli elementi costitutivi della responsabilità, evidenziando come il danno non sarebbe stato arrecato dall'azienda sanitaria Toscana Sud Est per tutte quelle prestazioni rese in favore di soggetti provenienti da altre regioni, posto che queste ultime avrebbero provveduto a rimborsare alla Regione Toscana il costo dei servizi resi ai propri residenti. Inoltre, sulla base dell'esame delle 2046 cartelle cliniche oggetto di contestazione, i professionisti incaricati dalla difesa dei convenuti avrebbero individuato solo 27 episodi di errata codifica delle diagnosi, per un importo complessivo di euro 132.218,00, che tuttavia scenderebbe a euro 53.040,00 considerando gli effetti della prescrizione. Pertanto,

considerati gli esiti della perizia di parte, che consentirebbero di superare le conclusioni dei periti della procura, la difesa ha chiesto l'espletamento di una CTU sulle cartelle contestate. Con particolare riferimento all'errata attribuzione del codice DRG 532 in luogo di quello DRG 500, peraltro, la difesa ha riferito che la codifica era stata ritenuta corretta dalla Commissione di controllo della AUSL fino all'anno 2016 e che, successivamente a tale data, il Centro medico toscano si è uniformato pienamente alle indicazioni ricevute. Inoltre, con particolare riferimento alle pre-degenze contestate, la difesa ha sottolineato l'assenza di norme che specificamente vietassero la prassi, che veniva adottata solo con pazienti extraregionali provenienti da luoghi particolarmente distanti ed al solo fine di ridurre i disagi per gli stessi. Infine, la difesa dei convenuti ha escluso la sussistenza dell'elemento soggettivo, sia nella forma della colpa grave, che in quella del dolo, ed ha, pertanto, concluso chiedendo il rigetto della domanda attorea.

A seguito della prima udienza, con ordinanza n. 56 del 2022, il Collegio ha chiesto alla Procura di precisare la domanda, indicando per ciascun intervento il soggetto pubblico sul quale dovrebbero gravare in via definitiva i maggiori costi in contestazione.

Con nota depositata in data 19 ottobre 2022, la Procura ha specificato, per ciascun intervento oggetto di contestazione, la regione di provenienza del paziente. La difesa dei convenuti, a seguito di tale deposito, con nota del 21 dicembre 2022, ha contestato la configurabilità del danno in capo alla Regione Toscana, sottolineando come i costi degli interventi sui pazienti provenienti da altre regioni

graverebbero sulla regione di provenienza e, peraltro, non integralmente in ragione dell'esistenza di un sistema di abbattimento forfettario delle tariffe interregionali.

Con ordinanza n. 31 del 2023, rimesse al merito tutte le questioni pregiudiziali e preliminari, il Collegio ha disposto l'espletamento di una CTU al fine di rispondere ai seguenti quesiti:

"1) se, alla luce delle deduzioni delle parti, sia corretta la codifica delle prestazioni e degli interventi, di cui alle n. 2046 cartelle cliniche acquisite nel corso delle indagini, anche in relazione ai tracciati record delle SDO;

2) se i relativi ricoveri appaiano o meno legittimi, alla luce della corretta codifica delle prestazioni e degli interventi;

3) quale sia l'effettivo ammontare del danno, in relazione a quelle cartelle per le quali vengano riscontrati errori sulla codifica e/o sulla legittimità dei ricoveri".

Il predetto incarico è stato affidato al Collegio Medico Legale presso la Corte dei conti, che, tuttavia, con nota del 7 dicembre 2023, ha comunicato di non essere in condizione di fornire risposta al quesito proposto in ragione della peculiarità dello stesso.

Pertanto, con ordinanza n. 67 del 2023, è stata disposta la sostituzione del Collegio medico legale con altro professionista, il Direttore dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, dott. Anselmo Campagna, che ha successivamente dichiarato di non poter accettare l'incarico. Con ordinanza n. 10 del 2024 è stata nominata CTU, in sostituzione del predetto professionista, la dott.ssa Silvia Laudadio, la

quale ha anch'ella comunicato la propria impossibilità di accettare l'incarico. Con ordinanza n. 17 del 2024 è stata nuovamente disposta la sostituzione del CTU con il dott. Simone Vigneri, il quale ha parimenti comunicato di non potere accettare l'incarico. Infine, con ordinanza n. 31 del 2024, è stato nominato CTU il dott. Andrea Fornari, il quale ha accettato l'incarico, la cui tempistica di espletamento è stata fissata con successiva ordinanza n. 39 del 2024, poi rideterminata con ordinanza n. 9 del 2025 ed, infine, prorogata, su richiesta del CTU, con decreto n. 2 del 2025.

All'udienza del 10 dicembre 2025, il Pubblico Ministero, riportandosi a quanto già illustrato in occasione delle precedenti discussioni, ha ribadito che la prescrizione non può ritenersi maturata in mancanza degli elementi di conoscibilità del danno, acquisiti solo dopo le indagini della Guardia di finanza e l'espletamento delle perizie. Quanto alla posizione del legale rappresentante della struttura sanitaria ha sottolineato come allo stesso sia imputabile il fatto di essere stato a conoscenza dei comportamenti dannosi posti in essere dalla stessa e, ciononostante, di non avere adempiuto all'obbligo di vigilanza sullo stesso incumbente. Il requirente ha, inoltre, sottolineato la sussistenza tanto dell'elemento oggettivo che di quello soggettivo, come sarebbe emerso dall'espletamento della CTU, che avrebbe confermato la fondatezza della richiesta risarcitoria, sia in punto di non rimborsabilità delle c.d. pre-degenze previste che in punto di errata attribuzione delle DRG. Il P.M. ha evidenziato, a fronte delle contestazioni delle controparti sulla mancata partecipazione di un neurochirurgo al

collegio peritale, che il CTU si è avvalso di un ausiliario esperto in tema di codifiche sanitarie. Pertanto, le conclusioni del CTU sarebbero, ad avviso della Procura, condivisibili e correttamente motivate anche con riferimento all'utilizzo delle risorse pubbliche da parte dei soggetti privati chiamati a svolgere prestazioni sanitarie in regime di convenzione.

L'avv. Viciconte, per i due convenuti, ha sottolineato come il Centro chirurgico toscano abbia fornito all'azienda sanitaria tutti i dati previsti per la liquidazione delle somme spettanti e come la veridicità di tali dati non sia mai stata oggetto di contestazione. Con riferimento alla sollevata eccezione di prescrizione, ha sottolineato che, non essendo configurabile nel presente giudizio alcun occultamento doloso, la decorrenza dovrebbe risalire al momento della conoscibilità oggettiva del danno e, dunque, della trasmissione del flusso informatico dei dati con la conseguenza che tutte le richieste risarcitorie riferibili a prestazioni anteriori al 18 novembre 2015 dovrebbero ritenersi prescritte. Quanto alla posizione del legale rappresentante, ha ribadito l'eccezione di difetto di giurisdizione o di carenza di legittimazione passiva in ragione della mancata individuazione delle specifiche condotte riconducibili allo stesso. Ha, poi, evidenziato il difetto di legittimazione attiva della Regione Toscana, in quanto, trattandosi di casi di mobilità regionale, le spese per le prestazioni sanitarie erogate dal Centro chirurgico toscano sarebbero state poi rimborsate dalle regioni di appartenenza dei pazienti. A tal proposito ha, inoltre, eccepito la mancata dimostrazione dell'ammontare del danno patito

posto che le somme corrisposte dalle regioni di provenienza non corrisponderebbero esattamente a quelle erogate dalla Regione Toscana alla struttura sanitaria, ma si inserirebbero in un quadro complesso ed articolato di partite reciproche, regolate anche facendo ricorso a quantificazioni forfettarie.

Nel merito la difesa ha escluso che le risultanze della CTU avrebbero provato la sussistenza dell'elemento oggettivo e ha contestato sia i criteri utilizzati per escludere la ricorrenza di una situazione di fragilità tale da giustificare il prericovero, sia l'utilizzabilità stessa, per tutte le annualità esaminate, del criterio della fragilità, che sarebbe stato adottato dalla Regione Toscana solo dal 2016. In secondo luogo, con riferimento alla correttezza delle codifiche adottate, la difesa ha evidenziato come queste ultime siano state applicate dai convenuti in coerenza con le linee guida elaborate dalla Regione Toscana, che infatti non avrebbe sollevato in proposito alcuna contestazione. Ciò dimostrerebbe, ad avviso della difesa, anche l'assenza dell'elemento soggettivo della colpa grave, che, nel caso in giudizio, non sarebbe configurabile.

Dopo una breve replica del P.M. e dell'avvocato difensore, la discussione è stata chiusa ed il giudizio è passato in decisione.

DIRITTO

Il presente giudizio riguarda l'accertamento del danno che sarebbe stato arrecato all'erario pubblico dalla struttura privata convenuta, il Centro chirurgico toscano s.r.l., che, operando in regime di accreditamento con il servizio sanitario nazionale, avrebbe ottenuto

somme non dovute a causa di ipotesi di c.d. pre-degenza non necessaria ed a causa di una errata codifica delle prestazioni effettuate.

A tal proposito, l'art. 8 comma 5 del D.Lgs. n. 502/92, al fine di assicurare l'erogazione di prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliera, ha previsto che le unità sanitarie locali intrattengano "*appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa*". Per la determinazione del corrispettivo dovuto a fronte delle prestazioni rese, è stato introdotto, con successivi decreti ministeriali (D.M. 15 aprile 1994, D.M. 18 dicembre 2008), un sistema basato su tariffe riconosciute per raggruppamenti omogenei di diagnosi (c.d. R.O.D.) o *diagnosis related groups* (c.d. D.R.G.), comprendenti il costo di tutti i servizi erogati dalla struttura al paziente durante la degenza (interventi chirurgici, esami, farmaci, giornate di degenza e relativi servizi, ecc.). La classificazione delle prestazioni e, dunque, l'attribuzione del codice D.R.G. viene effettuata sulla base delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (c.d. SDO), istituita dall'art. 5 del decreto del Ministero della salute del 28 dicembre 1991. La SDO riporta le principali informazioni relative al paziente, al ricovero, alle condizioni cliniche ed alla diagnosi, così come specificato da una serie di decreti ministeriali successivi che hanno progressivamente disciplinato i flussi informativi generati dalla scheda stessa. In particolare, l'art. 1 del decreto del 26 luglio 1993 ha attivato "*il flusso informativo relativo*

alla scheda di dimissione ospedaliera, quale rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale”, mentre il successivo art. 2 ha previsto che “tutti gli istituti di ricovero, pubblici e privati, inviano con periodicità almeno trimestrale alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, preferibilmente mediante supporto magnetico, le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera relative a tutti i propri dimessi”. Con decreto del Ministero della sanità del 27 ottobre 2000 n. 380 è stato pubblicato il 'Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati', a cui è allegato il disciplinare tecnico, contenente le istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera e per il corretto utilizzo della classificazione ICD-9-CM (cioè del sistema internazionale di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche).

Prima di analizzare l'effettiva sussistenza degli elementi della responsabilità amministrativa con riferimento ai casi individuati dalla Procura, è, tuttavia, necessario analizzare l'eccezione di prescrizione sollevata dai due convenuti con riferimento ai casi precedenti al 18 novembre 2015. Secondo i convenuti, infatti, non essendo configurabile, né peraltro contestato, il doloso occultamento, la prescrizione quinquennale dell'azione di responsabilità decorrerebbe,

secondo le regole ordinarie, dal momento della trasmissione del flusso informativo delle schede di dimissioni ospedaliere (c.d. SDO) dal Centro chirurgico toscano all'azienda sanitaria ed alla Regione Toscana. Queste ultime, infatti, ricevendo tutte le informazioni relative al singolo ricovero, nonché il codice DRG attribuito, sarebbero state poste sin da tale momento nelle condizioni di far valere la responsabilità della struttura sanitaria per cui, in applicazione del disposto dell'art. 2935 c.c., secondo cui la prescrizione comincia a decorrere dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere, tutte le pretese risarcitorie relative a flussi informativi anteriori al 18 novembre 2015, posto che l'atto di costituzione in mora è stato notificato in data 19 novembre 2020, sarebbero prescritte.

L'eccezione sollevata dalle difese è fondata nei limiti che saranno di seguito indicati. Posto che la regola generale, sancita in ambito civilistico dall'art. 2935 c.c., prevede che la prescrizione inizi a decorrere dal momento in cui il diritto può essere fatto valere, nell'ambito della responsabilità amministrativa l'art. 1, comma 2, della legge n. 20 del 1994, specifica che, di norma, la prescrizione quinquennale decorre *"dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso"*, salva l'ipotesi di occultamento doloso del danno, nel cui caso la prescrizione decorre *"dalla data della sua scoperta"*. Come evidenziato dalla prevalente giurisprudenza contabile, *"il legislatore, con la suindicata disciplina, ha voluto ribadire il principio della decorrenza della prescrizione dal momento della conoscibilità obiettiva del danno, restando salvo il principio della conoscenza effettiva "solo" in caso di*

occultamento doloso del danno" (Sez. II centr. n. 260/2025).

Pertanto, la prescrizione inizia a decorrere, di norma, dal momento della realizzazione dell'evento dannoso, avente i caratteri della concretezza, dell'attualità e della conoscibilità obiettiva (in tal senso da ultimo Sez. II centr. n. 260/2025 e giurisprudenza richiamata).

L'occultamento doloso, rilevante non tanto soggettivamente, cioè con riferimento alla condotta occultatrice tenuta dal danneggiante, ma oggettivamente, cioè in relazione al suo impatto sulla possibilità di conoscere il danno, sposta la decorrenza della prescrizione al momento della effettiva scoperta del danno. In assenza dell'occultamento doloso del danno, pertanto, rileva esclusivamente il momento in cui il soggetto danneggiante entra in possesso di tutte le informazioni rilevanti per apprezzare, secondo la comune diligenza, l'insorgenza del danno ed è da tale momento che decorre la prescrizione, che sanziona la perdurante inerzia nell'esercizio del proprio diritto. In tal senso, come da ultimo condivisibilmente evidenziato, *"il parametro della "ordinaria diligenza", invero, "si concretizza nella capacità di percepire (in senso pieno, includente la effettiva possibilità di esercitare il correlato diritto) la conseguenza dannosa da parte di un soggetto "ordinario", cioè di un soggetto che tiene una condotta non anomala nell'ambito della vicenda che gli è giuridicamente pregiudizievole"* (Cassazione civile sez. I, 16/05/2025, n.13092)" (Sez. II centr. n. 260/2025).

Nel caso in giudizio l'amministrazione danneggiata, ricevuto dall'istituto di cura il flusso informativo delle SDO, è entrata in possesso di tutte le

informazioni, sia anagrafiche che mediche, relative ai vari ricoveri, ed è dunque stata posta in condizione di valutare la correttezza delle degenze disposte e l'appropriatezza delle codifiche attribuite, potendo rilevare eventuali danni derivanti dal pagamento di tariffe non dovute.

A tal proposito i contratti intercorrenti fra l'azienda sanitaria locale ed il Centro chirurgico toscano s.r.l., prodotti dalla Procura per gli anni 2014 (contratto approvato con determina n. 432 del 2014) e 2013 (contratto approvato con determina n. 215 del 2013) (rinvenuti fra la documentazione allegata dalla Procura al doc. 14, prima relazione Carabinieri), prevedono espressamente poteri di controllo e vigilanza da parte dell'azienda sanitaria. In particolare, da una parte la società si impegna ad inviare la documentazione necessaria all'espletamento dei controlli entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di dimissione del paziente e, dall'altra, l'azienda sanitaria locale si impegna a effettuare il pagamento delle tariffe dovute entro sessanta giorni dalla data di ricevimento della fattura "*a seguito di esito positivo della verifica documentale*" (cfr. art. 14 contratto del 2013 e art. 15 contratto del 2014).

A fronte di tale situazione, pertanto, la prescrizione non può farsi decorrere dalla elaborazione delle relazioni peritali da parte dei professionisti incaricati della Procura contabile, come richiesto da quest'ultima, poiché l'azienda sanitaria, sin dalla ricezione del flusso informativo relativo alle dimissioni dei pazienti, era in possesso di tutte le informazioni necessarie, nonchè delle competenze per controllare i dati ricevuti e, se del caso, attivarsi, quanto meno dalla data dei

pagamenti, che costituiscono il momento del perfezionamento del danno, per il recupero delle tariffe indebitamente riconosciute.

L'eccezione di prescrizione deve, pertanto, ritenersi fondata e può essere accolta con riferimento a tutti i pagamenti effettuati dall'azienda sanitaria locale in favore del Centro chirurgico toscano s.r.l. anteriormente al 18 novembre 2015.

In secondo luogo, vanno esaminate le eccezioni formulate dalla difesa dei convenuti con riferimento alla posizione dell'amministratore e legale rappresentante Stefano Tenti, il quale è stato citato *"personalmente e nella sua qualità di amministratore unico della citata società"* (cfr. citazione pag. 30). A tal proposito occorre sottolineare che

sussiste, come non è contestato dagli stessi convenuti, il rapporto di servizio con la società, Centro chirurgico toscano s.r.l., che per effetto del rapporto di accreditamento, pur essendo estranea all'amministrazione pubblica, è inserita nell'organizzazione sanitaria ed è chiamata a svolgere un'attività analoga a quella offerta dal sistema sanitario pubblico, finanziata con risorse pubbliche. Parimenti, secondo la consolidata e condivisa giurisprudenza, tale rapporto di servizio è configurabile, contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa, anche nei confronti della persona fisica del legale rappresentante dell'ente, posto che *"come affermato dalla Corte di Cassazione "in tema di danno erariale, è configurabile un rapporto di servizio tra la pubblica amministrazione erogatrice di un contributo o finanziamento statale ed i legali rappresentanti di società persone giuridiche private percettrici dei medesimi, ovvero coloro che*

con quelle intrattengano un rapporto organico, che, disponendo della somma erogata in modo diverso da quello preventivato o ponendo in essere i presupposti per la sua illegittima percezione, abbiano frustrato lo scopo perseguito dalla P.A., distogliendo le risorse conseguite dalle finalità cui erano preordinate, senza, peraltro, che un'eventuale responsabilità della società o di altri soggetti elida di per sé sola quella dei legali rappresentanti stessi, al più operando il concorso dell'una e dell'altra" (cfr. Cass. SS.UU. 31/07/2017 n. 18991, Cass, SS.UU, 09/01/2013 n. 295, Cass. SS.UU., ord 03/03/2010 n. 5019)" (ex multis Sez. III centr. n. 175/2022). Tuttavia, per la sussistenza della responsabilità amministrativa è necessaria l'individuazione della specifica condotta, dolosa o gravemente colposa, tenuta dal legale rappresentante e tale da contribuire alla causazione del danno erariale.

La Procura, nel caso in esame, si è limitata a riferire che, data la posizione ricoperta dal convenuto, egli era sicuramente a conoscenza della condotta posta in essere dalla società e, pertanto, ha omesso di vigilare sulla correttezza dell'operato di quest'ultima. Tale allegazione, tuttavia, oltre a non essere provata, non appare sufficiente a configurare la responsabilità amministrativa a carico del legale rappresentante, che, altrimenti, verrebbe a rispondere dell'obbligazione risarcitoria in assenza di una condotta, attiva od omissiva, effettivamente tenuta. La domanda nei confronti del convenuto, Stefano Tenti, deve essere, dunque, rigettata, mancando sia l'allegazione che la prova del comportamento doloso o gravemente colposo specificamente tenuto, sia il nesso di causalità fra tale

eventuale comportamento ed il danno patito dall'erario.

Quanto al merito, il Collegio ritiene che la domanda nei confronti del Centro chirurgico toscano s.r.l. debba essere accolta nei limiti della prescrizione quinquennale maturata per il periodo anteriore al 18 novembre 2015.

La Procura ha contestato alla società convenuta, per una serie di ricoveri effettuati fra il 2013 ed il 2018, sia l'appropriatezza della codifica attribuita sulla base delle informazioni contenute nella scheda di dimissione, sia la correttezza del ricovero il giorno precedente a quello dell'intervento (c.d. pre-degenza), che, secondo la prospettazione attorea, sarebbe stato disposto in assenza di ragioni mediche, ma solo al fine di sollevare i pazienti, soprattutto se provenienti da località distanti e fuori regione, dai costi connessi al pernottamento.

Prima di considerare le singole vicende, occorre evidenziare come, in via generale, entrambi i comportamenti contestati costituiscano condotte illecite e siano configurabili quali cause di un indebito esborso di denaro pubblico e, dunque, di danno erariale.

Nel primo caso, l'attribuzione alla degenza di una codifica non appropriata, che comporti il rimborso di una tariffa più elevata rispetto a quella spettante, costituisce un comportamento contrario alle regole che disciplinano il sistema di convenzionamento. Come evidenziato dalla disciplina richiamata e parimenti sottolineato dal CTU nella propria relazione, secondo il disciplinare tecnico allegato al Decreto 27 ottobre 2000, n. 380 *"la codifica delle informazioni cliniche riportate*

*nella SDO deve essere effettuata da personale sanitario (medico o infermieristico) adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO” (cfr. CTU pag. 95). In particolare, ai fini della corretta classificazione dell'intero ricovero da parte del software chiamato *grouper*, è necessario che sia correttamente selezionata la c.d. diagnosi principale di dimissione, che costituisce, come illustrato dal CTU, “la condizione identificata alla fine del ricovero che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche” (cfr. CTU pag. 96). Sulla base della diagnosi principale, infatti, il software attribuisce al ricovero una codifica DRG in quanto “il sistema DRG è un sistema di classificazione che distribuisce i dimessi all'interno di 538 raggruppamenti (attualmente) di pazienti omogenei per quantità di risorse mediamente necessarie per la gestione delle problematiche cliniche e/o per l'erogazione della procedura (il riferimento è al codice procedura MPR, selezionato dall'algoritmo del *Grouper*, che identifica la procedura di maggior peso correlata alla condizione descritta in posizione di diagnosi principale)” (cfr. CTU pag. 98). Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe deve essere selezionata quale diagnosi principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse (cfr. CTU pag. 132).*

Sulla base di tali premesse, nella relazione del CTU vengono

analizzate, anno per anno, le cartelle cliniche oggetto di contestazione e vengono specificamente individuati i casi di errata codifica discendenti da erronea individuazione della diagnosi da parte del personale addetto alla compilazione delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO). A tal proposito la relazione del CTU è precisa e puntuale nella spiegazione delle ragioni per le quali, sulla base della normativa primaria e secondaria e delle linee guida regionali, la codifica è errata e avrebbe dovuto essere utilizzata altra codifica, caratterizzata da una tariffa inferiore. L'indagine effettuata dal CTU "è circoscritta ai ricoveri con interventi chirurgici ortopedici o neurochirurgici a livello della colonna vertebrale o delle articolazioni, e ORL sul setto nasale identificati dai DRG 234, DRG 532, DRG 496, DRG 498, DRG 500 e DRG 497" (cfr. CTU pag. 79) e la relazione finale, alla quale integralmente si rinvia per l'esame dei singoli casi, risulta sorretta da motivazione logica ed adeguata, non superata dalle contestazioni mosse dal consulente di parte dei convenuti. Il Collegio, pertanto, non ravvisa ragioni per discostarsi dalle risultanze della stessa anche alla luce dell'argomentazioni esposte dal CTU con riferimento alle contestazioni del CTP.

Con particolare riferimento ai casi di erronea attribuzione della classificazione DRG 532, il CTU ha sottolineato di avere tenuto conto sia delle "indicazioni specifiche fornite dalla Regione Toscana all'interno delle proprie Linee Guida di Codifica valide dall'anno 2007 in poi", sia di quelle "fornite dalla Regione Toscana all'interno delle proprie Linee Guida di Codifica pubblicate nell'aggiornamento dell'

anno 2014" (cfr. CTU pag. 122). Il richiamo alle linee guida regionali decorrenti dal 2007 consente, pertanto, di superare le argomentazioni della difesa circa l'assenza, almeno fino al 2016, di specifiche contestazioni da parte dell'azienda sanitaria locale, posto che l'eventuale inerzia di quest'ultima non può legittimare comportamenti contrari alle norme regionali esistenti.

Le risultanze della CTU vengono condivise anche con riferimento alla seconda tipologia di condotte contestate. In questi casi, il Centro chirurgico toscano s.r.l. ha posto a carico del servizio sanitario nazionale gli ingenti costi di una giornata di degenza aggiuntiva rispetto a quanto necessario con riferimento alle specifiche condizioni cliniche del paziente. In tal modo mentre quest'ultimo, soprattutto se proveniente da fuori regione, è stato agevolato, non avendo dovuto sostenere in proprio le spese alberghiere per il pernottamento, la struttura ha lucrato il rimborso per la degenza, che, comprendendo servizi ben più ampi rispetto al semplice servizio alberghiero di vitto e alloggio, ha pesato sulle casse pubbliche per importi molto consistenti.

A tal proposito non possono essere condivise le argomentazioni della difesa, che ha evidenziato come fino al 2016 non ci fossero specifiche disposizioni regionali che vietassero la pratica del ricovero anticipato e che solo dal marzo 2016, la regione avrebbe fornito indicazioni per collegare la c.d. pre-degenza a specifiche situazioni di fragilità del paziente che la giustificassero. Infatti, anche in mancanza di un espresso divieto in tal senso, non vi è dubbio, per quanto precedentemente illustrato, che la condotta finalizzata a traslare

sull'erario pubblico il costo di un giorno di degenza non richiesto dalle specifiche condizioni del paziente costituisca un comportamento illecito contrario alle regole più generali che sovrintendono allo svolgimento del servizio pubblico sanitario. Peraltro, è la stessa società convenuta che illustra le ragioni della pre-degenza, escludendo qualunque collegamento con le condizioni cliniche del paziente, infatti, come riportato in CTU, *"tutti i casi in cui è stato contestato il giorno di ricovero precedente a quello dell'intervento chirurgico, riguardavano pazienti provenienti da oltre 300 Km di distanza (nessuno di loro era toscano). Farli ricoverare la mattina dell'intervento significava farli partire da casa loro alle 2 di mattina, ovvero costringerli a pernottare in albergo ad Arezzo. Concordiamo, pertanto, che il comportamento di CCT non è stato conforme alla prassi, ma sottolineiamo che non è stata trasgredita alcuna legge, anche nell'intento, errato secondo i consulenti del NAS e della Procura, di arrecare il minor disagio possibile al paziente ..."* (cfr. CTU pag. 114).

Con riferimento ai singoli casi contestati, il CTU, per l'anno 2018, ha individuato, per l'errata attribuzione della codifica, un indebito complessivo di euro 20.590,00, che non è stato contestato dai convenuti (cfr. relazione CTU pag. 112), e con riferimento alle pre-degenze non necessarie, un indebito di euro 2.054,00 (cfr. relazione CTU pag. 116). A tal proposito ed in via esemplificativa, rinviando alla relazione del CTU per la puntuale analisi dei singoli casi, non possono essere condivise le contestazioni della difesa dei convenuti, secondo la quale quest'ultimo paziente, di 44 anni, destinato ad essere operato

il giorno dopo alle ore 13:00 per asportazione di una cisti dolente al polso sinistro, avrebbe dovuto beneficiare del ricovero sin dal giorno prima in quanto soggetto fragile a causa di una caduta dal motorino risalente a cinque giorni prima nella quale aveva riportato escoriazioni multiple (cfr. relazione CTU pag. 116). Come riportato in CTU, pertanto, per l'anno 2018 il credito complessivo ASL Toscana sud est, in gran parte non contestato, ammonta a euro 22.644,00.

Per l'anno 2017 sono stati individuati 2 ricoveri (n. 967 e n. 5922) con errata codifica per attribuzione di DRG 532 piuttosto che DRG 500 per un importo di euro 8.344,00. Con riferimento al primo, il CTU conclude, in applicazione delle regole già evidenziate, che *“la patologia principale che dà origine alla necessità del trattamento chirurgico è l'aderenza cicatriziale post operatoria che viene trattata mediante lisi. Le Linee Guida 2007 danno indicazione vincolante all'utilizzo 'convenzionale' di un codice della categoria 722 per la diagnosi principale. La procedura 'lisi di aderenze' è indicata in modo corretto con il codice 03.6. La combinazione del codice diagnosi 722.93 con il codice procedura 03.6 produce il DRG 500. Pertanto è confermata la contestazione sollevata dalla Procura”* (cfr. CTU pag. 139). Anche con riferimento al secondo caso viene confermata l'errata ricostruzione della codifica in quanto *“il codice diagnosi principale 349.2 'Disturbi delle meningi non classificati altrove' utilizzato nella SDO da CCT non trova corretta indicazione nel caso concreto [...] Il codice intervento 80.51 che indica l'intervento praticato di asportazione del disco intervertebrale in associazione con il codice diagnosi principale 722.10 determina il DRG 500”* (cfr. CTU

pag. 140).

Inoltre, è stato individuato un caso, il ricovero n. 5333, di irregolare degenza per il giorno anteriore all'intervento per un importo di euro 1.669,00. Con riferimento a quest'ultimo caso il CTU, illustrando i parametri utilizzati per valutare l'eventuale fragilità del paziente (*"la Scala di Rockwood è uno strumento semplice e accessibile che può essere utilizzato per valutare in modo rapido la fragilità"* (cfr. CTU pag. 125), evidenzia che *"il paziente è stato operato nel pomeriggio, proviene da una località a distanza non proibitiva e non rientra nei parametri che consentono la diagnosi di fragilità"* (cfr. CTU pag. 124) e, pertanto, esclude la necessità della pre-degenza.

Per l'anno 2016, con riferimento ai casi di errata codifica, il CTU ha confermato l'erronea attribuzione della diagnosi principale in tutti i casi contestati dalla Procura (cfr. CTU pagg. 146-160), mentre, con riferimento alle pre-degenze, dopo aver specificamente esaminato tutti i casi contestati dalla Procura, ha concluso che, a seguito della rivalutazione di alcuni di questi da parte del nucleo di Area Vasta, che ha condotto alla relativa riduzione tariffaria, può essere individuato un credito risarcitorio leggermente inferiore a quello richiesto dalla Procura per un importo complessivo relativo al 2016 di euro 69.665,00 (cfr. CTU pag. 144).

Per l'anno 2015, la relazione di CTU, a cui si rinvia integralmente per l'esame specifico dei singoli casi, provvede, secondo la tecnica già illustrata per le precedenti annualità, all'esame dei casi contestati di errata codifica o di pre-degenza non dovuta. Tuttavia, per tale anno

occorre considerare l'effetto estintivo della prescrizione per tutti i casi per i quali il pagamento, cioè il momento di concretizzazione ed attualizzazione del danno contestato, sia intervenuto in data successiva al 18 novembre 2015. A tal proposito non essendo stata fornita indicazione specifica delle date di pagamento dei differenti crediti, il Collegio fa applicazione di un criterio generale derivante dalla disciplina, sancita nei contratti di accreditamento depositati in atti, secondo la quale il pagamento avviene di norma decorsi sessanta giorni dalla data di presentazione della fattura e dei relativi documenti, presentazione che si colloca entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quella della prestazione. Alla luce di tale regola possono ritenersi non prescritti tutti i crediti afferenti a prestazioni effettuate negli ultimi quattro mesi del 2015 (cioè da settembre, con presentazione dei documenti entro il 15 ottobre successivo e pagamento nei sessanta giorni successivi).

Per tale ragione possono ritenersi non prescritti i seguenti crediti (a tal fine sono stati utilizzati i documenti allegati alla CTU per individuare la data del ricovero ed il numero dell'intervento ed i dati contenuti nella relazione conclusiva dei Carabinieri di cui al doc. 11 citazione per individuare l'importo spettante all'amministrazione, salvo diversa quantificazione da parte del CTU):

cartella 4667 (relativa ad un intervento del 7/9/2015), credito di euro 3.312,00;

cartella 6096 (relativa ad un intervento del 5/11/2015), credito di euro 5.384,00;

cartella 6851 (relativa ad un intervento del 3/12/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 6855 (relativa ad un intervento del 3/12/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 5498 (relativa ad un intervento del 10/10/2015), credito di euro

3.312,00;

cartella 5861 (relativa ad un intervento del 26/10/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 6195 (relativa ad un intervento del 9/11/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 6342 (relativa ad un intervento del 14/11/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 6929 (relativa ad un intervento del 7/12/2015), credito di euro

3.599,00;

cartella 7032 (relativa ad un intervento del 11/12/2015), credito di euro

3.312,00;

cartella 6064 (relativa ad un ricovero del 03.11.15), credito di euro

622,00;

cartella n. 6570 (ricovero del 24.11.15), credito di euro 622,00;

cartella n. 6812 (ricovero del giorno 1.12.15), credito di euro 622,00;

cartella n. 7103 (ricovero del 15.12.15), credito di euro 622,00 (per le ultime quattro cartelle cfr. relazione CTU pag. 194 e 105).

Conseguentemente per il 2015, considerati gli effetti della prescrizione,

va riconosciuto un credito risarcitorio di euro 39.402,00.

Conclusivamente, pertanto, l'ammontare del danno risarcibile dalla

società convenuta va determinato in euro 22.644,00 per il 2018, euro 10.013,00 per il 2017, euro 69.665,00 per il 2016 ed euro 39.402,00 per il 2015, per un totale complessivo di euro 141.724,00.

Le risultanze della CTU non possono, peraltro, essere inficiate, come sostenuto da parte convenuta, in ragione della mancata partecipazione, al collegio peritale, di un medico con specializzazione neurochirurgica, che sarebbe stata indicata come necessaria “*nella Relazione del Policlinico Militare di Roma del 18 ottobre 2023*”. Il Collegio, infatti, nella scelta del proprio ausiliario ha selezionato un professionista con specializzazione medico legale e quest’ultimo, previa autorizzazione, si è avvalso come ausiliario di un altro professionista, dotato di specifiche competenze in tema di codifiche sanitarie e flussi SDO. Pertanto, non si ravvisano ragioni, né sono condivisibili quelle indicate dai convenuti, per ritenere che tali competenze non fossero adeguate allo svolgimento dell’incarico assegnato.

Quanto alla sussistenza dell’elemento soggettivo, il Collegio non può non rilevare che sia la previsione di giorni di degenza ulteriori rispetto a quelli necessari, sia l’attribuzione di diagnosi errate, ma tali da incrementare l’ammontare della tariffa dovuta, evidenzino una componente di volontarietà, che consente di configurare, in entrambi i casi, l’elemento soggettivo del dolo, che nel caso in giudizio concerne non solo la condotta, ma anche l’evento dannoso consistente nel conseguire rimborsi superiori a quelli che sarebbero, altrimenti, spettati.

Quanto, infine, alla configurabilità e determinabilità del danno arrecato, occorre evidenziare come la previsione di giorni di degenza non necessari e l'errata attribuzione della codifica abbiano determinato un esborso non dovuto di denaro pubblico da parte dell'erario. La quantificazione del danno, contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa dei convenuti, non è incerta o indeterminata in quanto è pari alla differenza tra la tariffa ricevuta dalla società convenuta per effetto delle degenze non necessarie e delle codifiche erroneamente attribuite e la tariffa che le sarebbe spettata in assenza delle condotte illecite accertate. Quanto all'individuazione dell'amministrazione specificamente danneggiata, occorre premettere che la disciplina dettata dall'art. 86 co. 2 lett. d) c.g.c. non menziona tale individuazione fra gli elementi essenziali dell'atto introduttivo, la cui mancanza è sanzionata da nullità. Secondo la condivisa giurisprudenza contabile, infatti, è indifferente per il convenuto, una volta determinato il danno di cui si chiede il risarcimento, versare tale somma nei confronti di uno o di un altro soggetto pubblico (in tal senso Sez. I centr. n. 235/2024, nonché Sez. II centr. n. 100/2024), in particolare *“l'erronea indicazione dell'Amministrazione danneggiata, quando la stessa sia univocamente individuabile dal contesto, e l'errore non incida sulla individuazione del danno erariale dedotto a fondamento della domanda risarcitoria, costituisce una “falsa demonstratio” che (...) “non nocet”, risolvendosi in un'indicazione suscettibile di essere rettificata ex officio dal giudice con la pronuncia”* (Sez. app. Sicilia n. 156/2022)

Pertanto, applicando le predette indicazioni ermeneutiche al caso in

giudizio, il Collegio ritiene di potere individuare l'amministrazione a cui favore il convenuto è tenuto ad effettuare il pagamento nell'Azienda USL Toscana Sud Est, come peraltro indicato dalla Procura stessa nel proprio atto introduttivo.

Su tale indicazione non incidono le considerazioni, evidenziate a seguito dell'ordinanza collegiale n. 56/2022, relative al funzionamento delle procedure di mobilità interregionale dei pazienti ed alla conseguente possibilità che, per effetto della regolazione dei rapporti economici fra le regioni eroganti il servizio sanitario, l'onere finale della prestazione potrebbe ricadere, anche parzialmente, sulla regione di provenienza del paziente. Infatti, posto che l'individuazione dell'amministrazione nei cui confronti deve essere effettuato il pagamento può essere effettuata dal giudice sulla base della natura del danno e delle sue caratteristiche, nel caso in giudizio, come in casi analoghi, l'unico soggetto che può ritenersi danneggiato *"è quello con il quale la società ha instaurato il rapporto di servizio (puntualmente indicato nel libello introduttivo) ed ha sostenuto nell'immediato l'esborso non dovuto"* (Sez. II Centr., sent. n. 230/2021) e cioè l'Azienda USL Toscana Sud Est. Pertanto, non può essere attribuita rilevanza, come invece sostenuto dalla difesa dei convenuti, alle successive vicende relative ai rapporti di compensazione delle tariffe interregionali, posto che il danno è stato prodotto in via diretta ed immediata nei confronti dell'Azienda USL Toscana Sud Est, la quale, sulla base del rapporto di accreditamento, ha effettuato l'esborso della tariffa non dovuta, mentre i successivi rapporti interregionali attengono

ad una fase successiva, che non incide sul rapporto di accreditamento.

Infine, il Collegio deve dare atto che, nelle more del deposito della presente sentenza, è entrata in vigore la legge n. 1 del 2026, che all'art. 6 prevede espressamente che *“le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), si applicano ai procedimenti e ai giudizi pendenti, non definiti con sentenza passata in giudicato alla data di entrata in vigore della presente legge”*. Ciò posto, deve, tuttavia, escludersi l'applicabilità del nuovo potere riduttivo introdotto dall'art. 1 della legge n. 1 del 2026, posto che, nel caso in giudizio, la condotta risulta connotata dal dolo.

In conclusione, va rigettata la domanda nei confronti di Stefano Tenti, mentre la società titolare del rapporto di accreditamento, Centro chirurgico toscano s.r.l., deve essere condannata al risarcimento in favore dell'Azienda USL Toscana Sud Est della somma di euro 141.724,00. Su tale somma va applicata la rivalutazione, calcolata per le tariffe afferenti alle differenti annualità dal 31 dicembre di ciascun anno. Infine, sulla somma così rivalutata sono dovuti gli interessi legali dalla data della pubblicazione della sentenza e fino al soddisfo.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza, per cui la società Centro chirurgico toscano s.r.l. viene condannata al pagamento delle spese di lite, che vengono liquidate come in dispositivo, mentre, stante la comune costituzione in giudizio e la conseguente comune difesa, possono essere compensate nei confronti di Stefano Tenti. Le spese di CTU, già liquidate con separate decreto, vengono poste definitivamente a carico della società, Centro chirurgico toscano s.r.l.,

sulla base del principio della soccombenza.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale regionale per la Toscana,
in composizione collegiale, definitivamente pronunciando, rigettata
ogni altra eccezione e istanza,

rigetta la domanda nei confronti del convenuto Stefano Tenti,
condanna la società convenuta, Centro chirurgico toscano s.r.l., al
risarcimento del danno di euro 141.724,00 in favore dell'Azienda USL

Toscana Sud Est, oltre rivalutazione monetaria come in parte motiva
ed oltre interessi legali calcolati sulla somma rivalutata dal deposito
della sentenza e fino al soddisfo;

condanna la società convenuta, Centro chirurgico toscano s.r.l., al
pagamento delle spese di lite nella misura di euro 1.074,34
(millesettantaquattro/34).

dichiara compensate le spese di lite per Stefano Tenti;
pone le spese di CTU, già liquidate con separate decreto,
definitivamente a carico della convenuta Centro chirurgico toscano
s.r.l..

Così deciso in Firenze, nelle camere di consiglio del 10 dicembre 2025
e del 12 febbraio 2026.

Il Giudice estensore

Il Presidente

Alessandra Cucuzza

Angelo Bax

F.to digitalmente

F.to digitalmente

Depositata in Segreteria il 17/02/2026

Il Funzionario

