



REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE TOSCANA

composta dai seguenti Magistrati:

Leonardo Venturini      Presidente

Giuseppe di Pietro      Consigliere

Khelena Nikifarava      Referendario

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A n. 47 /2024

nel giudizio iscritto al n. 62675 del registro di segreteria, promosso dal Procuratore regionale della Corte dei conti nei confronti di Bussolini Lucio, nato a Firenze il 13.12.1965 e residente a Signa (FI) in via delle Terrecotte, rappresentato e difeso giusta procura in atti, congiuntamente e disgiuntamente, dagli avvocati Camilla Lisanti, Tullio D'Amora e Marta Iacopini, elettivamente domiciliato presso lo Studio legale Lessona, sito a Firenze in via de' Rondinelli n. 2, con i seguenti indirizzi PEC indicati ai fini delle comunicazioni e delle notificazioni ai sensi dell'art. 28 c.g.c.:

camilla.lisanti@firenze.pecavvocati.it;

tulliodamora@pec.ordineavvocatifirenze.it;

marta.iacopini@firenze.pecavvocati.it;

esaminati gli atti e i documenti del giudizio;

uditi, all'udienza pubblica del 9 novembre 2023, il relatore e il P.M.,

nella persona del sost. proc. reg. Massimo Lupi, nonché dell'avv. Marta

Iacopini, anche in sostituzione degli avvocati Camilla Lisanti e Tullio

D'Amora, per parte convenuta;

ritenuto in

#### F A T T O

Con atto di citazione ritualmente notificato, la Procura regionale presso

questa Sezione giurisdizionale ha convenuto in giudizio il dott.

Bussolini Lucio, chiedendone la condanna al risarcimento del danno in

favore dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, nella misura

complessiva di € 60.543,34, ovvero della maggiore o minore somma

ritenuta di giustizia, oltre alla rivalutazione monetaria dalla data

dell'evento lesivo e con gli interessi legali dalla pubblicazione della

sentenza di condanna, oltre al pagamento delle spese processuali.

A sostegno della domanda, ha dedotto che il convenuto, medico

chirurgo in regime di convenzione con l'ASL di Firenze, avrebbe

prescritto abusivamente una serie di farmaci con il ricettario del SSN

(le cc.dd. ricette rosse) a pazienti iscritti nelle liste di altri medici e

trattati in regime di attività libero – professionale, nel periodo compreso

tra il 2012 e il 2015.

Per questi stessi fatti, oltre che per una serie di condotte criminose

contestuali e/o avvinte dal vincolo della continuazione, il convenuto era

stato già sottoposto ad indagini per i delitti di peculato, truffa aggravata

e falso; ai sensi dell'art. 444 c.p.p., egli stesso aveva richiesto ed

ottenuto l'applicazione della pena di anni due di reclusione (sent. del

GIP di Firenze n. 6135 del 16.1.2017, irrevocabile il 30.3.2017).

L'Azienda sanitaria aveva cercato di ottenere il risarcimento dei danni, dapprima costituendosi parte civile e successivamente, non potendo ottenere una pronuncia in sede penale a seguito dell'opzione dell'imputato per il rito del c.d. patteggiamento (artt. 444 e segg. c.p.p.), agendo in sede giuslavoristica. La sentenza favorevole di primo grado del Giudice del Lavoro (n. 555/2020), però, veniva riformata in appello, in virtù della declaratoria del difetto di giurisdizione dell'Autorità Giudiziaria Ordinaria, in favore della Corte dei conti (sent. della Corte d'Appello di Firenze n. 850/2021).

Pertanto, l'azione è stata proposta in questa sede, dove il danno è stato quantificato in complessivi € 65.543,34, sulla scorta del calcolo dei costi dei farmaci indebitamente prescritti, come comunicato dall'Amministrazione (nota n. 22717 del 29.3.2021, in atti); dalla somma, è stato successivamente detratto l'importo di € 5.000,00, versato *medio tempore* dal convenuto, sicché la contestazione è stata ridotta alla minor somma di € 60.543,34.

A parere del Pubblico Ministero, la condotta del convenuto, posta in essere nell'ambito di un rapporto di servizio, integrerebbe gli estremi della responsabilità erariale e sarebbe di matrice chiaramente dolosa. Inoltre, contrariamente a quanto argomentato a seguito dell'invito a dedurre, le somme non sarebbero cadute in prescrizione, in quanto il termine sarebbe stato interrotto dall'avvenuta costituzione di parte civile dell'Amministrazione nel processo penale.

Nel merito, a fronte di una sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p., il fatto dovrebbe essere presunto,

salvo prova contraria. In ordine al *quantum*, l'importo di € 5.000,00, già versato dal convenuto, non potrebbe coprire il danno inferto all'ASL, ma costituirebbe un ristoro soltanto parziale, del quale si sarebbe tenuto conto nella quantificazione della domanda; per altro verso, non vi potrebbero essere detratte le somme trattenute dall'Azienda a titolo di sanzione disciplinare (come da delibere del Direttore generale n. 845/2016, n. 1158/2016 e n. 1024/2016), che avendo natura sanzionatoria non potrebbero essere poste in compensazione con i diversi e ulteriori importi costituenti danno erariale.

Pertanto, la Procura regionale ha concluso per la condanna del convenuto al pagamento in favore dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro della somma di € 60.543,34, oltre accessori e con vittoria di spese.

Il convenuto, costituendosi in giudizio, dopo aver evidenziato che la condotta contestata in questa sede coprirebbe soltanto una parte delle imputazioni (quelle di cui ai capi A e B), ha censurato la contraddittorietà dell'azione della Procura, che, senza compiere alcun accertamento investigativo ulteriore, avrebbe da un lato fatto leva ai fini probatori sulla sentenza di patteggiamento, mentre dall'altro lato avrebbe trascurato che nella stessa decisione il GIP aveva condiviso le valutazioni del PM, in ordine alla possibilità di concedere l'attenuante di cui al n. 5 dell'art. 62 c.p., per la speciale tenuità del pregiudizio inferto all'Amministrazione.

Nel merito, i difensori hanno dedotto che, pur attivandosi per ottenere documenti e chiarimenti presso gli uffici, non sarebbero riusciti ad

avere copia delle liste dei pazienti del dott. Bussolini, al fine di dimostrare che le cc.dd. ricette rosse non erano mai state utilizzate per prescrivere i farmaci ai pazienti iscritti nelle liste di altri medici convenzionati. Di contro, l'Amministrazione avrebbe rappresentato l'impossibilità di recuperare le informazioni, a causa dei cambi di "gestionale informatico".

Non essendo possibile ricostruire il numero e i nominativi dei pazienti iscritti nelle liste del convenuto, la domanda sarebbe priva di qualsivoglia supporto probatorio, atteso che non potrebbe essere dimostrato, di conseguenza, che le ricette erano state emesse per pazienti di altri medici.

Inoltre, non risulterebbe provato in alcun modo che le ricette in contestazione erano state rilasciate nell'ambulatorio privato del Bussolini, a seguito di apposite visite specialistiche effettuate nell'esercizio della libera professione.

A tal proposito, la difesa ha evidenziato che, all'annotazione di indagine dei NAS (all. 3 alla cit.), sono allegati dei fogli in *excel*, sui quali sono riportati i dati forniti dalle varie ASL in merito alle prescrizioni eseguite tra il 2012 e il 2015, con l'indicazione del paziente, del farmaco prescritto e della data, nonché del medico di medicina generale nella cui lista i pazienti sarebbero stati iscritti al momento della prescrizione.

Non risulterebbero però depositati, né in questa sede né nell'ambito penale e/o lavoristico, gli elenchi dei pazienti affidati al dott. Bussolini nel periodo 2012 – 2015, né la documentazione dalla quale sarebbero stati ricavati i dati riversati nei fogli in *excel*; in altri termini, non sarebbe

in alcun modo provato che i pazienti oggetto di contestazione fossero effettivamente iscritti nelle liste di altri medici.

La documentazione, necessaria a dimostrarlo, non esisterebbe nemmeno agli archivi dell'ASL Toscana Centro, come attestato dal dott. Latella, dipendente dell'Amministrazione, nello scambio di *e.mail* con i difensori.

Poiché i semplici elenchi in *excel* non costituirebbero fonte di prova, avendo ad oggetti dati non verificati né verificabili, la Procura non avrebbe ottemperato al proprio onere probatorio, sicché la domanda dovrebbe essere rigettata *de plano*.

I difensori hanno aggiunto che, pur non disponendo degli elenchi, il convenuto sarebbe in grado di dimostrare che alcuni dei pazienti, attribuiti ad altri medici nei fogli in *excel*, sarebbero stati in realtà suoi assistiti; infatti, egli avrebbe reperito un numero significativo di "cartoncini", *id est* di quegli attestati cartacei che all'epoca venivano rilasciati dall'ASL agli utenti al momento della scelta del medico (doc. 2), dai quali si desumerebbe che si trattava di pazienti inseriti nelle sue liste.

Ovviamente, non sarebbe stato possibile reperire tutti i cartoncini, in quanto venivano rilasciati al paziente e non al medico, sicché il Bussolini sarebbe riuscito a ritrovare solo quelli che, per le ragioni più varie, erano rimasti nella sua disponibilità, o che gli assistiti, opportunamente contattati nell'esercizio dell'attività difensiva, erano stati in grado di reperire e di consegnargli.

Tuttavia, dall'esame di quelli recuperati, emergerebbe che ad esempio

n. 34 pazienti (elencati alle pagine 15-16 della comparsa), indicati nei prospetti in *excel* come affidati ad altri medici, erano in realtà assistiti del dott. Bussolini.

I dati desumibili dai cartoncini, pur non relativi a tutte le ricette, dimostrerebbero l'inattendibilità strutturale della contestazione e delle risultanze delle (superficiali) indagini dei NAS, anche perché il convenuto si troverebbe nell'impossibilità di provare il contrario per tutti gli altri pazienti, avendo dimostrato che l'Amministrazione non sarebbe stata in grado di reperire le liste.

L'inattendibilità dei dati troverebbe conferma nell'indicazione del numero degli assistiti reperibile sulla scorta delle buste paga (essendo fatto notorio che i medici convenzionati vengano retribuiti in base al numero dei pazienti loro assegnati), fornita dal dott. Latella (doc. 1 e tabella di cui all'all. 3). Poiché si tratta di un numero elevatissimo di pazienti (arrivati a n. 729 a dicembre del 2015), sarebbe inverosimile che, dal 2012 al 2015, il convenuto potesse aver emesso solo n. 14 ricette regolari, come indicato dai NAS nel prospetto di sintesi, sull'assunto che tutte le altre fossero invece illegittime; infatti, la tesi degli inquirenti implicherebbe che nessuno di tutti questi assistiti sia mai stato visitato dal Bussolini, non essendo mai stato contestato che egli abbia svolto la propria attività in maniera regolare e professionale. Pertanto, sarebbe evidente che i NAS, per ovviare a siffatte evidenti carenze investigative, non avrebbero mai realmente effettuato un raffronto tra i nomi asseritamente assegnati agli altri medici e l'elenco dei pazienti del dott. Bussolini.

Inoltre, non vi sarebbe la prova che i ricettari siano stati utilizzati per i pazienti visitati in ambito specialistico cardiologico, o comunque al di fuori dagli ambulatori destinati ad ospitare la sua attività in regime convenzionale.

Peraltro, anche qualora si volesse ritenere raggiunta la prova dei fatti, l'illecito amministrativo – contabile non sarebbe comunque configurabile, in quanto l'eventuale erroneità nel procedimento prescrittivo non causerebbe *ex se* un pari danno erariale, atteso che a tal fine occorrerebbe dimostrare che i farmaci non erano effettivamente dovuti.

Diversamente argomentando, si perverrebbe ad un'inammissibile inversione dell'onere della prova, che graverebbe invece sulla Procura attorea, trattandosi di un elemento costitutivo della responsabilità erariale.

In quest'ottica, non a caso, il GIP avrebbe condiviso le valutazioni del PM in ordine alla possibilità di concedere l'attenuante di cui al n. 5 dell'art. 62 c.p., per la speciale tenuità del pregiudizio inferto all'Amministrazione.

A parere della difesa, ne conseguirebbe che la condotta del convenuto non potrebbe essere qualificata come *contra ius*; in ogni caso, non sarebbe configurabile alcun danno erariale, trattandosi di farmaci comunque dovuti e correttamente prescritti sul piano sostanziale.

In altri termini, l'erroneità nel procedimento di rilascio del farmaco non equivarrebbe di per sé alla produzione di un danno erariale, dovendosi astrarre la fattispecie globale dalla mera sequenza procedimentale;

l'unico discrimine sarebbe costituito dall'insussistenza della doverosità del farmaco, che nel caso in esame non sarebbe stata mai dimostrata.

A parere dei difensori, infine, non sarebbe configurabile in alcun modo l'elemento soggettivo doloso, sia in quanto il dott. Bussolini non avrebbe mai potuto trarre un arricchimento o altro tornaconto personale dalla prescrizione con le cc.dd. ricette rosse, sia perché, anche se avesse davvero prescritto i farmaci a pazienti di altri medici, peraltro ritenendoli iscritti nelle proprie liste in assoluta buona fede, non sarebbe stato comunque ipotizzabile un danno per l'erario, trattandosi di medicine necessarie e comunque rimborsabili dal SSN.

I difensori hanno concluso, pertanto, per la reiezione della domanda o per la riduzione del *quantum debeatur*, anche mediante la detrazione di quanto già versato spontaneamente (€ 5.000,00) e a seguito dell'irrogazione delle sanzioni disciplinari (complessivi € 37.500,00), oltre che degli importi dei farmaci prescritti ai pazienti per i quali sarebbe stata dimostrata l'iscrizione nelle liste del dott. Bussolini.

In via subordinata, hanno auspicato l'esercizio del potere riduttivo dell'addebito, di cui all'art. 52 del R.D. n. 1214/1934, in considerazione dell'impossibilità per il convenuto di difendersi adeguatamente a causa dello smarrimento delle liste da parte dell'ASL, dell'assenza di vantaggi o altre utilità e della mancanza di qualsivoglia danno erariale effettivo; con vittoria di spese e compensi.

All'udienza di discussione, il Pubblico Ministero, ad integrazione delle scarse indicazioni contenute nell'atto di citazione, ha dedotto che il quadro probatorio sarebbe del tutto completo e coerente, giacché dalla

seconda annotazione di servizio dei NAS del 14 aprile 2016 (pagg. 7 – 8), ben più articolata di quella citata dai difensori, si desumerebbero tutte le attività investigative e gli specifici elementi di prova, rilevabili anche dagli allegati (da 12 a 22 bis). Poiché le annotazioni di servizio farebbero fede fino a querela di falso, le indicazioni in merito all'acquisizione presso l'ASL Centro delle prescrizioni effettuate con le cc.dd. ricette rosse (n. 2722, all. 12 e 12 bis), oltre che presso le altre ASL, e del successivo riscontro con i dati risultanti dall'anagrafe sanitaria, dovrebbero costituire prova inconfutabile del fatto che centinaia di prescrizioni fossero irregolari.

Pertanto, dalle n. 2722 ricette irregolari sarebbero state successivamente detratte quelle risultate corrette ad un esame più approfondito (n. 14, all. 12 *quater*).

Pertanto, il confronto tra le ricette e le liste dei pazienti, la cui mancanza è stata evidenziata a tinte forti nella memoria di costituzione, sarebbe stato invece correttamente effettuato e riportato nelle annotazioni di servizio, che farebbero fede fino a querela di falso; il convenuto, richiedendo ed ottenendo l'applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., non avrebbe smentito le risultanze investigative, ma avrebbe implicitamente avallato la validità del quadro probatorio.

Contrariamente a quanto argomentato in comparsa, le n. 14 ricette risultate regolari non sarebbero le uniche rilasciate ai numerosissimi pazienti del dott. Bussolini nel corso degli anni, ma costituirebbero quelle detratte dall'elenco originario delle prescrizioni illegittime; in ordine al numero complessivo delle ricette rosse correttamente

utilizzate, non sarebbe stato effettuato nessun accertamento, trattandosi di una circostanza del tutto irrilevante ai fini investigativi.

A riscontro della correttezza dell'impostazione accusatoria, sarebbero state acquisite le testimonianze di un centinaio di pazienti, che avrebbero confermato di essere iscritti nelle liste di altri medici di medicina generale, aggiungendo che il convenuto esercitava effettivamente la libera professione, senza rilasciare alcuna ricevuta a fronte dell'incasso dei corrispettivi (annotazione di servizio, pag. 6, nonché allegati 9, 9 *bis* e 9 *ter*).

A fronte di un siffatto quadro probatorio, il Bussolini non avrebbe mosso alcuna contestazione; di contro, avrebbe optato per il rito ex art. 444 c.p.p. e, in sede disciplinare, non avrebbe impugnato i provvedimenti di irrogazione delle sanzioni, così confermando ripetutamente la correttezza dell'impostazione accusatoria. Inoltre, avrebbe rilasciato dichiarazioni di natura sostanzialmente confessoria (all. 9 alla cit. e all. 3 all'annotazione dei NAS del 14.4.2016), adducendo giustificazioni *ictu oculi* del tutto destituite di fondamento.

Il Pubblico Ministero ha aggiunto che il convenuto sarebbe sempre stato perfettamente al corrente dell'identità dei suoi assistiti, grazie ai flussi di comunicazione con le ASL (art. 44 del CCNL dei medici di medicina generale), anche perché diversamente non avrebbe potuto svolgere la propria attività in convenzione.

In ordine alle presunte controprove prodotte dalla difesa, la Procura erariale ha contestato il valore probatorio delle comunicazioni del dott. Latella, contenute in uno scambio di *e.mail* (non PEC) con i difensori,

di carattere non istituzionale e prive di firma digitale, dunque assolutamente inidonee ad essere ascritte all'ASL; inoltre, non vi sarebbe prova che lo scambio sia avvenuto in un momento in cui era stata già rilasciata la procura *ad litem*, sicché anche i richiedenti non avrebbero avuto alcuna legittimazione a svolgere attività difensiva. Nel merito, le circostanze indicate dal dott. Latella sarebbero del tutto irrilevanti, in quanto non potrebbero comunque provare che, al momento in cui erano state esaminate dagli inquirenti, le liste fossero quelle corrette e che fossero complete ed esaustive; in altri termini, se anche le indicazioni del dott. Latella fossero vere, costituirebbero una sopravvenienza del tutto irrilevante, atteso che, qualora all'epoca le liste fossero andate smarrite, il Bussolini non avrebbe nemmeno potuto esercitare la sua attività di medico di medicina generale.

Del tutto irrilevanti sarebbero anche i cc.dd. cartoncini prodotti dalla difesa, peraltro pochissimi (poco più di 70) a fronte di circa 2.400 ricette irregolari e, talora, concernenti posizioni non oggetto di contestazione (come i 14 già espunti ed altri 6 successivamente accertati); infatti, essi venivano rilasciati al momento della richiesta del medico e non all'atto dell'assegnazione, sicché non sarebbero idonei a dimostrare che le istanze erano state accolte e che i pazienti erano stati effettivamente assegnati al dott. Bussolini, o che alla data delle contestate prescrizioni illegittime vi fossero ancora effettivamente inseriti.

Ad ulteriore conferma della correttezza dell'impostazione accusatoria, il PM ha evidenziato che, ad esempio, tra i cartoncini prodotti, vi sarebbe anche quello della paziente -, del 13.4.2015, che già in data

25.6.2015 avrebbe lamentato il mancato inserimento nelle liste del dott. Bussolini, sostenendo che lo studio, dove questi esercitava l'attività libero – professionale, le veniva comodo sul piano logistico perché situato nelle vicinanze della sua abitazione; proprio a seguito di questa segnalazione, l'ASL sarebbe venuta a conoscenza dell'attività professionale esercitata dal convenuto; inoltre, pur non essendo stata ammessa la - tra i pazienti del dott. Bussolini, sarebbe stata destinataria di una prescrizione su ricetta rossa, palesemente illegittima, in data 28.7.2015.

Di contro, in realtà, l'assegnazione dei pazienti sarebbe stata verificabile soltanto attraverso il portale dell'ASL e con il riscontro nelle liste, potendo i cartoncini attestare, al più, la data di richiesta.

In ordine alla pretesa insussistenza del danno erariale, il PM ha richiamato alcuni precedenti giurisprudenziali di questa stessa Sezione, che confermerebbero l'irrilevanza del verificare se i pazienti siano effettivamente bisognosi dei farmaci prescritti con le ricette rosse (sent. n. 300/2022). Inoltre, ha contestato la rilevanza delle valutazioni del giudice penale sull'entità dei danni, essendo effettuate con finalità del tutto diverse e nell'ambito di una ricostruzione complessiva del fatto reato e della sua gravità (valutata non tanto sotto il profilo economico, quanto sulla base del complesso delle circostanze di cui all'art. 133 c.p.).

Sulla configurabilità dell'elemento soggettivo doloso, ha evidenziato che il convenuto avrebbe occultato all'ASL lo svolgimento dell'attività libero – professionale; che l'assenza di profitto sarebbe a tal fine

irrilevante; che, peraltro, egli avrebbe tratto parecchio profitto dalle circostanze, sia ottenendo un immobile a prezzo esiguo (euro 50,00 al mese) da un'azienda farmaceutica favorita dalla prescrizione dei suoi farmaci, sia lucrando dai pazienti i corrispettivi per le prestazioni mediche, senza nemmeno rilasciare regolare ricevuta, sia esercitando l'attività libero – professionale anche negli orari in cui avrebbe dovuto essere invece impegnato con quella in convenzione.

Inoltre, il PM si è opposto alla riduzione dell'addebito (trattandosi di condotta di natura dolosa) e alla decurtazione delle somme trattenute al convenuto, a seguito delle sanzioni disciplinari (di natura, per l'appunto, sanzionatoria e non risarcitoria).

I difensori hanno lamentato la violazione del diritto di difesa, sia evidenziando che molte contestazioni sarebbero del tutto nuove perché mancanti in citazione, sia riproponendo la questione della mancanza delle liste dei pazienti del dott. Bussolini, che benché esaminate dai NAS non sarebbero mai state messe a loro disposizione per eventuali contestazioni difensive. Per questa ragione, contrariamente a quanto argomentato dal Pubblico Ministero, la circostanza che le liste esistessero e che fossero state successivamente esaminate nel corso dell'attività investigativa non ne escluderebbe affatto la rilevanza *attuale* ai fini dell'esercizio del diritto di difesa, trattandosi invece giustappunto del *punctum dolens* dell'impalcatura probatoria fatta valere in questa sede.

Infatti, la difesa avrebbe potuto esaminare solo i file in *excel*, dove sarebbero stati caricati i dati estrapolati dai NAS dalle liste, ma non

avrebbe mai potuto verificare le liste stesse, non essendo così in grado di controllare in alcun modo la correttezza e la puntualità dell'operato degli inquirenti.

In difetto delle liste e delle comunicazioni dell'ASL, mai prodotte, farebbero fede solo i cartoncini, che attestavano l'assegnazione del medico fino all'aggiornamento delle liste dei pazienti. In molti casi, peraltro, il convenuto avrebbe legittimamente prescritto i farmaci con le ricette rosse solo perché aveva operato quale sostituto del medico titolare, impedito per ragioni varie; in mancanza delle liste, però, non sarebbe mai stato posto in condizioni di difendersi, dimostrando le varie sostituzioni.

Peraltro, anche in caso di patteggiamento, le contestazioni del convenuto permetterebbero al giudice non di trarre prove dagli atti del procedimento penale, ma di desumerne unicamente degli argomenti di prova, che in difetto di qualsivoglia riscontro documentale risulterebbero del tutto insufficienti.

Pertanto, l'omessa produzione delle liste non inciderebbe solo sul corretto espletamento del diritto di difesa, ma anche sulla correttezza e sulla validità del quadro probatorio, non essendo possibile addossare al convenuto le conseguenze dello smarrimento dei dati da parte dell'ASL.

In ordine al *quantum*, hanno ribadito come in sede penale il fatto sia stato considerato di speciale tenuità e che l'illecito erariale non coinciderebbe del tutto con il fatto reato, in quanto nella sentenza penale si darebbe atto della circostanza che tutte le ricette rosse

sarebbero state prescritte a soggetti che ne avevano effettivamente bisogno.

I difensori hanno aggiunto che non sussisterebbe alcuna prova in merito all'elemento soggettivo e al profitto tratto dal convenuto (in particolare sul canone, atteso che sul punto la citazione si limiterebbe a riportare il capo d'imputazione); di contro, i pochi cartoncini acquisiti consentirebbero di presumere che le prescrizioni sulle ricette rosse sarebbero state effettuate dal convenuto unicamente in favore dei propri assistiti.

A seguito dell'udienza di discussione, è stata adottata da questa Sezione l'ordinanza n. 20/2023, con la quale è stato ritenuto, in punto di prova ed in linea con le argomentazioni difensive, come occorresse acquisire copia delle liste dei pazienti del dott. Bussolini e degli altri medici a cui carico risulterebbero i pazienti destinatari delle cc.dd. ricette rosse emesse illegittimamente, nel periodo 2012 – 2015, e/o l'ulteriore documentazione dalla quale sarebbero stati ricavati dagli inquirenti i dati riversati nei fogli in *excel*.

Nello specifico, è stato ritenuto quanto segue:

*“E' pacifico sia che la difesa abbia potuto esaminare soltanto i file in excel, dove erano stati caricati i dati estrapolati dai NAS dalle liste, sia che, di contro, non sia mai stata messa in condizione di verificare le liste stesse.*

*Per altro verso, com'è noto, le annotazioni degli inquirenti fanno fede fino a querela di falso unicamente in ordine alla loro provenienza, per i fatti ch'essi stessi attestano essere avvenuti o per le dichiarazioni che*

*danno atto siano state effettuate alla loro presenza, ma sono liberamente utilizzabili ai fini della decisione sotto il diverso profilo della correttezza dell'attività investigativa e delle connesse valutazioni nella ricostruzione dei fatti.*

*Nel caso in esame, pertanto, la circostanza che i dati estrapolati dalle liste siano stati caricati dai NAS nei file in excel, senza commettere errori, non deve essere necessariamente contestata mediante la querela di falso; di contro, trattandosi di uno dei fatti costitutivi della domanda, grava sulla Procura erariale, a fronte della specifica contestazione difensiva, l'onere di fornire la prova del fatto che i dati ivi indicati corrispondano a quelli presenti nelle liste, producendo copia delle stesse liste dei pazienti del dott. Bussolini e di quelle degli altri medici a cui carico risulterebbero i pazienti destinatari delle cc.dd. ricette rosse emesse illegittimamente, nel periodo 2012 – 2015, e/o l'ulteriore documentazione dalla quale sono stati ricavati dagli inquirenti i dati riversati nei fogli in excel”.*

Per queste ragioni, è stato concesso il termine di giorni 120, decorrenti dalla comunicazione dell'ordinanza, “*per la produzione, ad opera della parte più diligente*” (ovviamente, nel senso processual-civilistico di parte più interessata), “*di copia delle liste dei pazienti del dott. Bussolini e di quelle degli altri medici a cui carico risulterebbero i pazienti destinatari delle cc.dd. ricette rosse emesse illegittimamente, nel periodo 2012 – 2015, e/o l'ulteriore documentazione dalla quale sono stati ricavati dagli inquirenti i dati riversati nei fogli in excel*”; per la discussione, è stata fissata l'udienza del 9 novembre 2023, ad ore

10:00.

Con nota del 17 agosto 2023, la Procura erariale ha depositato l'annotazione dei NAS di Firenze sottoscritta in data 11 agosto, con i relativi allegati; tra questi, ha segnalato come di particolare importanza quello sub 12, che avrebbe ad oggetto la lista dei pazienti assegnati al dott. Bussolini nel periodo in contestazione, con l'indicazione delle date di scelta dei medici, acquisita dall'Ufficio Anagrafe Sanitaria Firenze dell'Azienda USL Toscana Centro e già utilizzata, nel corso delle operazioni investigative, per l'elaborazione dei dati contenuti nei file in excel prodotti con l'annotazione del 14 aprile 2016. La nuova annotazione dei NAS riepilogherebbe e ricostruirebbe nel dettaglio le modalità di elaborazione dei dati, contenuti nei file in excel contestati dalla difesa.

Inoltre, a seguito dell'ordinanza istruttoria, gli inquirenti avrebbero provveduto ad effettuare un'ulteriore verifica, riportata nell'allegato n. 18 e sintetizzata alle pagine 12 e 13 dell'annotazione, a comprova dei dati elaborati all'epoca e posti a base delle contestazioni. Nello specifico, sarebbero stati acquisiti i cc.dd. cartellini (non "cartoncini") relativi a ciascun paziente, identificato a mezzo codice fiscale, che era stato destinatario di una prescrizione del Bussolini tramite "ricetta rossa"; in ciascun cartellino, sarebbe riportato lo storico dei medici di base cui il paziente risultava tempo per tempo assegnato (allegati 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31).

La nuova verifica consentirebbe di confermare la correttezza dell'addebito per un numero di prescrizioni su "ricette rosse"

leggermente inferiore (n. 3.063) rispetto a quello contestato in citazione (n. 3.429), con la conseguente riduzione del danno erariale ad € 61.492,19 (da cui detrarre comunque l'importo di € 5.000,00 già versato dal convenuto), in luogo dell'originaria quantificazione di € 65.543,34.

Con memoria del 19 ottobre 2022, i difensori hanno contestato la pertinenza e l'ammissibilità della documentazione trasmessa dai NAS con l'annotazione in data 11 agosto 2023, deducendo che non sarebbe stato acquisito nessun elenco ufficiale contenente l'elenco dei pazienti del dott. Bussolini, che peraltro neppure esisterebbe a causa del cambiamento del "gestionale informatico", né altro atto proveniente dall'Amministrazione e sottoscritto, tale da rappresentare in via diretta quanto richiesto; di contro, l'unico elemento di prova consisterebbe ancora nei contestati fogli in *excel*, privi di firma e/o di attestazione sulla data e sulla provenienza, che costituirebbero una mera rielaborazione di secondo grado, tale da non consentire di verificare *a posteriori* il corretto inserimento dei dati ivi rielaborati.

Ne conseguirebbe che, allo stato, l'unica documentazione "di primo grado" sarebbe ancora costituita dai cartoncini depositati dal convenuto, a conferma dell'inattendibilità strutturale della contestazione.

Nello specifico, i difensori hanno contestato specificamente i documenti prodotti, rilevando:

- che l'allegato n. 12 riporterebbe un elenco in *excel* dei soggetti asseritamente assistiti dal dott. Bussolini alla data del

23.3.2016, accompagnato da una *e.mail* in pari data, dove viene precisato che l'elenco non include gli assistiti che sono stati in carico al convenuto e che sono stati poi cancellati per ragioni varie (emigrazione, decesso, scelta in favore di altro medico). Si tratterebbe, pertanto, di un elenco, redatto su foglio di calcolo in *excel*, assolutamente inammissibile sotto il profilo probatorio, perché non sottoscritto digitalmente, non completo (non contenendo gli MMG che hanno cessato l'incarico) e perché modificabile da chiunque e non verificabile, non essendo accompagnato dalla fonte dei dati estrapolati, *id est* dalla documentazione "originaria". Inoltre, l'elenco sarebbe del tutto irrilevante, giacché farebbe riferimento all'anno 2016, non oggetto di contestazione in questa sede;

- che anche l'allegato n. 13 costituirebbe una mera lista nominativa redatta su foglio di calcolo in *excel*, assolutamente irrilevante perché non accompagnata da alcun elenco ufficiale; inoltre, nel documento n. 13.1, si ammetterebbe la mancanza degli elenchi per gli mmg che hanno cessato l'incarico, sicché non sarebbero stati presi in esame i medici (oltre 200) ai quali erano stati asseritamente assegnati i pazienti per i quali il Bussolini aveva emesso le prescrizioni sulle ricette rosse;

- che gli allegati nn. 14 e 15 sarebbero costituiti da due *email* trasmesse da una dipendente dell'USL Toscana Sud Est, la sig.ra Monia Petricci, che indicherebbe i medici ai quali sarebbero stati assegnati alcuni pazienti destinatari delle

prescrizioni del Bussolini;

- che anche l'allegato n. 16 sarebbe costituito da una nota della Direttrice UO dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, la dott.sa Maria Gabriella Scarselli, che riporterebbe le medesime informazioni relative ai medici cui sarebbero risultati assegnati certi pazienti;

- che però questi ultimi tre allegati sarebbero del tutto inammissibili e/o irrilevanti, giacché non conterrebbero dati oggettivamente verificabili; in particolare, la quasi totalità dei pazienti non risulterebbe avere un medico di base, eppure nell'allegato n. 18 verrebbero computate ai fini della quantificazione del danno erariale anche le ricette rosse loro rilasciate;

- che anche l'allegato n. 17, che costituisce un foglio in *excel* dove sono riportati, paziente per paziente, i nominativi dei medici di medicina generale loro assegnati, con le variazioni di volta in volta intervenute, sarebbe del tutto inammissibile e comunque inattendibile, in quanto costituirebbe una mera rielaborazione dei dati non supportata dalla documentazione primaria (cartoncini o altri analoghi documenti), sicché non risponderebbe al vero che i NAS avrebbero acquisito i cartoncini, come affermato dalla Procura nella memoria del 17 agosto 2023. Infatti, la dott.sa Corsini avrebbe fornito il file in *excel* attinente i cartellini, non i cartellini stessi, come attestato dagli stessi NAS con la nota in data 11 agosto 2023 (pag. 12);

- che, per le ex ASL “minori”, non sarebbe chiaro come sia stato possibile giungere alla rielaborazione trasfusa nell’elenco di cui al doc. n. 17, non essendo più registrati diversi pazienti nei loro archivi (come rappresentato nei documenti nn. 14, 15 e 16);
- che, di conseguenza, del tutto inattendibile sarebbe anche il documento n. 18, rappresentato da un mero file in *excel*, riepilogativo di tutti i dati contenuti nei fogli di calcolo precedenti;
- che gli allegati da 19 a 31 costituirebbero la mera esportazione in formato pdf degli elenchi in *excel* di cui al documento n. 17, sicché sarebbero parimenti inammissibili e irrilevanti; peraltro, nonostante la diversità del formato, nemmeno questi allegati risulterebbero sottoscritti o vidimati.

Poiché la Procura avrebbe avuto l’onere di acquisire e analizzare i documenti in possesso dell’Amministrazione e di intraprendere una ricognizione puntuale dei singoli scarichi nella fase istruttoria, versandone in atti i risultati, invece di effettuare le verifiche attraverso gli schemi riassuntivi in *excel*, la domanda sarebbe inammissibile e/o del tutto infondata, per difetto di prova.

Il Pubblico Ministero, con una successiva memoria del 4 novembre 2023, nel confutare le argomentazioni difensive, ha osservato che sarebbe stata correttamente depositata la lista dei pazienti assegnati al dott. Bussolini, quale medico di medicina generale, alla data del 23 marzo 2016, con la data della scelta per ciascun assistito; sulla base di questa lista, i Carabinieri - NAS avrebbero elaborato i dati in *excel* posti a base delle contestazioni. La lista sarebbe stata trasmessa agli

inquirenti dalla competente dipendente dell'AUSL Toscana Centro, come risulterebbe dall'*email* in atti (all. 12 alla nota del 17.8.2023), e conterrebbe i dati estratti dalla banca dati in uso all'Amministrazione.

La lista, estratta in data successiva rispetto all'arco temporale oggetto di contestazione, consentirebbe comunque una corretta ricostruzione dei dati, giacché conterrebbe, per ciascun paziente, lo storico della data di scelta del convenuto come medico di medicina generale.

Essa non sarebbe vidimata né firmata, solo perché rappresenterebbe per l'appunto un estratto da una banca dati dell'AUSL, attestato, quanto a provenienza e genuinità, dal dipendente che l'aveva trasmessa via *e.mail* ai Carabinieri – NAS.

Non si tratterebbe, pertanto, di una rielaborazione di secondo grado, ma dell'estrapolazione dei nominativi dalla banca dati dell'Amministrazione, attestata dalla dipendente con l'*e.mail* di trasmissione.

L'ulteriore documentazione depositata il 17 agosto 2013, che peraltro avrebbe correttamente consentito di escludere dal computo quei pochi pazienti che alla data del 23 marzo 2016 non erano più presenti nella lista (perché deceduti, trasferiti ad altro medico o migrati in altra regione), sarebbe costituita dallo storico dei medici di medicina generale, con la relativa data di scelta, ai quali risultavano assegnati gli utenti destinatari delle ricette rosse del dott. Bussolini.

Queste liste sarebbero state estratte dalle banche dati informatiche dell'AUSL Toscana Centro; la loro autenticità e provenienza sarebbero attestate dai competenti dipendenti dell'AUSL, nelle lettere su carta

intestata e sottoscritte, con cui avrebbero trasmesso i dati. Nello specifico, si tratterebbe della lettera in data 8 agosto 2023 della dirigente Asquino (che attesterebbe di avere ricavato i dati dallo storico dei singoli assistiti, come da doc. n. 13.1); della missiva del 21 settembre 2023 della dott.sa Corsini, in servizio presso l'anagrafe sanitaria (dove verrebbero dettagliate le tipologie di file estratti dalle banche dati dell'Azienda sanitaria; doc. 13); delle lettere già presenti agli atti delle altre AUSL della Regione (redatte su carta intestata o via *mail*, aventi peraltro ad oggetto pochi dati). Non si tratterebbe, pertanto, di una rielaborazione dei dati di secondo grado, ma di documentazione ufficiale proveniente dall'AUSL.

Peraltro, non sarebbe corretto ritenere che i fogli in *excel* non possano costituire fonte di prova, se non firmati digitalmente, costituendo essi pur sempre elementi liberamente valutabili dal giudice contabile, ai sensi dell'art. 95 c.g.c.

Nel caso in esame, i dati desumibili dai fogli in *excel* troverebbero piena conferma in numerosi elementi di prova e, in particolare:

1) nella documentazione concernente i tre procedimenti disciplinari attivati dall'AUSL di Firenze, recante dichiarazioni del Bussolini di tipo sostanzialmente confessorio, atteso che egli stesso avrebbe confermato di aver emesso ricette rosse in favore di pazienti non iscritti nelle sue liste di medico convenzionato (adducendo giustificazioni rivelatesi infondate, come ad esempio lo svolgimento di attività di medicina di gruppo);

2) nelle testimonianze di circa un centinaio di pazienti, allegate

all'annotazione di P.G. del 14 aprile 2016 (all. 9, 9 *bis* e 9 *ter*), residenti in comuni diversi da Lastra a Signa ed assegnati ad altri medici di medicina generale, che avrebbero confermato lo svolgimento da parte del convenuto di attività libero – professionale onerosa, mediante il rilascio delle ricette rosse;

3) nell'esito del procedimento penale, definito mediante sentenza di applicazione della pena ex art. 444 c.p.p., su richiesta dello stesso convenuto (che, dunque, non avrebbe opposto una ricostruzione dei fatti diversa da quella cristallizzata nei capi d'imputazione).

Per converso, a parere della Procura erariale, i n. 33 cartoncini prodotti dalla difesa non rivestirebbero alcun valore probatorio, atteso che dimostrerebbero solo l'intenzione di quei pazienti di vedersi assegnato il dott. Bussolini come medico di medicina generale, ma non l'accoglimento della richiesta da parte dell'AUSL, né il permanere di tale condizione al momento del rilascio delle prescrizioni con le cc.dd. ricette rosse.

Da ultimo, quanto ai pochi pazienti non assegnati a nessun medico di medicina generale all'epoca dei fatti, non sarebbe condivisibile l'asserzione difensiva secondo cui essi andrebbero stralciati. Infatti, la teorica attribuibilità ad altro medico curante non risulterebbe nemmeno dichiarata, in quanto all'epoca non vi era nessun meccanismo di automatica assegnazione di un medico di medicina generale per quei pazienti che ne avevano prescelto uno, o che se ne erano trovati improvvisamente sprovvisti. Pertanto, i pochi pazienti non assegnati a nessun medico, all'epoca dell'emissione delle ricette rosse da parte del

dott. Bussolini, non smentirebbero affatto ma confermerebbero l'illegittimità di tali ricette.

Per queste ragioni, la Procura ha insistito per l'accoglimento della domanda, depositando in allegato alla nuova memoria:

1) le liste in *excel* già prodotte in data 17 agosto 2023, ma sottoscritte, in autografo e in digitale, pagina per pagina, dai competenti esponenti dell'AUSL Toscana Centro (che, comunque, ne avrebbero già attestato anche in precedenza la provenienza, tramite le lettere di trasmissione su carta intestata e sottoscritte);

2) la dichiarazione del dipendente competente dell'AUSL Toscana Centro, che attesta che i dati riversati nei file in *excel*, depositati in data 17 agosto 2023, rappresentano un estratto dalle banche dati in uso presso la stessa Amministrazione, che l'estratto è conforme a quanto presente nelle banche dati e che queste informazioni sono disponibili solo come dati estrapolabili dalle medesime banche dati;

3) la dichiarazione del dipendente competente dell'AUSL Toscana Centro, che attesta che la lista dello storico dei pazienti del Bussolini al 23 marzo 2016, depositata il 17 agosto 2016 in allegato alla *mail* di trasmissione ai Carabinieri NAS, costituisce copia autentica della lista trasmessa agli stessi inquirenti il 23 marzo 2016 e che tale elenco fotografa gli assistiti in carico al convenuto a quella data (giorno dell'estrazione del dato dal *software* in uso presso gli sportelli di anagrafe aziendali).

All'udienza di discussione, il Pubblico Ministero ha premesso d'aver ottemperato all'onere di produrre i documenti utilizzati dagli inquirenti per la compilazione dei fogli in excel, in esecuzione dell'ordinanza istruttoria; nello specifico, ha dato atto d'aver prodotto la lista del marzo del 2016, utilizzata per la redazione dell'annotazione di servizio del mese di agosto dello stesso anno; ha precisato che si tratterebbe di una delle liste periodiche che l'AUSL regolarmente inviava ai medici e che sarebbe stata una lista necessaria, in quanto altrimenti sarebbe stato impossibile per i medici di medicina generale individuare i propri assistiti. Pur essendo la lista successiva al momento in contestazione, sarebbe comunque estremamente utile, atteso che conterrebbe anche lo storico delle assegnazioni, che consentirebbe di individuare, paziente per paziente e periodo per periodo, l'abbinamento medico – soggetto assistito. In tal modo, sarebbero possibile identificare con certezza le ricette rosse emesse dal Bussolini in favore di pazienti assegnati ad altri medici.

L'unico errore, che inizialmente sembrava caratterizzare questo tipo di verifica, sarebbe costituito dai pazienti migrati o deceduti o comunque cancellati, dopo la compilazione della lista. Con la nuova verifica, seguita all'ordinanza istruttoria, l'errore sarebbe stato però corretto, mediante l'individuazione dei pazienti da escludere, con la conseguente lieve riduzione dell'addebito.

Contrariamente a quanto argomentato dai difensori del convenuto, la lista del marzo del 2016 sarebbe tutt'altro che irrilevante, proprio perché l'errore sarebbe stato corretto recuperando gli elenchi di ogni

*medico per paziente* (non essendo più possibile estrapolare, al contrario, quelli *paziente per medico*); il recupero sarebbe avvenuto attraverso le banche dati ancora in possesso dell'Amministrazione, atteso che mai sarebbero esistite delle vere e proprie liste cartacee vidimate (essendo normale che si inseriscano i nominativi nelle banche dati informatiche e che non vengano compilate delle liste per iscritto). Pertanto, estrapolando i dati medico per paziente, sarebbe stato finalmente possibile individuare gli assistiti che prima del marzo del 2016 erano migrati, o deceduti, o erano stati altrimenti esclusi dagli elenchi.

Si tratterebbe così di dati di primo livello, estrapolati dalle banche dati, non di mere rielaborazioni; peraltro, non sarebbe stato possibile effettuare diverse indagini, proprio perché le liste cartacee vidimate non sarebbero mai esistite (essendo ovvio che, da decenni, tutte le amministrazioni operino attraverso le banche dati informatiche e non mediante registri cartacei).

Non dovendo inviare documenti vidimati, l'ASL, in ottemperanza all'attività investigativa seguita all'ordinanza istruttoria, si sarebbe correttamente limitata a mandare una lettera di trasmissione degli elenchi, con allegata la stampa dei dati estrapolati dal *software* in uso; solo *ad abundantiam*, tuttavia, in allegato all'ultima memoria, sarebbero stati trasmessi gli elenchi corredati delle relative attestazioni di conformità con quanto estrapolato dalle banche dati.

Quanto ai "cartoncini" prodotti dalla difesa, il PM ha ribadito che sarebbero privi di qualsivoglia valenza probatoria, giacché

attesterebbero solo che vi era stata una richiesta, ma non che il paziente fosse stato effettivamente assegnato al dott. Bussolini, e/o che fosse rimasto inserito nell'elenco dei suoi assistiti. A conferma della correttezza di quest'impostazione, proprio una paziente (la sig.ra -), che per ragioni di comodità logistica aveva chiesto di essere assegnata al convenuto, ha dato origine agli accertamenti dell'ASL sfociati nella *notitia criminis* e poi nella *notitia damni*; infatti, a fronte del rigetto della propria istanza di assegnazione al dott. Bussolini, la paziente avrebbe fatto presente che era già seguita da quello stesso medico.

Ne conseguirebbe che risulterebbe provato che, al momento dell'emissione delle ricette rosse in contestazione, i relativi pazienti non erano assegnati al convenuto ma ad altri medici di medicina generale.

Il Pubblico Ministero ha poi fatto riferimento agli ulteriori riscontri già indicati negli scritti difensivi, concludendo per la condanna del convenuto, con vittoria di spese.

Il difensore ha contestato l'inammissibilità per tardività della produzione allegata alla nuova memoria del 4 novembre 2023, che sarebbe stata effettuata in violazione dei termini stabiliti nell'ordinanza istruttoria; per questa ragione, ha dichiarato di non voler chiedere un termine a difesa.

La nuova documentazione, peraltro, non rilevarebbe solo *ad abundantiam*, giacché conterrebbe elementi significativi, assenti nella prima produzione. In ogni caso, ha contestato l'idoneità dei documenti, non sottoscritti, evidenziando che sarebbero stati redatti in un formato

modificabile e, dunque, del tutto inidoneo a riprodurre la situazione originaria con certezza; peraltro, si tratterebbe pur sempre di elaborazioni di secondo livello, scarsamente significative.

Di contro, i cartoncini avrebbero un'incidenza probatoria incontestabile, giacché indicherebbero la data di scelta del medico da parte del paziente; proprio a quella data, si sarebbe provveduto all'assegnazione del paziente. A fronte di questi elementi in senso contrario, il quadro accusatorio sarebbe stato incontestabile, solo se la Procura erariale avesse dato prova della correttezza dello "storico" indicato nelle liste, mediante la produzione dei cartoncini, *id est* attraverso la produzione di quelli che sarebbero gli unici dati originali di primo livello.

In ordine ai documenti depositati, ha ribadito:

- che il documento sub 12, costituito dal foglio in *excel* con i dati dei pazienti al marzo del 2016, riporterebbe gli elenchi aggiornati per l'appunto a quel periodo, successivo alla contestazione (che copre l'arco temporale 2014 – 2015), senza registrare in alcun modo le variazioni intervenute *medio tempore*;
- che l'opposto sistema di verifica ora adottato dalla Procura (non più medico per paziente, ma paziente per medico), di cui al documento n. 17, non sarebbe comunque di per sé sufficiente, proprio per la mancanza dei cartoncini.

Sotto altro profilo, la difesa ha ribadito che non ogni ricetta rossa sarebbe *ex se* illegittima, giacché al contrario occorrerebbe provare

l'effettivo pregiudizio per l'Erario (che a sua volta non sarebbe configurabile, perché le ricette sarebbero state davvero necessarie per la cura delle patologie dei pazienti).

Inoltre, ha nuovamente evidenziato che la speciale tenuità del fatto sarebbe desumibile dalla stessa applicazione dell'attenuante di cui all'art. 62 c. 5 c.p., operata nella sentenza di c.d. patteggiamento, che confermerebbe la mancanza di un effettivo pregiudizio economico.

Ha concluso per la reiezione della domanda, col favore delle spese di lite.

In sede di repliche, il PM ha contestato l'eccezione di inammissibilità della memoria del 4 novembre 2023 e della relativa documentazione, deducendo che i termini indicati nell'ordinanza istruttoria non sarebbero di natura perentoria, che in ogni caso nel computo dovrebbe essere preso in considerazione il periodo di sospensione feriale e che si tratterebbe, comunque, degli stessi documenti già depositati, arricchiti solo dalle attestazioni di conformità (non richieste dall'ordinanza, ma inserite *ad abundantiam*). Sul punto, ha evidenziato che, peraltro, la difesa non avrebbe chiesto alcun termine per esame.

Nel merito, ha nuovamente contestato la valenza probatoria dei cartoncini, che proverebbero solo l'avvenuta richiesta del medico e non la relativa assegnazione (come si desumerebbe dalla stessa vicenda della sig.ra -, già richiamata, dalla quale hanno preso le mosse gli accertamenti dell'ASL e le successive indagini), a differenza dei "cartellini", che attesterebbero lo stato del singolo paziente, per come estrapolato dal sistema informatico.

Sulle attestazioni di conformità, ha aggiunto che nessuna norma obbligherebbe l'Amministrazione a stampare i dati estrapolati dai *software* su fogli firmati, timbrati o vidimati (ovvero, a produrre i *file di log*) e che pertanto, in virtù del principio della libera formazione della prova, i documenti prodotti sarebbero innegabilmente utilizzabili ai fini della decisione.

La difesa ha replicato che l'inserimento dei dati nel *software* presupporrebbe una documentazione cartacea in originale, che la Procura avrebbe omesso di produrre, sicché il convenuto sarebbe stato impossibilitato a contestare i singoli dati.

Chiusa la discussione, il giudizio è passato in decisione.

## DIRITTO

### 1. L'oggetto della domanda.

La Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale ha convenuto in giudizio Bussolini Lucio, chiedendone la condanna al risarcimento del danno in favore dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, nella misura complessiva di € 60.543,34, ovvero della maggiore o minore somma ritenuta di giustizia, oltre alla rivalutazione monetaria dalla data dell'evento lesivo e con gli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza di condanna, oltre al pagamento delle spese processuali.

A sostegno della domanda, ha dedotto che il convenuto, medico chirurgo in regime di convenzione con l'ASL di Firenze per gli assistiti residenti nei Comuni di Lastra a Signa e di Ponte a Signa, avrebbe prescritto abusivamente, presso gli studi medici privati di Firenze,

Prato e San Casciano Vale di Pesa (FI), una serie di farmaci con il ricettario del SSN (le cc.dd. ricette rosse o rosa) a pazienti iscritti nelle liste di altri medici e trattati in regime di attività libero – professionale, nel periodo compreso tra il 2012 e il 2015.

Infatti, il ricettario pubblico potrebbe essere utilizzato solo dai medici dipendenti o convenzionati con il SSN e nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali (art. 2 D. L. n. 443/1987), mentre sarebbe vietato *expressis verbis* ai medici del servizio pubblico nell'esercizio di attività libero – professionale (art. 15 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992).

A seguito degli accertamenti effettuati in ottemperanza all'ordinanza istruttoria n. 20/2023, la Procura ha proceduto alla precisazione della domanda, riducendo il *quantum* del danno erariale contestato ad € 61.492,19 (da cui detrarre comunque l'importo di € 5.000,00 già versato dal convenuto), in luogo dell'originaria quantificazione di € 65.543,34.

Pertanto, ha concluso per la condanna del convenuto alla minor somma di € 56.492,19.

## 2. L'esame del merito della domanda. A) La ricostruzione della vicenda.

Come correttamente evidenziato dalla Procura erariale, la domanda, in ordine all'*an* della condotta illecita, collocata temporalmente nel periodo 2012 – 2015, trova sostegno nella sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p., oltre che negli atti inseriti nel fascicolo penale e riversati in questa sede.

E' pacifico che, nel nostro ordinamento, la sentenza di

“patteggiamento” non ha efficacia di giudicato nei giudizi civili e amministrativi per le restituzioni e il risarcimento dei danni (art. 445, comma 2, c.p.p.), diversamente dalla sentenza irrevocabile di condanna pronunciata in seguito a dibattimento (art. 651, comma 1, c.p.p.) o a giudizio abbreviato (art. 651 comma 2, c.p.p.).

Tuttavia, se non altro *ratione temporis*, ovvero tenendo conto dell'epoca delle contestazioni, la giurisprudenza contabile è consolidata nel ritenere che *“gli stessi fatti possono essere autonomamente valutati in sede amministrativo-contabile e che il convenuto, a fronte della propria richiesta di applicazione di condanna in sede penale, ha quantomeno l'onere di allegare o dedurre le ragioni per cui, benché innocente, abbia in concreto preferito avvalersi del “patteggiamento”, essendo altrimenti valutabile la richiesta di applicazione della pena quale elemento di prova, senza necessità di riscontri esterni”* (ex multis, v. Sez. Piemonte, sent. 25 del 11.02.2010; sent. 65 del 23.03.2009; sent. 236 del 28.11.2008).

*“Né può ignorarsi che, per espressa previsione dello stesso art. 445, comma 1-bis, la sentenza di “patteggiamento” è comunque equiparata a una condanna”* (Sez. Giur. Abruzzo, sent. n. 41/2019).

La giurisprudenza di legittimità ha ripetutamente chiarito che *“la sentenza di applicazione della pena emessa ai sensi dell'art. 444 c.p.p. (cosiddetto 'patteggiamento'), malgrado non sia una vera e propria sentenza di condanna (alla quale, difatti, è equiparata solo a determinati fini) e non costituisca, in deroga al disposto degli artt. 651 e 654 c.p.p., una statuizione provvista dell'efficacia vincolante propria*

*del giudicato (art. 445, primo comma, c.p.p.), postula tuttavia una richiesta, da parte dell'imputato, che implica pur sempre il riconoscimento del fatto-reato, onde non impedisce che, nel corrispondente giudizio in sede civile, ai fini della relativa decisione, si proceda all'accertamento autonomo, in via incidentale, dei fatti illeciti oggetto del giudizio penale, ivi costituendo, tuttavia, indiscutibile elemento di prova che ben può essere utilizzato, anche in via esclusiva, per la formazione del proprio convincimento, dal giudice di merito, il quale, ove intenda disconoscere tale efficacia probatoria, ha il dovere di spiegare le ragioni per le quali l'imputato abbia ammesso una sua insussistente responsabilità ed il giudice penale abbia prestato fede a tale ammissione” (Cass., Sez. I, sent. 3626 del 24.02.2004; in termini analoghi, ex plurimis, Cass. 8 ottobre 1998, n. 9976; Cass. 10 novembre 1998, n. 11301; Cass. 11 dicembre 2000, n. 15572; Cass. 24 febbraio 2001, n. 2724; Cass. 21 marzo 2003, n. 4193).*

*Il rilievo attribuito alla sentenza ex art. 444 c.p.p. deriva dalla constatazione che la decisione “rappresenta il naturale epilogo dell’omonimo rito alternativo, rispetto al giudizio ordinario dibattimentale, che si caratterizza per la sua funzione deflattiva, consentendo una definizione anticipata del processo”; orbene, una volta che l'imputato “decida di percorrere la strada della richiesta di applicazione della pena, in qualche modo, ha rinunciato di avvalersi della facoltà di contestare l'accusa o, in altri termini, non ha negato la sua responsabilità ed ha perciò esonerato l'accusa dall'onere della prova”. Per altro verso, “la sentenza, che accoglie la detta richiesta di*

*'patteggiamento', "contiene in sé un accertamento implicito della responsabilità dell'imputato, senza che si debba espressamente motivare detta affermazione di responsabilità, anche perché, comunque, resta fermo l'obbligo giuridico del giudice di controllare se, allo stato degli atti di causa, sussistano le condizioni per il proscioglimento dell'imputato, a norma dell'articolo 129 del codice di procedura penale". Inoltre, "la tesi che riconduce la sentenza di patteggiamento all'ampio genus delle sentenze di condanna si fonda poi sostanzialmente sul dato letterale dell'articolo 445, comma primo, del codice di procedura penale, ai sensi del quale "salve diverse disposizioni di legge, la sentenza è equiparata ad una pronuncia di condanna". Detto fondamento è avvalorato dalla considerazione che nella richiesta di patteggiamento è implicita una ammissione di responsabilità dell'imputato in ordine al reato ascrittogli, mentre il Giudice non si limita passivamente a recepire tale richiesta, ma deve sempre verificare che non sussistano le condizioni per pronunciare il proscioglimento a norma dell'articolo 129 del codice di procedura penale" (Sez. I App., sent. N. 353/2018).*

*Pertanto, non vi è dubbio che "il convenuto, a fronte della propria richiesta di applicazione della pena in sede penale, ha quantomeno l'onere di allegare o dedurre le ragioni a fronte delle quali abbia in concreto preferito avvalersi della pena concordata, essendo altrimenti valutabile la richiesta di applicazione della pena quale elemento di prova, senza necessità di riscontri esterni", che possono essere comunque costituiti da tutti "gli atti di polizia giudiziaria, ivi compresi le*

*relazioni di polizia giudiziaria, i verbali di dichiarazioni rese da terzi, le consulenze tecniche ed anche le sentenze pronunciate in altri giudizi, acquisiti al processo”, liberamente valutabili salvo prova contraria (Sez. II app., sent. 6/2020).*

Nel caso in esame, dalla sentenza di patteggiamento e dagli atti di indagine riversati nel fascicolo, si desume che il convenuto, medico chirurgo in regime di convenzione con l'ASL di Firenze, aveva prescritto abusivamente una serie di farmaci con il ricettario del SSN (le cc.dd. ricette rosse o rosa) a pazienti iscritti nelle liste di altri medici e trattati in regime di attività libero – professionale, nel periodo compreso tra il 2012 e il 2015.

A riscontro dei fatti descritti nella sentenza penale ex art. 444 c.p.p., sono state acquisite anzitutto delle prove documentali inconfutabili, costituite dalle stesse ricette (cc.dd. rosse o rosa), che non sono state soltanto indicate nel file in *excel*, ma acquisite ed inserite nel fascicolo (v. all. all'annotazione di servizio del 21.3.2016, in atti).

Gli elementi, rinvenibili dalla sentenza di patteggiamento e dall'esame dei documenti costituiti dalle ricette, sono corroborati dagli argomenti di prova desumibili dalle sommarie informazioni testimoniali rese dalla segretaria dello studio di Firenze (sig.ra Barbieri Patrizia) e da una cinquantina di pazienti, che hanno confermato di essere iscritti nelle liste di altri medici di medicina generale, aggiungendo che il convenuto esercitava effettivamente la libera professione presso gli ambulatori privati di Firenze, Prato e San Casciano Vale di Pesa (FI), senza rilasciare alcuna ricevuta a fronte dell'incasso dei corrispettivi

(annotazione di servizio, pag. 6, nonché allegati 9, 9 *bis* e 9 *ter*).

Si tratta, per l'esattezza, delle sommarie informazioni testimoniali rese dai pazienti - . Gli altri pazienti sentiti a sommarie informazioni testimoniali, invece, pur confermando l'esercizio di attività professionale abusiva da parte del convenuto, presso gli studi privati di Firenze, Prato e San Casciano Vale di Pesa (FI) e senza il rilascio di regolare fattura, hanno dichiarato o di non ricordare se siano state utilizzate le ricette rosse, o di essere stati solo visitati, o di aver ottenuto delle prescrizioni su ricetta bianca.

Estremamente significativa, sotto questo profilo, è anche la vicenda della paziente sig.ra -, che per ragioni di comodità logistica aveva chiesto di essere assegnata al convenuto (tant'è che era in possesso del "cartoncino", attestante per l'appunto non l'assegnazione ma la mera richiesta), dando origine agli accertamenti dell'ASL sfociati nella *notitia criminis* e poi nella *notitia damni*; infatti, a fronte del rigetto della propria istanza di assegnazione al dott. Bussolini, la paziente aveva fatto presente che era già seguita da lui stesso.

Ulteriori argomenti di prova sono desumibili:

- dalle dichiarazioni di natura sostanzialmente confessoria rilasciate dal Bussolini in sede di procedimento disciplinare, benché corredate da giustificazioni *ictu oculi* del tutto destituite di fondamento (all. 9 alla cit. e all. 3 all'annotazione dei NAS del 14.4.2016);

- dalle circostanze indicate dal Comando Carabinieri per la Tutela della Salute – N.A.S di Firenze nell'annotazione di servizio del 21 marzo 2016 e, nello specifico, dal sopralluogo effettuato presso gli studi di

Firenze e di Prato, dove il convenuto operava abusivamente (pur avendo dichiarato *expressis verbis* al Direttore delle Risorse Umane, nel gennaio del 2015, di non svolgere ulteriori attività professionali); infatti, presso l'ambulatorio fiorentino il suo nominativo era riportato sia nell'elenco dei medici del tabellone posto nella sala di attesa, sia su di una targhetta collocata all'ingresso dello studio contrassegnato con il n. 1 (v. l'allegata documentazione fotografica, in atti); presso l'ambulatorio di Prato, egli aveva preso in locazione uno studio dalla società "Studi Medici LIFE" (v. verb. s.i.t. rese da Giugni Gabriella, legale rappresentante della società).

In ordine al *quantum*, a seguito delle contestazioni difensive in merito alla certezza nell'individuazione delle ricette rosse rilasciate ai pazienti assegnati ad altri medici di medicina generale, invece che al Bussolini, *id est* al corretto abbinamento medico – paziente, è stato effettuato uno specifico approfondimento istruttorio (v. ord. collegiale n. 20/2023), mediante l'acquisizione di copia delle liste delle assegnazioni dei pazienti.

Il Pubblico Ministero, in ottemperanza all'ordinanza istruttoria, con nota del 17 agosto 2023, ha depositato l'annotazione dei NAS di Firenze sottoscritta in data 11 agosto, con i relativi allegati. Con successiva nota del 4 novembre 2023, ha sostanzialmente ripresentato gli stessi documenti, sottoscritti pagina per pagina dai competenti dipendenti dell'AUSL Toscana Centro.

Il difensore ha eccepito l'inammissibilità per tardività dei documenti allegati alla memoria del 4 novembre 2023, ma non ha chiesto alcun

termine a difesa.

In via preliminare, si ritiene di dover acquisire d'ufficio, ai sensi del comma 1 dell'art. 94 c.g.c., i documenti prodotti in allegato alla memoria del 4 novembre 2023, perché necessari ai fini della decisione.

Non si reputa necessario concedere un termine a difesa, sia perché non è stato esplicitamente richiesto, sia perché di fatto il difensore ha esposto ampiamente le proprie controdeduzioni in merito alla valenza dei nuovi documenti, come illustrato nella parte in fatto della presente sentenza.

Nel merito delle contestazioni difensive, si rileva che le nuove produzioni documentali (e già quelle del 17 agosto 2023) consentono di superare i dubbi, in ordine all'abbinamento medico – paziente ed alla connessa individuazione delle ricette rosse rilasciate a quelli che non erano assegnati al dott. Bussolini.

Come correttamente argomentato dal PM, le liste acquisite non costituiscono una rielaborazione di secondo grado, com'erano invece i fogli in *excel*, ma sono state formate attraverso l'estrapolazione dei nominativi dalla banca dati dell'Amministrazione. Com'è ovvio, non sarebbe mai stato possibile produrre delle liste che fossero cartacee già *ab origine*, giacché è da decenni che tutte le amministrazioni si limitano ad inserire i dati nel sistema informatico, sicché l'unica possibilità è quella di estrapolarvi i dati e di stamparli.

Tra i documenti prodotti, riveste particolare importanza quello sub 12, che ha ad oggetto la lista dei pazienti assegnati al dott. Bussolini nel periodo in contestazione, con l'indicazione delle date di scelta dei

medici, acquisita dall'Ufficio Anagrafe Sanitaria Firenze dell'Azienda USL Toscana Centro e già utilizzata, nel corso delle operazioni investigative, per l'elaborazione dei dati contenuti nei file in excel prodotti con l'annotazione del 14 aprile 2016. La nuova annotazione dei NAS riepiloga e ricostruisce nel dettaglio le modalità di elaborazione dei dati, contenuti nei file in excel/ ripetutamente contestati dalla difesa.

Inoltre, a seguito dell'ordinanza istruttoria, gli inquirenti hanno provveduto ad effettuare un'ulteriore verifica, riportata nell'allegato n. 18 e sintetizzata alle pagine 12 e 13 dell'annotazione, a comprova dei dati elaborati all'epoca e posti a base delle contestazioni. Nello specifico, sono stati acquisiti i cc.dd. cartellini (non "cartoncini") relativi a ciascun paziente, identificato a mezzo codice fiscale, che era stato destinatario di una prescrizione del Bussolini tramite "ricetta rossa"; in ciascun cartellino, è stato effettivamente riportato lo *storico* dei medici di base cui il paziente risultava tempo per tempo assegnato (allegati 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31).

La nuova verifica consente di confermare la correttezza dell'addebito per un numero di prescrizioni su "ricette rosse" leggermente inferiore (n. 3.063) rispetto a quello contestato in citazione (n. 3.429), con la conseguente riduzione del danno erariale ad € 61.492,19 (da cui detrarre comunque l'importo di € 5.000,00 già versato dal convenuto), in luogo dell'originaria quantificazione di € 65.543,34.

La lista, depositata il 17 agosto 2013, che peraltro ha correttamente consentito di escludere dal computo quei pochi pazienti che alla data

del 23 marzo 2016 non erano più presenti nella lista (perché deceduti, trasferiti ad altro medico o migrati in altra regione), è costituita dallo storico dei medici di medicina generale, con la relativa data di scelta, ai quali risultavano assegnati gli utenti destinatari delle ricette rosse del dott. Bussolini.

Contrariamente a quanto argomentato dai difensori del convenuto, la lista originaria (del marzo del 2016) è dunque adesso tutt'altro che irrilevante, proprio perché l'errore è stato corretto recuperando gli elenchi di ogni *medico per paziente* (non essendo più possibile estrapolare, al contrario, quelli *paziente per medico*); il recupero è avvenuto attraverso le banche dati ancora in possesso dell'Amministrazione; pertanto, estrapolando i dati medico per paziente, è stato finalmente possibile individuare gli assistiti che prima del marzo del 2016 erano migrati, o deceduti, o erano stati altrimenti esclusi dagli elenchi.

Queste liste sono state estratte dalle banche dati informatiche dell'AUSL Toscana Centro; la loro autenticità e provenienza sono state attestate dai competenti dipendenti dell'AUSL, nelle lettere su carta intestata e sottoscritte, con cui hanno trasmesso i dati. Nello specifico, si tratta della lettera in data 8 agosto 2023 della dirigente Asquino (che attesta di avere ricavato i dati dallo storico dei singoli assistiti, come da doc. n. 13.1); della missiva del 21 settembre 2023 della dott.sa Corsini, in servizio presso l'anagrafe sanitaria (dove vengono dettagliate le tipologie di file estratti dalle banche dati dell'Azienda sanitaria; doc. 13); delle lettere già presenti agli atti delle altre AUSL della Regione (redatte

su carta intestata o via *mail*, aventi peraltro ad oggetto pochi dati). Non si tratta, pertanto, di una rielaborazione dei dati di secondo grado, ma di documentazione ufficiale proveniente dall'AUSL.

Non dovendo inviare documenti vidimati, l'ASL, in ottemperanza all'attività investigativa seguita all'ordinanza istruttoria, si è correttamente limitata a mandare una lettera di trasmissione degli elenchi, con allegata la stampa dei dati estrapolati dal *software* in uso; *ad abundantiam*, tuttavia, in allegato all'ultima memoria, sono stati trasmessi gli elenchi corredati delle relative attestazioni di conformità con quanto estrapolato dalle banche dati.

Per converso, come correttamente evidenziato dalla Procura erariale, i n. 33 cartoncini prodotti dalla difesa non rivestono alcun valore probatorio, atteso che dimostrano solo l'intenzione dei pazienti interessati di vedersi assegnato il dott. Bussolini come medico di medicina generale, ma non l'accoglimento della richiesta da parte dell'AUSL, né il permanere di tale condizione al momento del rilascio delle prescrizioni con le cc.dd. ricette rosse. Non a caso, anche la sig.ra -, alla quale la domanda è stata rigettata, era in possesso di un cartoncino, attestante per l'appunto la richiesta e non l'assegnazione.

In conclusione, le nuove produzioni documentali consentono di individuare con precisione tutte le ricette (cc.dd. rosse o rosa) rilasciate dal Bussolini ai pazienti assegnati ad altri medici di medicina generale, con la conseguente esatta quantificazione dei danni.

Sotto questo profilo, a nulla rileva il contrasto con la speciale tenuità del danno riconosciuta nella sentenza di applicazione della pena ex

art. 444 c.p.p., sia perché le valutazioni del giudice penale sono effettuate sulla scorta dei diversi criteri di valutazione di cui all'art. 133 c.p., sia in quanto la piena e definitiva determinazione del danno erariale è rimessa alle determinazioni della Corte dei conti e, nel caso in esame, non può che esser pari agli esborsi sostenuti dall'Amministrazione per la copertura del costo dei farmaci abusivamente prescritti.

Peraltro, anche qualora non fosse stato possibile addivenire all'esatta determinazione dei costi indebitamente sopportati dall'ASL, i diversi criteri di calcolo adottati in sede (civile e) amministrativo – contabile, rispetto al giudizio penale, avrebbero consentito di operarne la quantificazione in via equitativa.

In questa sede, infatti, com'è noto, *“nell'ipotesi in cui sia stata raggiunta la prova dell'esistenza di un danno il giudice adito, qualora la precisa determinazione di tale risarcimento risulti impossibile, o (sia pure solo) di particolare difficoltà, può anche d'ufficio ricorrere alla valutazione equitativa del danno stesso, ai sensi dell'art. 1226 del c.c.; tale fondamentale istituto, di carattere generale, è pacificamente applicabile anche nei giudizi di responsabilità innanzi a questa Corte dei conti”* (così, *ex plurimis*, Sez. III Centr., sent. n. 4/2017).

*“Peraltro, la liquidazione del danno in via equitativa è stata sempre ribadita dalla Suprema Corte di cassazione (Cass. Civile n. 21246/2012; n. 17752/20159) nonché da questa stessa Sezione che ha chiarito che “L'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa, a lui conferito dagli artt. 1226 e 2056*

*c.c., espressione del più generale potere di cui all'art. 115 c.p.c., dà luogo non già ad un giudizio di equità, ma ad un giudizio di diritto caratterizzato dalla cosiddetta equità giudiziale correttiva ed integrativa che, pertanto, presuppone che sia provata l'esistenza di danni risarcibili e che risulti obiettivamente o particolarmente difficile, per la parte interessata, provare il danno nel suo preciso ammontare (Corte dei conti, Sez. III<sup>a</sup> sent. n. 663/2014)" (ibidem, sent. n. 47/2017).*

Nel caso di specie, l'esatto abbinamento medico – paziente, analizzato periodo per periodo, ha consentito di individuare con precisione l'ammontare dei costi dei farmaci indebitamente prescritti dal Bussolini, che integrano il danno erariale, pari a complessivi € 61.492,19.

Dall'importo, occorre detrarre la somma di € 5.000,00 già versata dal convenuto (per un totale di € 56.492,19), mentre non vi può essere sottratto quanto trattenuto dall'Azienda a titolo di sanzione disciplinare (come da delibere del Direttore generale n. 845/2016, n. 1158/2016 e n. 1024/2016), atteso che, trattandosi di importi di natura sanzionatoria, non possono essere posti in compensazione con le diverse e ulteriori somme costituenti danno erariale.

3. L'esame del merito della domanda. B) L'intrinseca illegittimità delle prescrizioni abusive con le cc.dd. ricette rosse.

Il dott. Bussolini era indubbiamente abilitato a prescrivere i farmaci soggetti a ricetta limitativa (art. 87, lett. d n. 1, del D. Lgs. n. 219/2006), ma soltanto nell'ambito dell'ordinaria attività istituzionale, atteso che il ricettario pubblico (cc.dd. ricette rosse) può essere utilizzato solo dai medici dipendenti o convenzionati con il SSN e nell'ambito dei rispettivi

compiti istituzionali (art. 2 D. L. n. 443/1987), mentre è vietato *expressis verbis* ai medici del servizio pubblico nell'esercizio di attività libero – professionale (art. 15 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992).

Pertanto, a parere della Procura, le prescrizioni effettuate ai pazienti di altri medici di medicina generale, nell'ambito dell'attività libero – professionale del Bussolini, sia legittima che abusiva, sarebbero di per sé del tutto illegittime. Ne conseguirebbe che il medico dovrebbe essere tenuto a rimborsare al SSN i farmaci indebitamente prescritti (art. 1 D. L. n. 323/1996).

Di contro, a parere della difesa, anche qualora si volesse ritenere raggiunta la prova dei fatti, l'illecito amministrativo – contabile non sarebbe comunque configurabile, in quanto l'eventuale erroneità nel procedimento prescrittivo non causerebbe *ex se* un pari danno erariale, atteso che a tal fine occorrerebbe dimostrare che i farmaci non erano effettivamente dovuti.

Diversamente argomentando, si perverrebbe ad un'inammissibile inversione dell'onere della prova, che graverebbe invece sulla Procura attorea, trattandosi di un elemento costitutivo della responsabilità erariale.

Ne conseguirebbe che la condotta del convenuto non potrebbe essere qualificata come *contra ius*; in ogni caso, non sarebbe configurabile alcun danno erariale, trattandosi di farmaci comunque dovuti e correttamente prescritti sul piano sostanziale.

In altri termini, l'erroneità nel procedimento di rilascio del farmaco non equivarrebbe di per sé alla produzione di un danno erariale, dovendosi

astrarre la fattispecie globale dalla mera sequenza procedimentale; l'unico discrimine sarebbe costituito dall'insussistenza della doverosità del farmaco, che nel caso in esame non sarebbe stata mai dimostrata.

La tesi difensiva non è condivisibile.

Ai sensi dell'art. 87 del D. Lgs. n. 219 del 2006, rubricato "*classi dei medicinali ai fini della fornitura*", alcuni sono qualificati come "*soggetti a prescrizione medica limitativa*" (lett. d); tra questi, rientrano quelli "*vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti*" (n. 1).

Il successivo art. 93 li definisce, più in dettaglio, come quei "*medicinali che, sebbene utilizzabili anche in trattamenti domiciliari, richiedono che la diagnosi sia effettuata in ambienti ospedalieri o in centri che dispongono di mezzi di diagnosi adeguati, o che la diagnosi stessa e, eventualmente, il controllo in corso di trattamento sono riservati allo specialista*" (comma 1) Si aggiunge che "*i medicinali di cui al comma 1 devono recare sull'imballaggio esterno o, in mancanza di questo, sul confezionamento primario, dopo le frasi: «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica», o «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta», la specificazione del tipo di struttura o di specialista autorizzato alla prescrizione*" (comma 2).

A norma dell'art. 2 del D. L. n. 443/1987, "*l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo e con lo stesso convenzionati **nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali***" (comma 1). Qualora il medico dipendente del SSN operi

invece nell'ambito della propria attività professionale, benché autorizzata, *non gli è "consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale"* (art. 15 *quinquies*, comma 4, D. Lgs. n. 502/1992).

Da ultimo, il comma 4 dell'art. 1 del D.L. n. 323/1996 prevede che "qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale **senza osservare le condizioni e le limitazioni** citate, l'azienda sanitaria locale, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, informa del fatto l'ordine al quale appartiene il sanitario, nonché il Ministero della sanità, per i provvedimenti di rispettiva competenza. **Il medico è tenuto a rimborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto**".

E' evidente che il sistema sanitario prevede una serie di limitazioni per i farmaci più costosi, che possono essere prescritti soltanto a determinate condizioni e con specifiche modalità. La normativa, già di per sé, considera come "*indebitamente prescritto*" il farmaco per il quale non vengano rispettate le rigide regole procedurali stabilite di volta in volta, senza nemmeno prendere in considerazione la circostanza che esso possa essere o meno necessario per il paziente.

All'indebita prescrizione del farmaco consegue *expressis verbis* l'obbligo di rimborsarne il costo al SSN, proprio perché il danno erariale è insito nella stessa violazione delle disposizioni limitative del procedimento prescrittivo.

Contrariamente a quanto argomentato dai difensori, non si tratta di limiti e condizioni con una valenza esclusivamente formale e

procedurale, ma di prescrizioni di natura sostanziale, che tendono a salvaguardare la sostenibilità della spesa sanitaria attribuendo la competenza a prescrivere i farmaci più costosi a carico dell'Erario pubblico soltanto ai medici del SSN, nell'ambito dell'ordinaria attività istituzionale.

Come chiarito dalla giurisprudenza, *“sul piano normativo, è indubbio che l'utilizzo del ricettario pubblico”* (le cc.dd. ricette rosse) *“sia rigidamente limitato non solo a determinati soggetti, ma anche in relazione all'attività da costoro svolta”*, ai sensi del comma 1 dell'art. 2 del D. L. n. 443/1987, essendo espressamente vietato anche *“ai medici del servizio pubblico che esercitano l'attività libero professionale”* (Sez. Giur. Sardegna. Sent. n. 74/2017), nell'intento di contenere la spesa pubblica.

A tal fine, la Corte costituzionale ha evidenziato *“la particolarità del Servizio sanitario nazionale, che richiede al legislatore ordinario di bilanciare le esigenze, da un lato, di garantire egualmente a tutti i cittadini e salvaguardare, sull'intero territorio nazionale, il diritto fondamentale alla salute, nella misura più ampia possibile; dall'altro, di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi da realizzare in questo campo. Siffatto bilanciamento costituisce il frutto di una scelta discrezionale”* (sentenza n. 94/2009).

Come ulteriormente puntualizzato dalla giurisprudenza contabile, *“il medico che è abilitato a effettuare prescrizioni a carico del SSN è*

*quindi il soggetto che, in concreto, assicura il suddetto bilanciamento, dovendosi preoccupare che le sue prescrizioni siano idonee a tutelare la salute dei pazienti, ma, allo stesso tempo, non gravino la finanza pubblica di oneri non necessari, quali quelli che conseguirebbero a prestazioni (relative a farmaci o ad esami diagnostici) inadeguate, incongrue, sproporzionate, superflue, ecc., in funzione di criteri di economicità e di riduzione degli sprechi”; “ben si comprende, quindi, la ragione per la quale lo stesso medico, quando si spogli della sua veste “pubblica” per indossare quella del libero professionista, non possa mai effettuare prescrizioni utilizzando il ricettario pubblico, poiché sarebbe elevato il rischio che egli sia orientato da ragioni di carattere personale (ad esempio, alimentare la propria clientela), a scapito delle esigenze di salvaguardia della finanza pubblica di cui si è detto” (Sez. Giur. Sardegna, sent. n. 74/2017).*

*“Rientra pienamente nella logica del sistema che la prescrizione del medico libero professionista debba sostanziarsi quindi in una proposta terapeutica (la cd. ricetta bianca), la quale viene vagliata da altro medico (tipicamente il medico di base convenzionato con il SSN), che stabilisce se essa possa tradursi in una prescrizione a carico del servizio medesimo (ferma restando, naturalmente, la possibilità per il paziente di acquisire ugualmente la prestazione indicata, ma a proprie spese)” (ibidem).*

*“Tale scelta del legislatore, va detto, appare razionale non solo dal punto di vista della tutela del bilancio pubblico, ma anche per ragioni attinenti alla salute del paziente. Infatti, di norma il medico di base ha*

*una conoscenza più approfondita del paziente rispetto allo specialista, talché è nella condizione di meglio apprezzare se la prescrizione di quest'ultimo, quand'anche in astratto appropriata, non lo sia nel caso specifico (si pensi ad un medicinale che è incompatibile con altri che vengono assunti per patologie diverse, non segnalate allo specialista)".*

Il problema non investe, dunque, la congruità delle prescrizioni sul piano terapeutico, ma l'impossibilità per il medico, che operi al di fuori dalla propria attività istituzionale, di prescrivere questa particolare tipologia di farmaci sul ricettario pubblico, addebitandone gli oneri al SSN.

Nel caso in esame, come emerso dalla documentazione acquisita in via istruttoria, il convenuto ha effettuato prescrizioni sul ricettario a carico del SSN per numerosissimi pazienti, con un danno erariale originariamente quantificato in € 65.543,34 e poi rideterminato dal PM, in virtù degli accertamenti effettuati in esecuzione dell'ordinanza istruttoria n. 20/2023, nella minor somma di € 61.492,19 (da cui detrarre comunque l'importo di € 5.000,00, già versato dal convenuto).

Vi è, dunque, la prova documentale del fatto che il convenuto ha effettuato queste prescrizioni non nella sua veste pubblica, ma in occasione dell'esercizio della propria attività libero – professionale, presso gli studi medici privati di Firenze, Prato e San Casciano Vale di Pesa.

L'avvenuta prescrizione del farmaco al di fuori dal perimetro previsto dalla legge, esplicitamente qualificata come indebita, comporta *expressis verbis* l'obbligo di rimborsarne i costi al SSN (art. 1, comma

4, D.L. n. 323/1996).

A parere dei difensori, non sarebbe però configurabile alcun danno erariale, non essendovi la prova che si trattasse di farmaci comunque dovuti e correttamente prescritti sul piano sostanziale.

Sotto questo profilo, in giurisprudenza si registrano due orientamenti.

Secondo il primo, anche se la condotta è irregolare, non vi è alcun danno erariale *“in considerazione del fatto che il costo sostenuto per il farmaco somministrato dietro presentazione della ricetta del medico specialista piuttosto che dietro presentazione della ricetta del medico di base è esattamente il medesimo”* (Sez. Giur. Umbria, sent. n. 111/2009).

Secondo la tesi contraria, maggiormente condivisibile alla luce del tenore letterale del comma 4 dell'art. 1 del D.L. n. 323/1996 e del suo inquadramento sistematico, *“il danno è configurabile per il solo effetto del fatto che i farmaci siano illegittimamente posti a carico del SSN”* (Sez. Giur. Sardegna, sent. n. 74/2017; negli stessi termini, Sez. Giur. Liguria, sent. n. 116/2014); infatti, il danno non resta escluso dal fatto che *“i pazienti avevano bisogno effettivo dei medicinali prescritti con conseguente obbligo dell'ASL di farsene carico: tale affermazione, infatti, a prescindere dalla sua fondatezza nel merito, si pone su un piano diverso rispetto alla configurabilità del danno che discende dalla circostanza che i relativi costi sono stati messi a carico del Servizio Sanitario Nazionale illegittimamente, in quanto relativi a ricette redatte da medico non convenzionato, laddove i costi dei farmaci prescritti al di fuori della convenzione sarebbero dovuti restare a carico integrale*

*dei privati*" (Sez. III Centr., sent. n. 4/2017).

In quest'ottica, nemmeno dovrebbe essere consentito al convenuto di provare che la prestazione, pur irregolarmente prescritta, non abbia determinato in concreto alcun danno, che seguirebbe alle irregolarità procedurali e sarebbe *in re ipsa*.

Sotto questo profilo, la tesi non è condivisibile, in quanto si ritiene che il medico debba essere ammesso a fornire la prova contraria, *id est* a dimostrare che i farmaci erano davvero necessari e che qualunque altro medico, operando nella sua veste pubblica, li avrebbe verosimilmente prescritti.

L'onere della prova, però, è chiaramente a carico del convenuto.

Contrariamente a quanto argomentato dai difensori, non si tratta di un meccanismo di inversione dell'onere della prova, ma dell'applicazione della regola generale di cui all'art. 2697 cod. civ.; infatti, poiché il danno (non è che si presume, ma) deriva già di per sé dalla violazione delle regole procedurali, come statuito *expressis verbis* dalla legge, l'onere di provare che in un caso specifico il pregiudizio non si sia invece verificato non può che essere posto a carico di chi formula l'eccezione.

Nel caso in esame, il dott. Bussolini non ha provato che i farmaci sarebbero stati in ogni caso prescritti, avendo incentrato le proprie difese sulle conseguenze derivanti dall'onere della prova, che a suo avviso sarebbe stato a carico della Procura erariale.

#### 4. L'esame del merito della domanda. C) L'elemento soggettivo.

La condotta, come correttamente dedotto dal Pubblico Ministero, è con tutta evidenza di matrice dolosa, in quanto il convenuto era certamente

al corrente del fatto che le prescrizioni sulle ricette rosse venivano emesse in favore dei pazienti di altri medici, sia perché operava presso diversi studi situati al di fuori dai Comuni di assegnazione (pur avendo dichiarato *expressis verbis* al Direttore delle Risorse Umane, nel gennaio del 2015, di non svolgere ulteriori attività professionali), sia in quanto riscuoteva i compensi dai pazienti stessi (il che non sarebbe stato ovviamente possibile per i propri assistiti).

Inoltre, le liste venivano periodicamente trasmesse dall'ASL a tutti i medici di medicina generale, che attraverso il sistema informatico erano perfettamente in grado di identificare i pazienti loro assegnati.

#### 5. Conclusioni. Le statuizioni accessorie.

Ne consegue che il convenuto dev'essere condannato al risarcimento dei danni in favore dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, nella misura di € 56.492,19.

L'importo deve essere maggiorato della rivalutazione monetaria, da calcolare su base annua e secondo gli indici ISTAT per le famiglie di operai e impiegati, a far data dall'evento lesivo, fino alla pubblicazione della presente sentenza; sulla somma così rivalutata, sono dovuti gli interessi legali, dalla pubblicazione della sentenza e fino al soddisfo.

Non è invece possibile esercitare il potere riduttivo dell'addebito, auspicato in via subordinata dal difensore, non trattandosi di un'ipotesi di responsabilità per colpa grave.

Le spese di giudizio, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza.

Trattandosi di dati sensibili, i nomi dei pazienti sentiti a sommarie

informazioni, o ai quali sono state rilasciate dal convenuto le prescrizioni sulle cc.dd. ricette rosse, riportati nella parte motiva della presente sentenza, dovranno essere oscurati e non potranno essere resi pubblici.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Toscana, definitivamente pronunciando in ordine alla domanda proposta dal Procuratore regionale nei confronti di Bussolini Lucio;

ACCOGLIE

la domanda e, per l'effetto, lo condanna al pagamento della somma complessiva di € 56.492,19 (cinquantaseimila e quattrocento novantadue/19) in favore dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, oltre alla rivalutazione monetaria dalla data dell'evento lesivo fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, oltre agli interessi legali sulla somma così rivalutata, da quest'ultima data e fino al soddisfo.

Pone a carico del convenuto le spese di giudizio, che liquida, fino al deposito della presente sentenza, in complessivi € 442,83.= (quattrocentoquarantadue/83).

Dispone che le generalità dei pazienti sentiti a sommarie informazioni, o ai quali sono state rilasciate dal convenuto le prescrizioni sulle cc.dd. ricette rosse, riportati nella parte motiva della presente sentenza, siano oscurate e non siano rese pubbliche nelle banche dati, o in caso di diffusione anche via *web*, con qualsivoglia altra modalità, della sentenza.

Manda alla Segreteria per le comunicazioni di rito.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 9 novembre 2023.

IL RELATORE

cons. Giuseppe di Pietro

*(F.to digitalmente)*

IL PRESIDENTE

Leonardo Venturini

*(F.to digitalmente)*

*Depositata in segreteria il 17/05/2024*

*Il Funzionario*

*Dott. Simonetta Agostini*

*(F.to digitalmente)*