

CORTE DEI CONTI – Sez. Giur. Toscana – sentenza n. 81 del 4 maggio 2015

RIMBORSI INDEBITI PER PRESTAZIONI SANITARIE, ASL CONDANNATE PER DANNO ERARIALE

Condanne per una somma complessiva superiore a 25 milioni di euro, oltre a interessi legali e rivalutazione monetaria, a carico di varie case di cura private e dei dirigenti di un'azienda sanitaria, in conseguenza del danno causato alle casse di quest'ultima per l'indebito rimborso di prestazioni sanitarie non previste a carico del Servizio sanitario nazionale, e già in precedenza pagate dai pazienti privati. Questo l'esito della sentenza della Corte dei conti Sez. giur. Toscana n. 81/2015, destinata probabilmente a suscitare una revisione nelle modalità di pagamento, non sempre accurate, con cui il Ssn rimborsa i costi delle prestazioni svolte presso gli istituti privati.

Con riferimento all'operato dell'Azienda il collegio osserva che, ai sensi del d.lgs. 502/1992, «il Direttore generale della USL è investito di tutti i poteri di gestione e di controllo ed è pertanto costituito garante della complessiva correttezza dell'azione amministrativa riferibile all'Ente che dirige» di modo che nella vicenda, in presenza di indici di anomalia e di comportamenti elusivi, era preciso dovere del Direttore generale «dare precise e tempestive disposizioni, attivare controlli specifici, chiedere direttive sollecite agli Enti di vigilanza (la Regione)».

In un siffatto quadro normativo al Direttore generale compete in particolare – anche in forza dell'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno – l'onere di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti di risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon funzionamento dell'azione amministrativa.

LA CORTE DEI CONTI - SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA TOSCANA composta dai seguenti magistrati:

Ignazio Del Castillo	Presidente
Carlo Greco	Consigliere
Angelo Bax	Consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità recante il n. 54902/R del registro di segreteria, promosso dal Sostituto Procuratore Generale ed instaurato con atto di citazione del 4 luglio 2005, nei confronti dei sigg.ri:

Ritzu Paolo, rappresentato e difeso dall'avv. Gaetano Vicicone, presso cui è elettivamente domiciliato in Firenze, viale Mazzini n. 60 PEC: gaetano.vicicone@firenze.pecavvocati.it;

Menichetti Paolo, rappresentato e difeso dagli avv.ti Enrico Menichetti e Gaetano Vicicone, e presso quest'ultimo elettivamente domiciliato in Firenze, viale Mazzini n. 60 PEC: gaetano.vicicone@firenze.pecavvocati.it;

Ancillotti Esposito Anna, rappresentata e difesa dagli avv.ti Calogero Narese e Federico De Meo, presso i quali è elettivamente domiciliata in Firenze, via dell'Oriuolo n. 20;

Santanni Nadia, rappresentata e difesa dagli avv.ti Mauro Montini e Simone Nocentini, presso i quali è elettivamente domiciliata in Firenze, alla via de' Rondinelli n. 2 (studio Legale Lessona) PEC: mauromontini@pec.ordineavvocatifirenze.it;

Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avv. prof. Stefano Vinti e dall'avv. Alberto Piperno, e presso quest'ultimo elettivamente domiciliata in Firenze, alla via Giorgio La Pira n. 21;

Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. - in liquidazione, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Monica Passalacqua, presso cui è elettivamente domiciliata in Firenze via XX settembre n. 60 PEC: monicapassalacqua@pec.ordineavvocatifirenze.it;

Casa di Cura Valdisieve Hospital s.r.l. (già Casa di Cura Valdisieve s.a.s.), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Monica Passalacqua, presso cui è elettivamente domiciliata in Firenze, via XX settembre n. 60 PEC: monicapassalacqua@pec.ordineavvocatifirenze.it

Casa di Cura Villanova s.r.l. Centro Oncologico Fiorentino, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avv. Monica Passalacqua, presso cui è elettivamente domiciliata in Firenze, alla via XX settembre n. 60, PEC: monicapassalacqua@pec.ordineavvocatifirenze.it e dal prof. avv. Giuseppe Morbidelli, presso cui è elettivamente domiciliata in Firenze, alla via A. Lamarmora n. 14;

Udito, nella pubblica udienza del 19 novembre 2014, il consigliere relatore dott. Angelo Bax, il rappresentante del Pubblico Ministero nella persona del Sostituto Procuratore Generale dott.ssa Acheropita Mondera Oranges, ed i legali difensori avv. Gaetano Vicicone per i signori Paolo Ritzu e Paolo Menichetti, Enrico Menichetti per il sig. Paolo Menichetti, Federico De Meo per la sig.ra Anna Esposito Ancillotti, Monica Passalacqua per la casa di Cura Valdisieve, la Casa di Cura Villa Maria Teresa e la Casa di Cura Villanova, l'avv. Angelo Buongiorno, su delega dell'avv. Stefano Vinti, per la Casa di Cura Santa Chiara e Mauro Montini per la sig.ra Nadia Santanni;

Visti tutti gli atti ed i documenti di causa ed in particolare le memorie e le conclusioni rassegnate dalle parti;

Considerato in

FATTO

La Procura Regionale presso questa Sezione, con atto di citazione depositato in data 4 luglio 2005, chiamava in giudizio innanzi a questa Corte i signori Paolo Ritzu (direttore generale della ASL n. 10 di Firenze dall'1 gennaio 1995 al 15 novembre 1998), Paolo Menichetti (direttore generale della ASL n. 10 di Firenze dal 21 dicembre 1998 al 20 dicembre 2003), Anna Esposito Ancillotti (direttore amministrativo della ASL n. 10 di Firenze dal 21 aprile 1999 alla data di deposito dell'atto di citazione), Nadia Santanni (direttore dell'U.O. di Segreteria della ASL n. 10 di Firenze dal 17 novembre 1995 al 31 gennaio 2003), Carlo Rinaldo Tomassini (responsabile dell'Ufficio Valutazione Qualità dell'Azienda USL n. 10 di Firenze dal 12 gennaio 1996 al 21 marzo 1999), Mario Dorin (legale rappresentante della Casa di Cura Santa Chiara, avente sede in Firenze, p.zza Indipendenza n. 11 e responsabile della menzionata casa di cura dal 1990

alla data di deposito dell'atto di citazione), Romana Panci (legale rappresentante della Casa di Cura Villa Maria Teresa, avente sede in Firenze, via della Cernaia n. 18, e responsabile della stessa dal 15 luglio 1996 al 27 giugno 2003), Luciana Forni (legale rappresentante della Casa di Cura Valdisieve, avente sede in Pelago (FI), via Forlivese n. 122 e responsabile della stessa dal 1985 alla data di deposito dell'atto di citazione), Maurizio De Scalzi (legale rappresentante della Casa di Cura Villanova, avente sede in Firenze, via di Careggi n. 38 e responsabile della stessa dal 1991 alla data di deposito dell'atto di citazione), Paola Valori (legale rappresentante della Casa di Cura Ulivella e Glicini, avente sede in Firenze via del Pergolino nn. 4/6 e responsabile della stessa dal gennaio 1971 al giugno 2002).

Per i menzionati soggetti l'ufficio requirente prospettava la responsabilità amministrativo – contabile per la somma di € 27.140.027,10 (pari a £. 52.550.420.254), o di quella diversa accertata in corso di causa, oltre agli interessi legali a decorrere dal momento dell'effettivo depauperamento dell'Amministrazione e sino all'effettivo soddisfacimento delle ragioni del creditore, oltre alle spese di giudizio.

Il danno si è poi ridotto a € 25.154.000,00 a seguito dell'impegno assunto dalla ex Casa di Cura Villa Ulivella e Glicini – oggi Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. - depositato in data 8 ottobre 2013 di cui si è preso atto nella udienza del 9 ottobre 2013, con cui la detta Casa di Cura ha riconosciuto il debito acclarato dalla Corte di Appello di Firenze con sentenza n. 849 del 19 giugno 2012, Sezione Prima Civile, relativa al periodo 1997/2000.

Il presunto danno erariale derivava da un indebito rimborso di somme non dovute reso dall'Azienda U.S.L. n. 10 di Firenze, e per le quali somme i pazienti avevano già provveduto direttamente al pagamento dei compensi stabiliti, in favore delle Case di cura private convenzionate Santa Chiara s.p.a., Villanova s.r.l., Villa Maria Teresa s.r.l., Valdisieve s.a.s., Ulivella e Glicini Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a..

Per tali esborsi, non spettanti secondo la Procura e costituenti pertanto danno erariale, i funzionari responsabili della ASL e le Case di Cura private sono stati ritenuti responsabili sia per l'attività posta in essere sia per le ingiustificate omissioni nell'attività di controllo sui rimborsi erogati dal servizio sanitario.

L'attività della Procura contabile era stata avviata dalla nota prot. n. 5678 del 22 giugno 2001 del Direttore Generale della Azienda USL n. 10 di Firenze che segnalava l'esistenza, per il fatto commesso, di un procedimento penale nonché di un'indagine amministrativa in merito.

In particolare nel periodo 1997/1999 presso le suddette case di cura erano stati eseguiti vari interventi non in quanto strutture accreditate, ma di attività libero-professionale e quindi a carico dei pazienti.

Tuttavia, osservava la parte attorea, per i menzionati interventi le Case di Cura chiedevano ed ottenevano un indebito rimborso da parte dell'Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze, attraverso l'inserimento nei tracciati dei record di controllo di codici identificativi non corrispondenti alla realtà, e relativi a spese per prestazioni già pagate direttamente dai pazienti.

Per i fatti, oggetto di accertamento presso questo magistrato, si prospettava anche un'ipotesi di responsabilità penalmente rilevante avente ad oggetto l'accertamento di truffa aggravata e continuata in concorso ai danni di enti pubblici.

Con sentenza del 16 ottobre 2007 - 27 novembre 2007 Il Tribunale di Firenze – Seconda Sezione Penale n. 07/3252 – assolveva dal reato ascritto la sig.ra Romana Panci, mentre riteneva colpevoli, limitatamente ai fatti commessi negli anni 1998 e 1999, i sigg.ri Mario Dorin, Luciana Forni, Maurizio De Scalzi e Paola Valori, nella qualità di rappresentanti delle suddette Case di Cura con condanna per ciascuno della pena di anni uno, mesi sei di reclusione ed euro 500 di multa.

In sede di gravame la Corte di Appello di Firenze n. 1626/2007 – 16 maggio 2010 riformava la sentenza, dichiarando di non doversi procedere nei confronti di Maurizio De Scalzi, Mario Dorin, Luciana Forni e Valori Paola, in ordine ai reati loro ascritti, per intervenuta prescrizione, decisione divenuta irrevocabile il 20 settembre 2010.

In ordine al danno finanziario concernente il rimborso integrale da parte dell’Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze a favore delle case di cura private suddette, deduceva la Procura contabile che il rimborso non rientrava tra le spese previste a carico del Servizio Sanitario Nazionale dalla normativa vigente in materia all’epoca dei fatti, e ciò rappresentava un danno per l’Azienda, conseguente al comportamento commissivo dei responsabili delle case di cura ed omissivo dei responsabili dell’Azienda Sanitaria.

Per la spesa complessiva sopportata dall’azienda a titolo di rimborso di somme non dovute la Procura contabile notificava, ai sensi dell’art. 5, comma 1 della l. 14 gennaio 1994 n. 19 (siccome modificato dall’art. 1 della l. n. 639/1996) gli inviti a dedurre ai soggetti evocati in giudizio. L’invito a dedurre non era notificato al sig. Pietro Rebuffat, direttore amministrativo dell’Azienda USL n. 10 di Firenze dal febbraio 1995 al marzo 1999, essendo lo stesso deceduto in data 24 novembre 2004.

A seguito delle deduzioni pervenute ritenute non idonee a superare gli addebiti formulati in sede di invito a dedurre veniva depositato e notificato ai singoli soggetti l’atto introduttivo del presente giudizio.

La Procura contabile in primis riteneva la sussistenza del rapporto di servizio sia per i funzionari ed i dirigenti dell’Azienda Sanitaria, che per i responsabili nonché legali rappresentanti delle Case di Cura.

Le suddette Case di Cura avevano stipulato con la suddetta Azienda Sanitaria una convenzione per il periodo 1997/1998, con decorrenza retroattiva al 1° gennaio 1997, successivamente rinnovata tacitamente, ed in specie la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a. in data 30 dicembre 1997, la Casa di Cura Villanova s.r.l.- Centro Oncologico Fiorentino in data 25 novembre 1997, la Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in data 30 dicembre 1997, la Casa di Cura Ulivella e Glicini IFCA s.p.a. in data 30 dicembre 1997 e la Casa di Cura Val di Sieve s.a.s. in data 30 dicembre 1997.

Il quadro normativo in materia aveva previsto, nella specie, il passaggio da un sistema che prevedeva rimborsi calcolati in base alle effettive giornate di degenza dei pazienti ad un sistema che si basava su un corrispettivo determinato per ogni tipo di prestazione sanitaria o intervento chirurgico, indipendentemente dai giorni di degenza (cfr. art. 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, modificato dal decreto legge n. 517 del 1993 e dal Decreto del Ministero della Sanità 15 aprile 1994, avente ad oggetto “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”).

Il nuovo sistema dei rimborsi a prestazione, detto a “D.R.G.”, che per un corretto funzionamento necessitava di codifica delle prestazioni sanitarie effettuata con modalità informatiche, era entrato a pieno regime dal 1996.

Per poter effettuare interventi chirurgici a carico del S.S.N. in convenzione con le Aziende Sanitarie, le strutture private dovevano stipulare dei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie, ove il committente era l’Azienda Usl competente per territorio.

In particolare i codici informatici utilizzati nel sistema a D.R.G. determinavano la quantificazione degli importi base per ogni singola patologia codificata ed il soggetto (pubblico o privato) su cui ricadevano gli oneri finanziari.

Ne conseguiva che dal 1996 le strutture pubbliche e private convenzionate avevano l’obbligo di inviare periodicamente all’Azienda Sanitaria, tramite supporto informatico, per i controlli ed i riscontri preliminari al rimborso, tutti i dati contenuti nella S.D.O. (scheda di dimissione ospedaliera) introdotta per la rilevazione epidemiologica e sistematica sulla popolazione dei dimessi con decreto ministeriale 28 dicembre 1991.

Con decreto ministeriale 26 luglio 1993 avente ad oggetto “disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”, fu introdotto un disciplinare tecnico, relativo alle definizioni autentiche dei codici inseriti nella scheda di dimissione ospedaliera.

Nell’ambito del menzionato disciplinare si definiva “l’onere della degenza” al fine di “specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l’onere di rimborsare le spese relative al ricovero”.

I codici, aventi carattere numerico, da utilizzare per indicare il soggetto su cui ricadevano gli oneri della degenza, erano i seguenti:

- 1) S.S.N.: ricovero a totale carico del S.S.N.;
- 2) (in convenzione, più differenza alberghiera): ricovero a carico del S.S.N., con rimborso delle spese alberghiere a carico del paziente;
- 3) (rimborso): ricovero in Casa di Cura convenzionata, con rimborso a carico del S.S.N.;
- 4) (solvente): ricovero a totale carico del paziente;
- 5) (altro): ricovero di pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con il S.S.N. o di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza o altro.

La Regione Toscana con delib. n. 4614 del 29 dicembre 1995 procedeva alla “determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero” in sede di prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni mediante raggruppamenti omogenei di diagnosi (R.O.D.), ed individuava, tra l’altro, le fasce di classificazione dei produttori delle prestazioni sanitarie, l’obbligo per i soggetti privati accreditabili di notificare alla Giunta Regionale ed all’Azienda USL competente per territorio, l’accettazione del sistema di remunerazione a prestazione, l’adozione della scheda di dimissione ospedaliera (come supporto informativo dell’attività di ricovero svolta) ed i relativi responsabili delle attività di verifica della corretta compilazione e codifica dei dati clinici, l’adozione di procedure di controllo analitiche dei costi.

Nel periodo 1997 – 1999, ai sensi del sistema tariffario regionale all’epoca vigente, non era disciplinata la possibilità di rimborso a carico del S.S.N. per attività libero professionale in strutture private convenzionate/ accreditate e, pertanto, non potevano essere chiesti rimborsi per tali

prestazioni (non contemplate nel contratto), sicché le prestazioni professionali rientravano nella categoria dei ricoveri per soggetti paganti in proprio.

Successivamente all'entrata in vigore del nuovo sistema tariffario a D.R.G., la possibilità di svolgere attività libero professionale a pagamento era stata prevista unicamente per i medici di strutture pubbliche (delib. Regione Toscana 7 gennaio 1997 n. 376), mentre solo con le delibere n. 283 del 19 marzo 2001 e n. 355 del 2 aprile 2001 della Regione Toscana (successive ai fatti del presente giudizio) anche per i medici dipendenti delle strutture private fu consentito lo svolgimento di attività libero professionale a pagamento (con un costo per il S.S.N. pari al 65% sul totale previsto per l'erogazione di dette prestazioni).

In tale contesto si colloca nel periodo 1997 – 1999 l'attività svolta dalle Case di Cura - Santa Chiara, Villanova, Villa Maria Teresa, Ulivella e Glicini e Valdisieve - in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente, cioè l'Azienda n. 10 di Firenze.

Deduce la Procura contabile che le Case di Cura, in difformità dalle disposizioni normative richiamate

“a) hanno permesso al personale in organico di svolgere attività libero professionale con oneri a carico dei pazienti, nell'ambito dei ricoveri in convenzione;

b) non hanno sostenuto parte dei costi del personale sanitario perché pagato dai pazienti;

c) hanno fatturato all'Azienda prestazioni in convenzione, come interventi privi di attività libero professionale, per cui sapevano che i pazienti avevano invece pagato la stessa;

d) hanno inserito, nei tracciati “record di controllo” (nell'ambito di flussi informatici di comunicazione delle prestazioni sanitarie alla USL competente), codici informatici che rappresentavano una situazione diversa da quella reale, al fine di evitare l'esclusione dal rimborso delle prestazioni già in parte pagate dal paziente, e conseguire ugualmente il rimborso delle prestazioni. Con l'inserimento, nei tracciati record di controllo, di codici non rispondenti alla realtà, la struttura ha ottenuto indebiti rimborsi integrali per prestazioni già in parte pagate privatamente dai pazienti e, pertanto, non più aventi le caratteristiche per essere fatturabili all'Azienda Sanitaria”. I dati inviati dalle Case di Cura al competente ufficio di controllo dell'Azienda Sanitaria non corrispondevano alla realtà non solo in ordine al “campo” relativo all'onere della degenza, ma anche per quanto atteneva il “campo” relativo alla modalità di erogazione (campo denominato “modero”).

Dalla disamina dei tabulati, ed in specie nel campo “modero”, emerge che le Case di Cura avevano inserito sempre il codice “0”, presentando all'ufficio di controllo dell'Azienda le prestazioni come interventi non aventi “attività libero professionale a pagamento” (attestazione non rispondente al vero).

Affermava, la Procura, che per tutte le prestazioni, sia per quelle per le quali i pazienti non avevano pagato oneri professionali sia per quelle per le quali gli stessi avevano pagato le prestazioni ai chirurghi, le Case di cura avevano inviato all'Azienda fatture per il rimborso integrale delle stesse e codici informatici di controllo indicanti l'assenza di pagamenti di attività libero professionale.

Di converso se le Case di cura avessero inserito il codice 1 o 2 nel campo “modero”, indicante prestazioni con attività libero professionale a pagamento erogate presso la stessa, il sistema informatico di controllo dell’Azienda le avrebbe scartate dal rimborso.

Quanto detto dimostrava chiaramente, secondo la Procura, la consapevolezza da parte dei responsabili delle Case di cura di fornire codici diversi da quelli corrispondenti al tipo di prestazione effettuata, al fine di fatturare ed incamerare somme maggiori, rispetto a quelle realmente spettanti.

La responsabilità del danno erariale, derivante dal comportamento improprio delle Case di Cura private, secondo la prospettazione attorea, era da sussumere in un comportamento caratterizzato da dolo contrattuale o gravemente colposo, ed era imputabile ai seguenti convenuti, a titolo di responsabili delle rispettive Case di cura private: Mario Dorin, per la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., Romana Panci, per la Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l., Luciana Forni, per la Casa di Cura Valdisieve s.a.s., Maurizio De Scalzi, per la casa di Cura Villanova s.r.l. e Paola Valori, in qualità di responsabile della Casa di Cura Ulivella e Glicini IFCA s.p.a. nel periodo di riferimento.

Responsabili, a titolo di *culpa in vigilando*, erano i responsabili dell’Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze.

Il rimborso, indebito, alle strutture private per attività non previste a carico del S.S.N., era situazione presente alla Azienda Sanitaria ed alla Regione Toscana, ed infatti la Regione Toscana, con delibera n. 283 del 19 marzo 2001 invitava i Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. ad adottare le opportune iniziative volte a verificare i comportamenti seguiti dai soggetti privati eroganti prestazioni all’interno delle strutture di ricovero ospedaliero, nell’ipotesi di esercizio di attività libero-professionali, con recupero delle somme indebitamente poste a carico del Servizio Sanitario Regionale.

In sede di applicazione della suddetta delibera il Direttore Generale dell’Azienda USL n. 10 di Firenze, dott. Paolo Menichetti, adottava in data 12 aprile 2001 la delibera n. 409 riguardante gli emolumenti indebitamente rimborsati ed il relativo recupero; provvedimenti impugnati dalle Case di Cura e decisi dall’autorità giudiziaria amministrativa.

Inammissibili erano stati dichiarati dall’autorità giurisdizionale amministrativa i ricorsi dell’Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze, la quale aveva richiesto l’accertamento che le suddette Case di cura “non hanno diritto alla corresponsione delle somme a titolo di D.R.G. da parte dell’Azienda Sanitaria di Firenze, per le prestazioni effettuate in regime libero – professionale o simile, ovvero, in via subordinata, ne hanno diritto in misura percentuale, con una riduzione pari almeno al 35% del corrispondente D.R.G. ovvero con quella che sarà ritenuta di giustizia”.

In ordine alla verifica dei doveri dei responsabili dell’Azienda per l’adozione di misure necessarie a rilevare la non veridicità dei record artificiosamente e falsamente indicati dalle Case di Cura al fine del rimborso delle prestazioni effettuate con il ricorso a personale sanitario in attività libero-professionale, dagli accertamenti svolti dal Comando Carabinieri per la Sanità N.A.S. di Firenze (nota prot. n. 4155/7 del 13 luglio 2004) era emerso che la richiesta di indebiti rimborsi integrali della tariffa prevista per il relativo D.R.G. atteneva non solo a medici esterni alle strutture private, in quanto molti medici facevano parte del corpo sanitario delle stesse Case di cura

le quali, nell'erogazione delle singole prestazioni non retribuivano gli stessi e, quindi, non sostenevano i costi di cui, però, poi chiedevano all'Azienda il rimborso.

Sul mancato rispetto della convenzione stipulata con la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., in data 6 maggio 1997 il Direttore Responsabile del Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche della Regione Toscana inviava al direttore generale della ASL n. 10 di Firenze, dott. Paolo Ritzu, la nota prot. n. 11/17842/6.3.5, con cui comunicava di essere venuto a conoscenza del fatto che, per prestazioni effettuate presso la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a. in regime di ricovero, era stato richiesto il pagamento diretto al paziente sia delle spese per l'intervento che di quelle anestesilogiche, a fronte di ricoveri per cui la Casa di cura era accreditata e per cui doveva ritenersi percepisse la tariffa stabilita dalla Regione (D.R.G. di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 4514 del 29 dicembre 1995).

Pertanto il responsabile regionale esprimeva la necessità di fornire assicurazioni in ordine agli eventuali strumenti posti in essere per assicurare il rispetto dei termini della convenzione con la Casa di Cura.

La predetta nota della Regione veniva inviata al Direttore dell'U.O. di segreteria della ASL n. 10, sig.ra Nadia Santanni, cui pervenivano le richieste di rimborso delle varie Case di Cura private, e la stessa inviava una nota (11 giugno 1997 n. 3606/AM/am) ad oggetto "ricoveri presso la Casa cura S. Chiara s.p.a." ai signori Paolo Ritzu, Direttore Generale, Pietro Rebuffat, direttore amministrativo, Valeria Giochetti, Direttore U.O. controlli di gestione e Carlo Rinaldo Tommasini, responsabile dell'Ufficio Valutazione Qualità.

Nella nota si segnalava ai responsabili dell'Azienda Sanitaria che, a seguito della nota regionale n. 11/17842/6.3.5, vi era la necessità di una presa di posizione, atteso che vi erano casi documentati di persone che, recatisi presso la Casa di cura (S. Chiara) s.p.a. in forza di ricetta o di impegnativa medica avevano pagato, oltre al passaggio di classe, anche l'intervento chirurgico e quello anestesilogico, ma l'Azienda aveva liquidato alla Casa di Cura l'intero importo stabilito dalla delibera della G.R. Toscana n. 4614 del 1995 del D.R.G. relativo al trattamento effettuato che comprendeva degenza, intervento chirurgico ed anestesilogico.

Nella stessa nota, anche sulla scorta di un prospetto esplicativo delle prestazioni con doppi pagamenti, si rammentava che il problema di fondo era un altro: che una stessa prestazione veniva pagata due volte, dall'Azienda e dall'utente.

In tale contesto, affermava la Procura contabile, il dott. Ritzu, direttore Generale della Asl n. 10, con nota del 2 ottobre 1998, si era limitato a chiedere nuovamente chiarimenti alla Regione Toscana dichiarando, tra l'altro, che dalla fatturazione emessa dalla Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., l'Azienda Sanitaria non era in grado di distinguere i casi in cui l'utente aveva pagato direttamente le prestazioni all'operatore scelto e, quindi, l'Azienda liquidava tutte le fatture per l'intero.

Nel frattempo, deduceva la Procura contabile, nessun controllo o attività di vigilanza era stato disposto presso le strutture private convenzionate.

Con nota del 3 novembre 1998 il dott. Paolo Ritzu segnalava all'AIOP (associazione italiana ospedalità privata) alcuni casi relativi a prestazioni sanitarie per le quali il paziente aveva pagato l'operatore o gli operatori che aveva scelto, e per quanto concerne la definizione del rapporto

economico con l'Azienda Sanitaria, proponeva un abbattimento di una percentuale del D.R.G. del 50%.

Con nota del 6 novembre 1998, assunta al protocollo dell'Azienda Sanitaria con il n. 6595 del 10 novembre 1998, il Presidente dell'AIOP sollecitava un coinvolgimento della Regione nella soluzione delle questioni connesse ai rimborsi alle Case di Cura e la inopportunità di un criterio di riduzione unilateralmente e aprioristicamente fissato, nota comunicata oltre che al dott. Paolo Ritzu, anche alla sig.ra Nadia Santanni.

In data 15 novembre 1998 il dott. Ritzu cessava dall'incarico di direttore generale dell'Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze cui subentrava, dal 21 dicembre 1998, il dott. Paolo Menichetti, che, secondo la procura contabile, non provvedeva a disporre alcun controllo o attività di vigilanza presso le strutture private convenzionate.

Con successiva nota del 19 novembre 1999 la Regione Toscana ribadiva che gli interventi con pagamento delle prestazioni professionali da parte del paziente non rientravano tra quelle in convenzione e che, quindi, queste potevano essere effettuate nell'ambito dell'attività totalmente privata, che la struttura era autorizzata ad effettuare nei posti letto liberi da ricoveri a carico del S.S.N..

La parte attorea riteneva la responsabilità del dott. Paolo Ritzu, direttore generale dall'1 gennaio 1995 al 15 novembre 1998, il quale aveva continuato a rimborsare le fatture presentate dalle Case di Cura, senza una reale verifica circa la doverosità delle somme richieste, al di là delle due note inviate (alla Regione Toscana ed all'AIOP) e senza adottare all'interno dell'Azienda i controlli necessari ed a predisporre le misure necessarie a fronteggiare il fenomeno, in difformità dall'incombenza gravante sul direttore generale di adoperarsi attivamente per scongiurare un danno erariale all'Azienda Sanitaria.

La dovuta incombenza si evinceva sia da quanto disposto dallo stesso Direttore Generale con circolare prot. n. 576 – c – 5 dell'1 febbraio 1996, sia dall'inosservanza della normativa regionale e nazionale in materia, ma anche in forza dell'esplicito invito rivolto dal direttore responsabile del Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della Regione Toscana (6 maggio 1997).

Analoghe considerazioni, deduceva la Procura contabile, valevano per il dott. Paolo Menichetti, Direttore Generale dell'Azienda USL n. 10 di Firenze dal 21 dicembre 1998 al 20 dicembre 2003, il quale non aveva provveduto a disporre alcun controllo o attività di vigilanza presso le strutture private convenzionate né presso le strutture aziendali, adottando misure idonee a verificare la veridicità e la corrispondenza di quanto dichiarato dalle Case di Cura, nonostante la conoscenza dell'attività degli indebiti rimborsi (nota n. 4626 del 16 luglio 1999 del dott. Paolo Menichetti rivolta alla Regione Toscana e nota del 19 novembre 1999 della Regione Toscana indirizzata al dott. Menichetti).

Ulteriori profili di responsabilità amministrativa – contabile, secondo la parte attorea, erano addebitabili alla sig.ra Santanni – direttore dell'U.O. di Segreteria della ASL 10 di Firenze che, nonostante la conoscenza del problema degli indebiti rimborsi, si era limitata a segnalare il problema agli organi di vertice dell'Azienda, continuando ad erogare rimborsi, pur avendo la consapevolezza che gran parte di questi non erano dovuti, e non verificando, in concreto, la fondatezza e l'entità delle somme realmente spettanti.

In altri termini l'attività di controllo assegnata all'Ufficio U.O. di Segreteria avrebbe dovuto comportare una verifica dell'applicazione del numero di D.R.G. corrispondente alla prestazione sanitaria erogata dalla Casa di Cura, della congruità della durata della degenza in relazione al tipo di malattia ed intervento, ed il controllo della scheda di dimissione ospedaliera (con codice relativo alla singola prestazione sanitaria) e, se necessario, della cartella clinica.

La responsabilità da danno erariale gravava anche sulla dott.ssa Ancillotti Esposito, direttore amministrativo della ASL n. 10 di Firenze dal 21 aprile 1999 parimenti a conoscenza (nota del 19 novembre 1999 della Regione Toscana) dei rimborsi non dovuti, e che non aveva predisposto alcuna misura volta ad arginare il fenomeno ed a pagare solo prestazioni rientranti nel rapporto di convenzione.

In conclusione, affermava la Procura contabile, i responsabili dell'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze, nonostante fossero a conoscenza della erogazione di rimborsi non dovuti alle Case di cura convenzionate, avevano continuato ad erogare somme non dovute, omettendo qualsiasi attività di controllo e di verifica presso le strutture private, anche con riscontro a campione tra le prestazioni, per avere la possibilità di contestare la richiesta di rimborso, in quanto non dovuta.

Si escludeva, di converso, da parte della Procura contabile, la responsabilità a carico del dott. Carlo Tomasini, responsabile dell'Ufficio Valutazione Qualità sino al 21 marzo 1999, per assenza dell'elemento soggettivo della grave colpevolezza, in quanto tra le incombenze dello stesso non vi era quello di verificare la correttezza dei tabulati inviati mensilmente dalle Case di Cura private per la liquidazione delle competenze relative alle prestazioni effettuate in regime di convenzione.

Il rimborso integrale, da parte dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 10 di Firenze a favore delle Case di Cura private di prestazioni sanitarie non previste a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ma a carico di pazienti privati, configurava, secondo la Procura contabile, un danno erariale quantificato alle pagg. 28 e 29 dell'atto di citazione nella misura di € 27.140.027,10 (pari a L. 52.550.420.254), oltre rivalutazioni, interessi (a decorrere dal momento dell'effettivo depauperamento del patrimonio dell'Amministrazione sino all'effettivo soddisfacimento delle ragioni del creditore) e spese di giudizio.

Il danno finanziario era stato causato dal comportamento commissivo dei responsabili delle Case di Cura, che avevano indicato codici non corrispondenti alle prestazioni effettuate al fine di ottenere indebiti rimborsi, ed omissivo di coloro che avrebbero dovuto adoperarsi per controllare ed effettuare solo operazioni di rimborso realmente dovute (direttori generali, direttore amministrativo, direttore dell'U.O. di Segreteria dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 10 di Firenze nel periodo 1997/1999, ognuno in riferimento alla carica ed al servizio).

La ripartizione del danno, prospettata dalla Procura tra i soggetti responsabili, con riferimento all'incidenza causale del comportamento omissivo e/o commissivo di ognuno, della carica rivestita e delle funzioni svolte era dell'ordine del 60% a carico delle Case di Cura private Santa Chiara s.p.a., Villanova s.r.l., Villa Maria Teresa s.r.l., Ulivella e Glicini I.F.C.A. s.p.a. e Valdisieve s.a.s., rappresentate dai legali rappresentanti e responsabili delle società, in proporzione ai rimborsi effettuati ad ogni singola Casa di Cura, specificati nei prospetti allegati all'atto di citazione.

Il restante 40% era a carico dei Direttori Generali dell'Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze, sigg.ri Paolo Ritzu e Paolo Menichetti, del responsabile dell'U.O. di Segreteria dell'Azienda Sanitaria USL n. 10 di Firenze, sig.ra Nadia Santanni, e del direttore amministrativo della ASL n. 10 di Firenze, signora Anna Esposito Ancillotti.

Tutto ciò salvo ogni eventuale e/o diversa ripartizione individuata dalla Sezione giurisdizionale. I convenuti si costituivano in giudizio e deducevano questioni in rito ed in merito.

Nella pubblica udienza del 18 gennaio 2006 il Collegio con ordinanza a verbale sospendeva il giudizio, vista la sussistenza di una pregiudizialità per la risoluzione delle questioni sottoposte ai Collegi Arbitrali nonché a varie autorità giudiziarie.

In data 17 settembre 2012 la Procura contabile procedeva alla riassunzione del giudizio, e dopo aver richiamato l'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, osservava che in data 19 giugno 2012 era stata depositata la sentenza n. 849 della Corte di Appello di Firenze, Sezione Prima Civile, che aveva definito il contenzioso tra l'Azienda sanitaria n. 10 di Firenze e l'Istituto Fiorentino di Cura ed Assistenza s.p.a. – Case di Cura Villa Ulivella e Glicini statuendo in siffatto modo:

- a) declaratoria di non spettanza per gli anni 1997 – 2000 a favore dell'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. delle somme a titolo di D.R.G. da parte dell'Azienda Sanitaria di Firenze, per le prestazioni effettuate nel proprio ambito in regime libero – professionale con oneri a carico degli utenti;
- b) diritto della Azienda USL n. 10 di Firenze alla restituzione da parte dell'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. della somma di € 2.548.798,57;
- c) condanna dell'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. al pagamento in favore della USL n. 10 di Firenze della somma di € 2.548.798,57, oltre interessi legali dal 13 febbraio 2006 al saldo effettivo;
- d) rigetto della domanda riconvenzionale proposta dall'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a.;
- e) condanna dell'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. al rimborso a favore dell'Azienda USL 10 di Firenze sia delle spese processuali del giudizio arbitrale che del giudizio celebrato innanzi al giudice ordinario civile;
- e) condanna delle spese di c.t.u., di funzionamento del collegio arbitrale e di compenso degli arbitri a carico dell'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a..

La procura contabile citava in riassunzione i seguenti soggetti: sig. Paolo Ritzu, sig. Paolo Menichetti, sig.ra Anna Ancillotti Esposito, sig.ra Nadia Santanni, Istituto Fiorentino di cura e Assistenza s.p.a. – Case di Cura Villa Ulivella e Glicini, in persona del legale rappresentante pro tempore non in proprio ma in qualità di legale rappresentante dell'Istituto Fiorentino di cura e Assistenza s.p.a. – Case di Cura Villa Ulivella e Glicini, Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione in persona del legale rappresentante pro tempore, non in proprio ma in qualità di legale rappresentante della Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, Casa di Cura Valdisieve di L. Forni e C. s.a.s., in persona del legale rappresentante pro tempore, non in proprio ma in qualità di legale rappresentante della Casa di Cura Valdisieve di L. Forni e C. s.a.s., Centro Oncologico Fiorentino – Casa di Cura Villanova s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, non in proprio ma in qualità di legale rappresentante del Centro Oncologico

Fiorentino – Casa di Cura Villanova s.r.l., Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., in persona del legale rappresentante pro tempore non in proprio ma in qualità di legale rappresentante della casa di Cura Santa Chiara s.p.a..

Osservava, la Procura contabile, per quanto concerneva la posizione dell'Istituto Fiorentino di Cura ed Assistenza s.p.a. – Case di Cura Ulivella e Glicini, che l'importo del danno contestato, siccome risultava dalla sentenza della Corte di Appello di Firenze, era pari a € 2.548.798,57, e da precisare in siffatto modo:

- a) € 2.548.798,57, attribuibile al comportamento doloso dell'Istituto Fiorentino di Cura ed Assistenza s.p.a. – Case di Cura Ulivella e Glicini, a titolo di responsabilità principale;
- b) il 40% del suddetto danno, pari a € 1.019.519,43, era attribuibile al comportamento gravemente colposo e negligente dei responsabili dell'Azienda Sanitaria n. 10, ed in specie Paolo Ritzu, direttore generale, Paolo Menichetti, direttore generale, Anna Ancillotti Esposito, direttore amministrativo, Nadia Santanni, direttore dell'O.U. di Segreteria, da ripartirsi in parti uguali, a titolo di responsabilità sussidiaria.

Precisando le quote di responsabilità tra tutti i vari soggetti citati, la parte attorea riteneva che “la responsabilità dei Direttori Generali, Direttore Amministrativo e Direttore dell'O.U. di Segreteria, calcolato nella misura del 40% da ripartirsi in parti uguali, deve intendersi a titolo di responsabilità sussidiaria mentre le Case di Cura sono ritenute responsabili dell'intero danno, a titolo di responsabilità principale, per le vicende relative agli indebiti rimborsi di tutte le case di cura in questione”, e che la diversa impostazione si fondava su una legittima *emendatio libelli*, ammissibile in questa sede, siccome statuito dalla giurisprudenza (di legittimità e contabile).

Successivamente all'atto di riassunzione i soggetti citati in giudizio deducevano ulteriormente in ordine alle pretese attoree, con eccezioni narrate nella detta sentenza n. 19/2014.

Nella pubblica udienza del 20 febbraio 2013 la parte attorea, come da ordinanza a verbale, faceva presente che vi erano procedimenti definiti, ma anche processi non definiti per i quali era stata fissata udienza nel 2015, e che in ogni caso il giudizio era stato sospeso per sette anni.

Osservava, inoltre, la parte attorea, di aver riassunto il giudizio solo nei confronti della casa di Cura Ulivella, ma riteneva opportuna la prosecuzione del giudizio nella sua complessità e proponeva di non attendere l'esito di tutti i giudizi, ma di acquisire gli atti nel frattempo intervenuti, mentre le parti convenute insistevano per confermare la sospensione del giudizio.

La discussione esitava nell'ordinanza a verbale con cui il Collegio:

- a) revocava la precedente ordinanza con cui era stata disposta la sospensione del giudizio;
- b) disponeva il rinvio del giudizio all'udienza del 9 ottobre 2013 per consentire alla Procura contabile l'acquisizione del materiale formatosi nei giudizi richiamati dalla stessa nel suo intervento orale.

Nella specie il Collegio riteneva che non sussistevano elementi sufficienti per una pregiudizialità ex art. 295 c.p.c., anche alla luce degli orientamenti della giurisprudenza della Corte di Cassazione che riconosceva completa autonomia all'azione contabile rispetto all'azione civile, e considerato che non era più possibile disporre una sospensione facoltativa del giudizio contabile, siccome statuito da ultimo dalle SS.RR. con la sentenza 1/2012, mentre nulla si opponeva al-

l'acquisizione nella fattispecie degli elementi già acquisiti nei giudizi civili o arbitrali tuttora pendenti.

Le parti convenute depositavano ulteriori atti defensionali.

In data 8 ottobre 2013 la I.F.C.A. s.p.a. – Casa di Cura Ulivella e Glicini depositava istanza di cessazione della materia del contendere ed estinzione del giudizio con allegato formale impegno a rimborsare quanto stabilito con sentenza della Corte di Appello di Firenze.

Nella udienza del 9 ottobre 2013 la Procura contabile, dopo aver ribadito la ritualità dell'azione di responsabilità, si rimetteva alle valutazioni del Collegio sulla istanza della IFCA – ex Casa di Cura Ulivella e Glicini.

Il legale difensore della IFCA – ex Casa di Cura Ulivella e Glicini - insisteva per l'accoglimento della richiesta scritta di cessata materia del contendere, mentre tutti gli altri legali difensori insistevano per una nuova sospensione del giudizio.

La Sezione con la menzionata sentenza parziale n. 19/2014 dichiarava la cessazione della materia del contendere nei confronti della ex Casa di Cura Ulivella e Glicini oggi Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza s.p.a. – Casa di Cura Ulivella e Glicini -, sul presupposto dell'adempimento dell'impegno assunto e dei convenuti Paolo Ritzu, Anna Lancillotti Esposito e Nadia Santanni in ordine alla relativa quota di danno ad essi riferibile, e per altre posizioni disponeva, rigettate le questioni di rito sollevate e permanendo esigenze istruttorie, di acquisire ulteriori atti utili ai fini della decisione.

Nella udienza del 7 maggio 2014 la Procura contabile depositava la sentenza del Tribunale di Firenze n. 1298 del 24 aprile 2014 utile ai fini del giudizio e chiedeva un breve rinvio, cui non si opponevano le parti convenute che formulavano riserva di appello.

Il Collegio rinviava il giudizio alla data del 19 novembre 2014 in prossimità della quale pervenivano memorie difensive delle parti convenute sig.ra Anna Ancellotti (23 ottobre 2014), Paolo Ritzu, Paolo Menichetti e Casa di Cura S. Chiara s.p.a. (tutte in data 29 ottobre 2014), Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, Centro Oncologico Fiorentino – Casa di Cura Valdisieve Hospital s.r.l. (tutte in data 27 ottobre 2014).

Nella odierna udienza di discussione la Procura contabile, rinviando per le questioni di rito a quanto definito con la sentenza non definitiva, ribadiva la tempestività dell'azione di responsabilità amministrativa e la fondatezza della richiesta del danno erariale, ed insisteva per la condanna dei convenuti asserendo che la responsabilità principale era da imputare alle Case di Cura e la responsabilità sussidiaria ai responsabili della ASL 10.

L'avv. Monica Passalacqua, legale difensore della Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, Valdisieve s.r.l. e Villanova s.r.l. osservava che la convezione del 1997 non aveva abrogato la precedente disciplina e che, in ogni caso, non aveva regolamentato la materia avendo in tal senso disposto la convenzione del 2001, richiamava le considerazioni della sentenza del Tribunale di Firenze (n. 1298 del 24 aprile 2014) ed analogamente rinviava ad essa l'avv. Buongiorno per la Casa di Cura Santa Chiara). In ordine alle condotte dei convenuti osservava l'insussistenza del dolo, confermava che, nella specie, si configurava sussistenza di un indebito e non di danno erariale e si rimetteva alle difese scritte.

L'avv. Gaetano Viciconte, per i signori Paolo Ritzu e Paolo Menichetti, richiamava le decisioni della Corte di Appello di Roma e del Tribunale di Firenze avente ad oggetto la condanna delle Case di Cura e confermava che gli unici responsabili erano le strutture private, mentre nessuna responsabilità poteva essere ascritta ai suoi rappresentati che si erano attivati subito ma che non avevano la disponibilità di idonei strumenti di controllo dal punto di vista amministrativo.

L'avv. Federico De Meo insisteva sulla prescrizione e sulle questioni di merito già sviluppate negli atti defensionali e chiedeva l'assoluzione nel merito.

L'avv. Mauro Montini insisteva per la prescrizione non sussistendo la prova dell'avvenuta ricezione della nota prot. 5161 del 2002 a firma Menichetti per cui non vi era stato alcun atto interruttivo, ed insisteva per l'integrazione del contraddittorio con altri soggetti e l'ammissione di eventuali prove per testi.

Dopo le repliche e le controrepliche la causa veniva introitata per la decisione.

DIRITTO

Osserva il Collegio che occorre disattendere le deduzioni formulate dalle parti in ordine alla questioni di rito già esaminate e decise da questa Sezione (con la sentenza non definitiva n. 19/2014).

Ha osservato la Corte di Cassazione che “nel caso di pronuncia non definitiva ai sensi dell'art. 279 c.p.c., secondo comma e 4, e di prosecuzione del giudizio per l'ulteriore istruzione della controversia, il frazionamento della decisione comporta l'esaurimento dei poteri decisori per la parte della controversia definita con la sentenza interlocutoria, con la conseguenza che la prosecuzione del giudizio non può riguardare altro che le questioni non coperte dalla prima pronuncia. Ciò significa che il giudice che ha emesso la sentenza non definitiva – anche se non passata in giudicato – resta da questa vincolato agli effetti della prosecuzione del giudizio davanti a sé in ordine sia alle questioni definite sia a quelle da queste dipendenti che devono essere esaminate e decise sulla base dell'intervenuta pronuncia (a meno che questa sia stata riformata con sentenza passata in giudicato a seguito di impugnazione immediata). Pertanto ove il giudice, nonostante l'esaurimento della “*potestas decidendi*” abbia risolto quelle questioni in senso diverso con la sentenza definitiva, il giudice dell'impugnazione, e quindi anche la Corte di Cassazione, deve rilevare d'ufficio la violazione del giudicato interno originante dalla sentenza non definitiva, che non sia stata immediatamente impugnata né fatta oggetto di riserva di impugnazione differita”: cfr. Cass. 13253/2009, 10889/2006, 18510/2004 e 12436/2004.

Occorre ora risolvere la questione preliminare al merito afferente la prescrizione dell'azione di responsabilità sollevata da diversi convenuti.

La Sezione ritiene la stessa infondata.

Consolidata giurisprudenza contabile ha avuto modo di ribadire che nei casi di comportamento doloso o di illecito arricchimento, l'accertata solidarietà nel debito comporta che l'interruzione della prescrizione nei confronti di uno dei corresponsabili in solido determina, per l'applicabilità dell'art. 1310 c.c., l'interruzione della prescrizione anche per coloro che non ne siano stati diretti destinatari: in termini Corte conti, I Centr. 6 maggio 2009 n. 295, 23 ottobre 2007 n. 358 e, più di recente, 12 febbraio 2014 n. 249.

Il giudizio ha come fatto presupposto i dati inviati dalle Case di Cura all'ufficio di controllo dell'Azienda sanitaria che non corrispondevano alla realtà sia per quanto concerne l'onere della degenza che per le modalità di erogazione, con inserimento di codici che avevano consentito rimborsi non spettanti.

Nella specie si versa in una ipotesi di occultamento doloso del danno; per come si sono svolti i fatti, la lesione del patrimonio dell'erario dell'Azienda Sanitaria è da mettere in relazione con comportamenti che presuppongono una condotta finalizzata alla dissimulazione ed al nascondimento, volti a sottrarre alla consapevolezza e conoscenza altrui il reale stato delle cose e che realizzano quindi la fattispecie del doloso occultamento.

La giurisprudenza di questa Corte ha ritenuto che l'occultamento doloso previsto dall'art.1, comma 2, l. n. 20/94, siccome modificato “non si configura quale comportamento ulteriore richiesto da parte del soggetto ritenuto responsabile, ma è fatto obiettivo, da chiunque posto in essere, che impedisce la conoscibilità di un elemento essenziale per l'inizio dell'azione da parte del procuratore regionale: cfr. Corte conti Sez. I Centr. 22 maggio 2014 n. 712”.

L'avere le singole Case di Cura alterato la realtà delle modalità di erogazione e dell'onere della degenza configura evidentemente un occultamento doloso che sposta il decorso della prescrizione al momento della sua scoperta e quindi sino all'invito a dedurre, vista l'inscindibilità del fatto dannoso ed a prescindere dagli atti di costituzione in mora (del dott. Paolo Menichetti in data 13 settembre 2002 nei confronti del dott. Paolo Ritzu e della sig.ra Nadia Santanni, e in data 18 febbraio 2005 dell'ing. Luigi Marroni nei confronti del dott. Paolo Menichetti e della dott.ssa Anna Ancilotti Esposito).

D'altro canto nel procedimento penale promosso dalla Procura della Repubblica di Firenze a carico dei rappresentanti legali delle Case di Cura per truffa aggravata, l'Azienda Sanitaria si costituì parte civile con effetti interruttivi permanenti, cfr. Corte conti Sez. I Centr. 3 ottobre 2003 n. 340/A, almeno sino al 14 novembre 2001, data in cui il GUP dichiarava il non luogo a procedere nel procedimento penale (la vicenda aveva ulteriori sviluppi con la sentenza del Tribunale di Firenze, II Sezione Penale 27 novembre 2007 n. 07/3252 e Corte di Appello di Firenze n. 1626 del 10 maggio 2010), e la successiva azione della Procura contabile che esitava nell'atto di citazione in giudizio del 4 luglio 2005).

Per quanto attiene la eccepta prescrizione dei soggetti responsabili a titolo di responsabilità sussidiaria, l'inscindibilità del fatto dannoso, le cui conseguenze sono state contestate a tutti a diverso titolo, impedisce di accogliere le tesi difensive: non può infatti non operare, nei loro confronti, lo stesso termine di prescrizione della responsabilità principale (addebitata ai percettori degli indebiti rimborsi - Case di Cura -) del cui fatto dannoso essi vengono chiamati a rispondere solo in via eventuale, e solo nel caso di mancato ristoro completo da parte del responsabile principale: cfr. sul regime prescrizione della responsabilità sussidiaria Sezione Giurisdizionale Trento 24 gennaio 2013 n. 1 e Sezione Giurisdizionale Regione Lazio 13 maggio 2010 n. 1060, 27 luglio 2010 n. 1581 e 7 aprile 2010 n. 761.

Va, pertanto, dichiarata l'infondatezza dell'eccezione di prescrizione e la tempestività dell'azione di responsabilità amministrativo contabile.

Entrando nel merito va fatta una ricognizione del quadro normativo e pattizio in cui si è svolta la vicenda, già in parte evidenziato nella parte di fatto e ricognitivo di quanto deciso con la sentenza non definitiva n. 19/2014.

Le Case di Cura convenute in giudizio e presenti in questa fase processuale hanno stipulato convenzioni sanitarie (la prima del 1977 – cui aderiva nel 1978 la Casa di Cura Val di Sieve - la seconda del 1997 e la terza del 2001 con l'Amministrazione Sanitaria, ora ASL 10 di Firenze).

In questa sede si discute delle convenzioni per il biennio 1997 – 1998 che prevedevano una modalità di pagamento dei corrispettivi indicata come D.R.G. (acronimo di Diagnosis Related Groups in italiano Raggruppamento omogeneo di diagnosi) da parte della ASL alle varie Case di Cura per prestazioni sanitarie in regime di convenzione con pagamento a carico del SSN.

Le convenzioni, aventi validità sino al 31 dicembre 1998, pur non essendo prevista la rinnovabilità tacita, sono state tacitamente applicate anche per il biennio 1999–2000, in forza del mantenimento dei rapporti tra le singole Case di Cura e l'Azienda ben oltre la scadenza del 31 dicembre 1998, sicché le Convenzioni del 1997 devono essere ritenute operative ed efficaci tra le parti nella interezza: cfr. Corte Appello di Roma Sezione III Civile del 21 febbraio 2014 n. 1160 e C. Appello di Firenze Sez. I Civile n. 849 del 19 giugno 2012.

Una nuova e diversa convenzione veniva stipulata nel 2001 e la stessa, oltre all'ipotesi di convenzione – accreditamento con pagamento a carico del SSN, prevedeva altre due specifiche ipotesi:

- a) la scelta del medico – da parte del paziente – tra il personale “non dipendente” in regime libero – professionale (con pagamento a carico dell'utente);
- b) la scelta di personale “dipendente” ma in regime libero professionale per cui vi sarebbe stata l'erogazione da parte del SSN in misura del 65%.

L'oggetto del presente giudizio attiene al non dovuto pagamento per il periodo 1997/1999 da parte della ASL 10 di Firenze in riferimento ai corrispettivi erogati per prestazioni svolte da sanitari in regime di “libera professione”, considerato che nella convenzione del 1997 non viene regolamentata l'ipotesi in cui il paziente manifesta la volontà di avvalersi, per le cure e gli interventi chirurgici, di propri medici di fiducia, a differenza della precedente convenzione (art. 7): cfr. c.t.u. richiamata nella sentenza della C. Appello di Firenze, I civ. 19 giugno 2012 n. 849.

Ne deriva che la mancata previsione, nelle convenzioni del 1997, della possibilità di avvalersi di sanitari in regime libero – professionale (sia dipendenti che non dipendenti), comportava che si trattava di prestazioni non dedotte in contratto, con conseguente insussistenza di alcuno obbligo da parte della ASL di erogare – per siffatte prestazioni – alcun corrispettivo nel periodo considerato. Sicché tali prestazioni non previste in contratto rimanevano solo a carico del paziente che si onerava di tale opzione.

Questa stessa Sezione con sentenza 3 ottobre 2007 n. 265/2006REL per fattispecie analoga ha affermato che “il rimborso del 65% nel caso di svolgimento di prestazioni sanitarie da parte di personale dipendente in regime libero professionale rappresentò una possibilità per le Case di Cura convenzionate solo successivamente alle delibere n. 283 del 19 marzo 2011 e 355 del 2 aprile 2011 della Regione Toscana, quindi successiva ai fatti in questione”.

Pertanto ne deriva che per il periodo 1997–1999 gli importi corrisposti dalla ASL 10 di Firenze con il sistema del DRG, in conseguenza delle richieste della Casa di Cura e relative a prestazio-

ni libero-professionali rappresentano somme indebitamente percepite dalle Case di Cura convenute in questa sede, e costituiscono un danno erariale, in quanto rappresentano importi che dovevano rimanere esclusivamente a carico del paziente.

Il c.t.u., a fronte della richiesta della Corte di Appello di Firenze, volta ad individuare la componente del costo totale, riferita al DRG, che doveva rimanere a carico del cliente e quello che era a carico della ASL come residuo, aveva indicato tre possibilità:

- a) il diritto delle Case di Cura al rimborso integrale dei DRG anche nei casi in cui il paziente avesse optato per la scelta e il pagamento in proprio del personale medico;
- b) assenza del diritto ad alcun rimborso a favore delle Case di Cura perché l'opzione del paziente per il personale medico in regime libero – professionale comportava la rinuncia ad avvalersi dell'assistenza del SSN e l'assunzione diretta ed in proprio di ogni onere economico;
- c) diritto ad un rimborso per il pagamento diretto dei medici da parte dei pazienti (ed un criterio corretto poteva essere calcolare come indebitamente dovuta la misura del 35%, siccome previsto nelle convenzioni del 2001).

Il giudice civile (sentenza Corte Appello di Firenze n. 849/2012), e questo Collegio non ha motivo di dissentire da ciò, ha ritenuto di seguire l'opzione interpretativa secondo cui le Case di Cura non avevano diritto ad alcun rimborso, sicché il giudice contabile ritiene di poter affermare che le Case di Cura abbiano causato un danno erariale pari a € 27.140.027,10 (£ 52.550.420.254), derivante dall'aver richiesto, ed indebitamente percepito, rimborsi del tutto non spettanti in base alla convenzione.

Sussistendo il rapporto di servizio per i convenuti, ed il danno erariale siccome prospettato dalla Procura, occorre ora esaminare l'elemento del nesso di causalità, nesso etiologico che lega la condotta illecita all'evento dannoso.

La giurisprudenza contabile ha reso ripetutamente interpretazioni sulle disposizioni rivenienti dall'art. 1223 c.c. (danno che del fatto illecito sia conseguenza immediata e diretta) e dal codice penale (art. 40 “nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso da cui dipende l'esistenza del reato non è conseguenza della sua azione od omissione” e art. 41 “il concorso di causa preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole non esclude il rapporto di causalità tra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sé solo sufficienti a determinare l'evento”).

La giurisprudenza contabile, preferendo tendenzialmente la teoria della regolarità causale, ha statuito che non tutti i comportamenti e le circostanze che costituiscono presupposti dell'evento possono considerarsi in rapporto di causalità giuridica con questo, ma solo quelli, influenti e determinanti, in rapporto etiologico diretto con l'evento stesso, sempreché nel processo causale non sia intervenuto un fattore del tutto anomalo ed eccezionale, idoneo a modificare il normale (e prevedibile) svolgersi della concatenazione causale, ed inoltre - nel caso di condotta omissiva – il comportamento che avrebbe impedito il verificarsi dell'evento deve costituire per il soggetto un preciso obbligo giuridico: cfr. Corte conti, Sez. I, 17 aprile 1998 n. 102/A.

Tutti gli odierni convenuti hanno posto in essere azioni eziologicamente idonee a causare il danno per cui vi è nesso di causalità, sia sotto il profilo commissivo per le comunicazioni rese

dalle Case di Cura convenute in giudizio, sia sotto il profilo omissivo, per l'omesso e dovuto controllo che dovevano rendere le persone fisiche legate da rapporti di servizio con le Asl 10 di Firenze.

5.1. Si passa a trattare l'elemento soggettivo.

Le indagini dei N.A.S.e la prospettazione attorea configurano senza dubbio un comportamento doloso posto in essere dalle Case di Cura le quali non hanno sostenuto parte dei costi del personale sanitario, perché pagati dai pazienti, ed hanno fatturato all'Azienda prestazioni in convenzione come interventi non qualificati come attività libero professionale per i quali i pazienti avevano di converso pagato la stessa.

Sicché le Case di Cura avevano rappresentato una situazione diversa da quella reale, inviando all'Azienda fatture per il rimborso integrale delle stesse con codici informatici di controllo indicanti l'assenza di pagamenti di attività libero professionale.

Vi era in altri termini consapevolezza, da parte delle Case di Cura di fornire comunicazioni (codici) diversi da quelli realmente corrispondenti al tipo di prestazione effettuata, con la finalità di fatturare ed incassare somme maggiori di quelle previste ed incamerare somme maggiori rispetto a quelle realmente spettanti.

Non sono convincenti le argomentazioni delle Case di Cura secondo cui l'assenza di un codice specifico per prestazione sanitaria di ricovero da parte di un medico in regime libero professionale dava luogo al rimborso del DRG come per qualunque prestazione, sicché non si era nella specie in presenza di un artificio volto a conseguire un indebito profitto, ma di un errore conseguente alla lacunosa e non univoca disciplina convenzionale del 1997 che ha indotto i convenuti a ritenere che sul punto fosse anche operativa (ultrattiva) la convenzione del 1977 che avrebbe legittimato il comportamento delle Case di Cura o, in ogni caso, non configurava gli estremi della colpevolezza (dolo o colpa grave) prevista per la responsabilità amministrativa.

Costituisce pertanto condotta dolosa la falsa attestazione delle Case di Cura inoltrata all'Azienda ASL 10 di Firenze (cfr., per un caso analogo, Sez. I Centr.7 febbraio 2011 n. 43), ed in particolare sotto il profilo del dolo contrattuale, poiché l'agente, anche ove non abbia inteso direttamente realizzare il danno erariale, rappresenta lo stesso come possibile o probabile conseguenza della condotta: in termini Sezione giurisdizionale Regione Marche 5 febbraio 2010 n. 16.

Secondo consolidata giurisprudenza contabile, cfr. SS.RR. 18 settembre 1996 n. 58 e Sez. I 28 giugno 1999 n. 813, in materia di responsabilità amministrativa la nozione di dolo non si identifica con quella di cui all'art. 43 c.p., ovvero come volontà dell'evento dannoso (evento voluto e previsto dal soggetto legato da rapporto di servizio), ma come "civile contrattuale" determinato dalla volontà di non adempiere agli obblighi di servizio, dalla consapevolezza della natura illecita dell'attività posta in essere, come dolo cd. contrattuale o *in adimplendo*, come inadempimento di una speciale obbligazione preesistente, quale ne sia la sua fonte e consiste nella coscienza e volontà di venir meno ai propri obblighi e doveri di ufficio e nel proposito di non adempiere l'obbligazione: cfr., *ex plurimis*, Sezione giurisdizionale Regione Lazio 29 ottobre 1998 n. 2246 e Sezione giurisdizionale Regione Umbria 20 dicembre 2006 n. 405.

Va, quindi, affermata la responsabilità in via principale delle Case di Cura.

5.2. In ordine alla sussistenza della responsabilità amministrativo – contabile a titolo di *culpa in vigilando* a carico dei signori Paolo Ritzu, Paolo Menichetti, Anna Ancillotti Esposito e Nadia Santanni, occorre verificare la sussistenza dell'elemento soggettivo della colpa grave, al fine della sussistenza dell'obbligazione risarcitoria parziaria.

A parere del Collegio sussiste l'elemento soggettivo per i motivi che seguono.

Ai sensi della normativa introdotta dal D.L. 30 dicembre 1992 n. 502 il Direttore Generale della USL è investito di tutti i poteri di gestione e di controllo ed è pertanto costituito garante della complessiva correttezza dell'azione amministrativa riferibile all'ente che dirige (Cass. Pen. SS.UU. 19 giugno 1996 n. 16).

Nel caso oggetto del presente giudizio il Direttore Generale (come *officium* cui si sono succeduti i due soggetti convenuti in giudizio) era a conoscenza, o doveva esserlo, in presenza di indici di anomalia e di comportamenti elusivi e di irregolare opportunismo, per cui era suo preciso dovere dare precise e tempestive disposizioni, attivare controlli specifici, chiedere direttive sollecite agli enti di vigilanza (Regione).

Secondo la detta normativa al Direttore Generale compete in particolare, anche in forza dell'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti di risultati, la corretta ed economica Gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon funzionamento dell'azione amministrativa : cfr. Sez. II Centr. 13 maggio 2008 n. 149.

La giurisprudenza contabile, pronunciandosi in materia, ha statuito che la normativa ha inteso “dare ampissimi poteri al direttore generale delle ASL nei cui confronti il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono vantare un (limitato) potere di proposta e pareri (Corte conti Sezione giurisdizionale Regione Veneto 12 giugno 2006 n. 589), con una “pregnanza delle attribuzioni che l'ordinamento pone in capo al Direttore Generale”: in termini Corte conti Sez. I Centr. 4 agosto 2008 n. 357”.

La conoscenza di disfunzioni nell'ambito del rapporto con le Case di Cura era stato formalizzato il 6 maggio 1997 con nota prot. n. 11/17842/6.3.5, con cui il Direttore Responsabile del Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche della Regione Toscana comunicava al dott. Paolo Ritzu, allora Direttore Generale della ASL 10 di Firenze, di essere venuto a conoscenza del fatto che, per prestazioni effettuate presso la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a. in regime di ricovero, era stato richiesto il pagamento diretto al paziente sia delle spese per l'intervento che di quelle anestesilogiche, a fronte di ricoveri per cui la Casa di Cura era accreditata e per cui doveva ritenersi percepisse la tariffa stabilita dalla Regione (D.R.G. di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 4514 del 29 dicembre 1995).

Sicché il responsabile regionale esprimeva la necessità di fornire assicurazioni in ordine agli eventuali strumenti adottati per assicurare il rispetto dei termini della convenzione con la Casa di Cura S. Chiara s.p.a..

La detta nota della Regione veniva inviata anche alla sig.ra Nadia Santanni, Direttrice dell'U.O. di segreteria della ASL n. 10 ed a cui pervenivano le richieste di rimborso delle varie Case di Cura Private, e la sig.ra Santanni (con nota 11 giugno 1997 n. 3606/AM/am) in conseguenza della suddetta comunicazione regionale investiva i responsabili dell'Azienda Sanitaria eviden-

ziando i doppi pagamenti (per cui la stessa prestazione era pagata due volte, una dall'utente e una dall'Azienda (indebitamente).

A fronte della richiamata situazione il dott. Paolo Ritzu (direttore generale della ASL 10 di Firenze nel periodo 1 gennaio 1995–15 novembre 1998) si era limitato a segnalare il 3 novembre 1998 all'AIOP (associazione italiana ospedalità privata) i casi relativi a prestazioni sanitarie per cui il paziente aveva pagato l'operatore o gli operatori ed aveva prospettato una riduzione unilaterale della percentuale del D.R.G (nella misura del 50%).

Il convenuto aveva eccepito anche la competenza specifica di altri uffici della ASL (U.O. controlli di Gestione e U.O. di segreteria per la parte amministrativa, Direzione Sanitaria Aziendale S.A. accreditamento e controlli di qualità per la parte sanitaria nonché la Commissione per la verifica clinica e di qualità delle case private istituita per la questione oggetto di causa) nonché la specifica competenza dell'Ufficio di Segreteria delle ASL in tema di ammissibilità dei pagamenti.

La sussistenza di ipotetiche responsabilità di altri apparati non elide la responsabilità amministrativa del Direttore Generale Paolo Ritzu, essendo emersi specifici sintomi di malfunzionamento ed essendo necessario, per il Direttore Generale conoscere lo stato delle pratiche d'ufficio più importanti: pertanto nella specie vi è stato un atteggiamento di grave disinteresse nell'espletamento delle proprie funzioni, di grave negligenza e di deviazione dal modello di condotta connesso ai propri compiti (cfr. Sez. I Centr. 13 ottobre 2004 n. 348).

Parimenti responsabile è il dott. Menichetti (Direttore Generale della ASL 10 di Firenze nel periodo 21 dicembre 1998–20 dicembre 2003), sempre limitatamente ai fatti oggetto di contestazione (per il periodo 1997/1999), essendo tutte le attività eccepite (denuncia dei fatti all'a.g.o. penale e a.g. contabile, nomina di una Commissione di indagine amministrativa, negoziazione di un nuovo testo di convenzione con le Case di Cura per gli anni 2000–2001, lettera inviata alle Case di Cura convenute in giudizio (24 gennaio 2001) successive al periodo 1997/1999, quando ormai la condotta delle Case di Cura (per il periodo considerato) era stata consumata.

L'incarico dato al legale per l'esperimento delle azioni giudiziarie di recupero delle somme indebitamente rimborsate alle Case di Cura per le prestazioni libero-professionali negli anni 1995–2000, determina unicamente un ipotetico recupero del danno erariale ormai consumato, ma che in sede di esecuzione della sentenza, nell'ipotesi di esito favorevole dei giudizi a favore della ASL 10 di Firenze, dovrà essere oggetto di computo nella esecuzione della presente sentenza.

Né appare credibile che il Direttore Generale sia venuto a conoscenza diversi mesi dopo del problema, in quanto il rilevante problema degli indebiti rimborsi era già noto al precedente Direttore Generale ed era stato oggetto di esame.

Parimenti responsabile appare la sig.ra Anna Esposito Ancillotti, direttore amministrativo della ASL a decorrere dal 21 aprile 1999 sino al settembre 2005 (mentre la gestione dei rapporti con le Case di Cura furono di competenza dapprima dell'U.O. di segreteria sino al 31 marzo 2000 e dell'U.O. convenzioni dall'1 aprile 2000), titolare di un potere consultivo nei confronti del Direttore Generale, non essendo credibile la deduzione che il direttore amministrativo abbia avuto conoscenza del problema solo dal maggio 2000, ovvero a distanza di oltre sei mesi dall'insedia-

mento nell'incarico, anzi il dedurre che la conoscenza è avvenuta a distanza di tale arco temporale manifesta una grave negligenza, vista la particolare rilevanza anche economica delle convenzioni.

Devesi, infine, affermare la responsabilità della sig.ra Nadia Santanni titolare dell'U.O. di Segreteria della ASL 10 di Firenze a cui pervenivano le richieste di rimborso della varia Case di Cura private, e nella specie del controllo della regolarità formale della documentazione, la quale aveva il dovere giuridico di controllare la veridicità della documentazione visti i segnali derivanti dagli espedienti contabili ed informatici emersi per la Casa di Cura Santa Chiara s.p.a.

La signora Santanni doveva effettuare una verifica di carattere sostanziale volta all'accertamento della correttezza dell'applicazione del numero di D.R.G. corrispondente alla prestazione sanitaria resa dalla Casa di Cura, nonché della congruità della durata della degenza, in relazione al tipo di malattia ed intervento.

La responsabilità, quindi, sussiste per tutti i convenuti a titolo di mancata vigilanza per aver agevolato i comportamenti dolosi delle Case di Cura e dei loro rappresentanti legali, fino alla quota percentuale – che si ritiene quantificabile nell'importo del 10% - rispetto all'intero importo del dolo, cfr. Sez. I Centr. 19 gennaio 2015 n. 41, e, ancor prima, SS.RR. 4/99/QM del 19 gennaio 1999 secondo cui nel caso di danno erariale prodotto da più soggetti in concorso tra di loro, la responsabilità di chi ha agito con dolo o ha conseguito un illecito arricchimento è principale, mentre la responsabilità di coloro che hanno agito con colpa grave è sussidiaria: tali responsabilità vanno perseguite secondo un ordine di escussione per cui la sentenza di condanna deve essere eseguita prima nei confronti del debitore principale e, poi, solo in caso di mancata realizzazione del credito erariale, nei confronti del debitore sussidiario, nei limiti delle somme al pagamento della quale questi è stato condannato.

In ordine alla quantificazione del danno a parere del Collegio nessun vantaggio può essere derivato alla collettività, ma solo ad alcuni soggetti (pazienti) per cui le Case di Cura non si ritiene possano vantare credito compensabile nei confronti dell'Amministrazione ma solo nei confronti del paziente (che ha provveduto al pagamento).

Pertanto le Case di Cura vanno condannate per l'intero importo richiesto dalla Procura nella seguente misura:

Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., in persona del legale rappresentante *pro tempore* nella misura pari a € 15.596.825,20;

Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 2.483.841,20;

Casa di Cura Valdisieve Hospital srl (già casa di Cura Valdisieve s.a.s.), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 2.488.992,60;

Casa di Cura Villanova s.r.l., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 4.836.816,20.

Alle dette somme vanno addizionati gli interessi legali e la rivalutazione monetaria, mentre in sede di esecuzione della sentenza si dovrà tener conto di quanto versato ad eventuale esito di giudizi civili recuperatori esercitati dalla ASL 10 di Firenze.

Sono responsabili del 10% in via sussidiaria calcolato per la parte di danno prodotta nell'arco temporale in cui hanno svolto le funzioni ed in riferimento alla somma di € 25.150.000,00, i sigg.i:

Paolo Ritzu nella misura pari a € 785.850,00;

Paolo Menichetti nella misura pari a € 375.850,00;

Anna Esposito Ancillotti nella misura pari a € 188.850,00;

Nadia Santanni nella misura pari a € 943.850,00.

I suddetti importi sono comprensivi di interessi legali e rivalutazione monetaria.

Dalla data di pubblicazione della presente sentenza sono altresì dovuti gli interessi nella misura del saggio legale fino all'effettivo pagamento.

Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

La Corte dei Conti - Sezione Giurisdizionale della Regione Toscana - definitivamente pronunciando sulla domanda proposta dal Vice Procuratore Generale nei confronti di: Casa di Cura Santa Chiara s.p.a. Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, Casa di Cura Valdisieve Hospital s.r.l. (già casa di Cura Valdisieve s.a.s.), Casa di Cura Villanova s.r.l.- Centro Oncologico Fiorentino, sig. Paolo Ritzu, sig Paolo Menichetti, sig.ra Anna Esposito Ancillotti, sig.ra Nadia Santanni respinta ogni contraria istanza ed eccezione, condanna i convenuti in sifatto modo:

Casa di Cura Santa Chiara s.p.a., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 15.596.825,20;

Casa di Cura Villa Maria Teresa s.r.l. in liquidazione, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 2.483,841,20;

Casa di Cura Valdisieve Hospital s.r.l. (già Casa di Cura Valdisieve s.a.s.), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 2.488.992,60;

Casa di Cura Villanova s.r.l., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, nella misura pari a € 4.836.816,20.

Alle dette somme vanno addizionati gli interessi legali e la rivalutazione monetaria.

Sono responsabili del 10% in via sussidiaria calcolato per la parte di danno prodotta nell'arco temporale in cui hanno svolto le funzioni per cui sono ritenuti responsabili:

il sig. Paolo Ritzu nella misura pari a € 785.850,00;

il sig Paolo Menichetti nella misura pari a € 375.850,00;

la sig.ra Anna Esposito Ancillotti nella misura pari a € 188.850,00;

la sig.ra Nadia Santanni nella misura pari a € 943.850,00.

I suddetti importi sono compresi di interessi legali e rivalutazione monetaria.

Sono dovuti gli interessi legali dalla sentenza al soddisfo.

Le spese processuali seguono la soccombenza e vanno ripartite in parti uguali tra i convenuti responsabili in via principale e liquidate nella misura pari a € 12689,10.=(Euro dodicimilaseicentottantanove/10.=).

Così deciso in Firenze, nella Camera di Consiglio del 19 novembre 2014.

Depositata in Segreteria il 4 MAGGIO 2015