REPUBBLICA ITALIANA **3/2012**

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CALABRIA

composta dai seguenti magistrati

Luciano Coccoli Presidente

Rossella Scerbo Giudice - relatore

Quirino Lorelli Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA N. 3/2012

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. 18199 del registro di segreteria, instaurato dal Procuratore regionale nei confronti di:

Scuteri Vincenzo Domenico, nato a Locri il 13 agosto 1949 rappresentato e difeso dall'avv. Giuseppe Iannello presso il cui studio in Catanzaro alla via Francesco Crispi n. 18 è elettivamente domiciliato ;

Visti l' invito a dedurre ex art. 5 del D.L. 15 novembre 1993 n. 453 conv. in legge 14 gennaio 1994, n. 19;

Visti gli altri atti e documenti di causa;

Uditi alla pubblica udienza del 14 dicembre 2011 con l'assistenza del segretario rag. Paolo Chiappetta ,il relatore consigliere Rossella Scerbo, l'avv. Antonio Aiello per delega dell'avv. Giuseppe Iannello ed il PM nella persona del S.P.G. Sabrina D'Alesio ;

Ritenuto in

FATTO

Con atto di citazione depositato il 26 maggio 2010 la Procura regionale, a seguito di segnalazione della Guardia di Finanza - Nucleo di Polizia Tributaria di Catanzaro n.0385996/09 dell'11 novembre 2009 , ha evocato in giudizio l'odierno convenuto per ivi sentirlo condannare nella qualità di direttore generale dell'ASP di Crotone al risarcimento del danno di euro 743.590,00 oltre alla rivalutazione monetaria, agli interessi legali dalla data della sentenza ed alle spese del giudizio .

Tale danno è costituito dal disavanzo registrato nel 2008 presso la predetta ASP sul capitolo di spesa relativo ai ricoveri ospedalieri e corrisponde alla differenza tra il contrattualizzato con le case di cura private per il 2007 e quello del 2008 .

Riferisce parte attrice che con delibera n. 508 del 28.7.2008 la Giunta della regione Calabria aveva approvato l'accordo sottoscritto tra l'assessore alla Sanità e l'Aiop Calabria con il quale si fissava il tetto massimo di spesa per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche e private in euro 710.209.449 mentre quello relativo alle prestazioni erogate dalle sole strutture private veniva determinato nella misura pari alla valorizzazione complessiva realizzata nel 2007 ridotta del 10% con esclusione delle prestazioni di lungodegenza o riabilitazione o comunque remunerate a giornate di degenza .

In sostanza la giunta regionale elevando il tetto di spesa per la remunerazione delle sole prestazioni relative ai ricoveri presso le strutture private ha impartito una precisa linea programmatica alla dirigenza dell'Asp che avrebbe dovuto rimodulare secondo criteri di appropriatezza della prestazione, efficienza ed economicità la spesa complessiva dell'assistenza ospedaliera tra pubblico e privato rispettando il limite del tetto massimo.

Anche la delibera della Giunta regionale n 541 del 4.8.208 avente ad oggetto "Individuazione assegnazione risorse per garantire i LEA . Indirizzi per la programmazione anno 2008" richiamava l'attenzione dei direttori generali sulla necessità di garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario in relazione agli obblighi per la Regione derivanti dal rispetto del patto di stabilità per eliminare il disavanzo strutturale nonché di intervenire sull'alto tasso di ospedalizzazione.

Sostiene l'organo inquirente che erroneamente il direttore generale dell'ASP di Crotone ha interpretato l'elevazione del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni di ricovero dalle strutture private non quale valore massimo la cui differenza rispetto al quantum contrattualizzato nel 2007 doveva essere coperta dal risparmio ottenuto da una rimodulazione dei costi in funzione di una maggiore efficienza dell'intero comparto ospedaliero bensì quale valore da formalizzare tout court in sede di acquisto delle prestazioni da parte di ogni singola struttura privata .

Al contrario il dirigente generale del Dipartimento regionale con la nota n. 1972 del 6 ottobre 2008 aveva ribadito che la determinazione dei budget preventivi non escludeva che l'acquisto di prestazioni di ricovero dovesse rispondere a criteri di appropriatezza e necessità .

L'incremento di spesa nell'annualità 2008 rispetto al 2007 è stato, come risulta dal modello di rilevazione del conto economico allegato rispettivamente al bilancio consuntivo 2007 ed al conto economico del IV trimestre 2008 , di euro 743.590,00.

Gli effetti negativi dell'applicazione dell'accordo sono stati smorzati dalla circostanza che solo una delle case di cura accreditate nell'anno 2007 aveva

valorizzato una produzione tale da consentire un effettivo aumento del tetto di spesa.

In sostanza la dirigenza Asp nel recepire l'accordo con l'AIOP ha posto quale valore di contrattualizzazione il tetto massimo di spesa previsto dalla determinazione regionale di recepimento abbattuto del 10% ma non ha tenuto conto del vincolo di spesa complessivo.

Con la conseguenza che i contratti stipulati con le case di cura hanno previsto il raggiungimento del tetto massimo di fronte ad un utilizzo delle strutture ospedaliere pubbliche sottodimensionato in diminuzione rispetto all'anno 2007 laddove la valorizzazione dell'ospedalizzazione pubblica (nella direttiva di cui alla sent. Corte Cost n.111/2005) avrebbe consentito un risparmio in termini di costi .

Dall'esame del bilancio preventivo emerge che i costi dell'ospedalizzazione pubblica sono stati compressi al fine di conseguire il pareggio di bilancio ma in sede di consuntivo è emerso che la somma spesa per il comparto pubblico è stata notevolmente superiore al preventivato ed in linea con quanto erogato negli anni precedenti .

Non si è tenuto conto del fatto che l'organizzazione pubblica costituisce un costo praticamente fisso cosicché la sua sottoutilizzazione comporta un aumento del margine specifico di costo perché a fronte di una minore ospedalizzazione vengono mantenuti gli stessi parametri di costo correlati al normale funzionamento del presidio.

Conclusivamente al convenuto viene contestato un comportamento gravemente colposo per non avere adottato le misure idonee a contenere la spesa destinata alla ospedalizzazione pubblica attribuendo un importo eccessivo a quella privata

senza avere effettuato una valutazione complessiva e globale di tutta la situazione relativa alle prestazioni ospedaliere sia pubbliche che private.

La Procura ha respinto l'eccezione formulata in sede di deduzioni all'invito secondo la quale sarebbe stata realizzato addirittura un'economia di spesa di euro 28.457,00 pari alla differenza tra il contrattualizzato ed il pagato quantificato in euro 31.281.000,00 in quanto non trova fondamento nella relazione della Guardia Di Finanza.

Al riguardo l'organo inquirente ha sostenuto che mentre la somma contrattualizzata rappresenta un impegno vincolante quella liquidata riveste un profilo non rilevante in quanto suscettibile di continue rideterminazioni. Con nota deposito atti n 3 de15.11.2011 la Procura regionale ha depositato una nota della Guardia Di Finanza n prot 0367668 del 10.11.2011 con la quale l'esatto ammontare degli importi erogati nell'anno 2008 viene quantificato nella somma di euro 31.546.916,17 con la conseguenza che l'importo totale del danno erariale viene rideterminato in euro 284.506,17(differenza tra il quantum erogato nel 2008 e quello corrisposto nell'anno precedente alle case di cura).

Con memoria del 24.11.2011 Domenico Vincenzo Scuteri si è costituito con il ministero dell'avv. Giuseppe Iannello ed ha chiesto il rigetto della domanda attrice all'uopo richiamando la sentenza di questa Sezione riguardante una fattispecie identica n 486/2011 di cui ha riportato ampi stralci.

Ha inoltre sostenuto l'erroneità della prospettiva seguita dalla Procura che ai fini della quantificazione del danno ha fatto riferimento al contrattualizzato e non al pagato, in tal modo non avvedendosi che in realtà nel 2008 è stata realizzata un 'economia di spesa di euro 28.457,00 rispetto all'anno precedente .

Infatti il danno non può che essere riferito ad un esborso effettivo mentre il dato del contrattualizzato potrebbe servire solo nell'ipotesi qui non verificatisi in cui coincida con un costo maggiore; infatti presso l'Asp di Crotone nel 2008 è stato liquidato un importo minore di quello contrattualizzato .

Solo facendo riferimento alla produzione validata e liquidata è ipotizzabile un danno erariale, ciò anche in considerazione di quanto stabilito dall'art. 17 comma 30 ter della legge n. 102 /2009 e succ. modificazioni.

Ha sostenuto che il pagamento di una prestazione sanitaria non può mai costituire fonte di danno erariale trattandosi di un servizio pubblico essenziale.

Ha evidenziato che non si comprende se il fatto generatore della responsabilità sia costituito dall'accordo o dalla sua concreta applicazione .

Ha eccepito il difetto di colpa , anche lieve facendo presente che aveva evidenziato la criticità dell'accordo .

Al dibattimento la difesa del convenuto ha ribadito tutte le argomentazioni svolte nella memoria costitutiva ed ha affermato che la nuova quantificazione del danno che fa riferimento all'erogato costituisce domanda nuova perchè l'atto introduttivo si fonda sul dato contabile del contrattualizzato .

Il P.M. ha confermato, richiamando la nota della Guardia di Finanza depositata successivamente all'atto introduttivo, la diversa determinazione del danno, ha escluso che costituisca una nuova domanda ed ha concluso con la richiesta di accoglimento della citazione .

Considerato in

DIRITTO

Con precedenza rispetto ad ogni altra questione il collegio ritiene opportuno pronunciarsi sulla sussistenza di una notizia specifica e concreta di danno.

In verità il riferimento, tanto nell'invito che nella comparsa di costituzione, al precetto di cui all' art. 17 comma 30 ter del d.l. n 78/2009 conv. in legge n. 102/2009 come modificato dal d.l. n. 103/2009 conv. in legge n. 141/2009 diversamente da quanto ritenuto in citazione più che un'eccezione di nullità, volta a paralizzare il proseguo del giudizio che non risulta formulata espressamente, sembra concretare un mero argomento logico (peraltro non condivisibile nella misura in cui fa coincidere il danno con la notizia di danno) per ribadire l'insussistenza di un danno concreto ed attuale avendo l'Asp nell'annualità considerata realizzato addirittura un'economia di spesa .

Tuttavia il collegio onde evitare il rischio di incorrere nel vizio di omessa pronuncia ritiene opportuno pronunciarsi ugualmente al riguardo .

Ciò premesso, va affermato, in conformità agli orientamenti giurisprudenziali dominanti (ex plurimis SRR n. 12/QM/2011) che nella fattispecie si è in presenza di una notizia specifica e concreta rappresentata dalla relazione della Guardia di Finanza – Nucleo di Polizia Tributaria n. 0385956/09.

Passando al merito, il collegio ritiene che la pretesa attrice risulti sfornita di un adeguato supporto probatorio sia sotto il profilo della sussistenza e quantificazione del danno che sotto quello della colpa grave .

Il danno erariale contestato all' odierno convenuto, nella qualità di organo gestionale di vertice dell'A.S.P. di Crotone, è costituito dal disavanzo registrato a consuntivo nell'esercizio 2008 relativamente ai costi sostenuti per l'acquisto delle prestazioni di ricovero ospedaliere .

Tale disavanzo con l'atto introduttivo è stato quantificato nella somma di euro 743.590,00 pari alla differenza tra il contrattualizzato con le case di cura private nel 2007 e quello dell'anno successivo in applicazione dell'accordo stipulato ai sensi dell'art 8 quinquies D.Lgvo 502/1992 tra la Regione Calabria e l'AIOP (organizzazione rappresentativa delle case di cura private), approvato con delibera della giunta regionale n. 508 del 28 luglio 2008.

Con la nota della Guardia di Finanza n prot 0367668 del 10.11.2011 depositata da parte attrice il 15.11.2001 , "l'importo totale del danno erariale arrecato dal recepimento dell'accordo Aiop – regione Calabria nell'ambito dell'Asp di Crotone attualizzato alla data odierna " è stato rettificato nella minor somma di euro 284.506,17 pari alla differenza tra il quantum complessivo erogato nel 2008 di euro 31.546.916,17 e quello corrisposto per l'annualità 2007 di euro 31.262.410,00.

Di tale rideterminazione del danno, espressamente confermata dal PM di udienza il collegio non può che prendere atto ritenendo l'infondatezza dell'eccezione di inammissibilità per mutatio libelli formulata dalla difesa al dibattimento.

Nella specie non si versa, infatti, in un mutamento dei fatti costitutivi posti a fondamento della domanda che vengono sempre individuati nello sforamento del tetto massimo complessivo di spesa causato da una non adeguata azione di contenimento di quella relativa all'acquisto di prestazioni di ricovero presso gli ospedali pubblici ma si resta nei limiti consentiti della mera emendatio pervenendo ad una diversa quantificazione del danno sulla base dell'adozione di parametri di riferimento rapportati non più al contrattualizzato bensì all'erogato nel 2008.

Parametro la cui utilizzazione era stata, peraltro, calorosamente sollecitata dalla difesa nel presupposto dell'inammissibilità della configurazione di un danno riferito al contrattualizzato e come tale presunto, di talchè nessuna compressione dell'attività difensiva deriva dalla operata rettifica tanto più perchè in diminuzione.

Il collegio non può, però , fare a meno di sottolineare come tale emendatio non faccia venir meno le perplessità connesse alla precedente quantificazione in quanto confusa e non rispettosa dei criteri di coerenza tra petitum e causa petendi .

Se ,infatti, sotto il profilo squisitamente astratto il riferimento al quantum effettivamente erogato configura un danno concreto ed attuale così consentendo di superare le censure difensive in ordine all'utilizzazione come parametro di riferimento dei tetti di spesa contrattualizzati e non degli importi effettivamente erogati, deve rilevarsi che questi ultimi sono stati presi in considerazione solo per il 2008 mentre l'importo di euro 31.262.410 ,00 per il 2007 corrisponde sempre al contrattualizzato (cfr citazione ed allegato n.40).

Inoltre sotto il richiamato profilo dell'intima coerenza che dovrebbe intercorrere tra il petitum e la causa petendi di non aver provveduto alla compressione dei costi dei presidi ospedalieri sembrerebbe più corretto il riferimento alla spesa complessivamente sostenuta per le prestazioni ospedaliere e pertanto allo sforamento del tetto massimo su tale capitolo di spesa, il cui deficit in citazione è espressamente indicato come costituente danno erariale .

Rimane infatti ben fermo che a consuntivo sul capitolo di spesa relativo all'acquisto di prestazioni ospedaliere si è realizzato lo sforamento del tetto di spesa complessivo fissato per il 2008 nella misura, corrispondente all'annualità precedente, di euro 710.209.449, contribuendo in tal modo all'alterazione

dell'equilibrio economico complessivo dell'Azienda ed in una prospettiva più ampia dell'intero sistema sanitario regionale notoriamente deficitario.

Al fine di rimanere nei limiti del predetto tetto di spesa, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale con la predetta deliberazione di approvazione, la direzione aziendale avrebbe dovuto rimodulare e razionalizzare secondo criteri di efficienza, economicità ed appropriatezza della prestazione la spesa complessiva per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche e private .

Più precisamente avendo la Giunta regionale con il recepimento del predetto accordo elevato il tetto di spesa massimo previsto per l'acquisto delle prestazioni relative ai ricoveri presso le strutture private, in quanto rapportato non al contrattualizzato nell'anno precedente ma all'effettivamente prodotto salvo un decurtazione del 10%, l'attività di contenimento avrebbe dovuto dirigersi in particolare verso le prestazioni fornite dalle strutture pubbliche e avrebbe dovuto seguire la direttiva della riduzione e razionalizzazione secondo i già indicati criteri della appropriatezza, dell'efficienza ed economicità delle prestazioni .

Ciò comportava che occorreva tenere conto dell'importo, risultante dal bilancio consuntivo, pagato alle case di cura private nell'anno 2007 comprensivo anche dell' incremento disposto a seguito dello sforamento del tetto massimo previsto nel bilancio di previsione (con l'applicazione di meccanismi di abbattimento tariffario differenziato, progressivo e proporzionale)dalla delibera della GR n. 330 dell'1.6.2007 in applicazione della deliberazione dello stesso organo n 361/2004.

Obiettivo,questo,formalmente raggiunto in sede di redazione del bilancio economico preventivo attraverso una compressione dei costi relativi alle strutture pubbliche

che ha consentito il raggiungimento del pareggio di bilancio ma a consuntivo non conseguito perché la somma spesa per il comparto pubblico è stata notevolmente superiore a quella preventivata ed in linea con il quantum erogato negli anni precedenti.

In sostanza l'errore in cui sarebbe incorsa la dirigenza dell'ASP di Crotone sarebbe stato quello avere interpretato l'elevazione del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni di ricovero dalle strutture private non quale valore massimo la cui differenza rispetto al quantum contrattualizzato nel 2007 doveva essere coperta dal risparmio ottenuto da una rimodulazione dei costi in funzione di una maggiore efficienza dell'intero comparto ospedaliero sulla base di una preventiva analisi del fabbisogno bensì quale valore da formalizzare tout court in sede di acquisto delle prestazioni da parte di ogni singola struttura privata, quale mera presa d'atto dell'elevazione del tetto di spesa stabilito dalla delibera regionale determinando in tal modo la conseguenza negativa di una sottoutilizzazione delle strutture ospedaliere pubbliche senza tenere conto che l'organizzazione pubblica costituisce un costo pressoché fisso cosicché detta sottoutilizzazione comporta un aumento del margine specifico di costo perché a fronte di una minore ospedalizzazione vengono mantenuti gli stessi parametri di costo correlati al normale funzionamento del presidio.

Ad avviso del collegio la prospettazione che precede in linea teorica non può essere considerata priva di fondamento fattuale e giuridico non potendo essere messa in discussione l'intrinseca portata lesiva dell'integrità erariale rappresentata dal deficit di bilancio effettivamente realizzatosi sullo specifico capitolo presso l'Asp di Crotone che ha contribuito ad aggravare il deficit strutturale della sanità calabrese.

Con la precisazione che l'evento lesivo non può configurarsi in relazione al fatto del mancato conseguimento del risultato costituito dal raggiungimento del pareggio in se e per se considerato ovvero della riduzione del deficit di bilancio secondo le linee guida individuate nel piano di rientro e negli strumenti programmatici operanti a livello regionale e locale per il governo della assistenza sanitaria (piano sanitario regionale ed aziendale) poiché si tratta di un profilo che attiene alla specifica responsabilità dirigenziale sanzionabile con strumenti che incidono nell'ambito del rapporto contrattuale , mentre deve essere dimostrata l'effettiva sussistenza di un danno certo, concreto ed attuale

Ai fini del concreto riscontro del danno non è corretto limitarsi al mero rilievo di un dato ragionieristico di segno negativo ma si deve dimostrare che la maggior spesa rispetto al tetto preventivato non trova adeguata giustificazione in circostanze oggettive e concrete e pertanto che lo stesso risultato, nella specie l'assistenza sanitaria da garantire a tutti i residenti nel rispetto dei L.E.A. e del principio di libera scelta della struttura sanitaria da parte dell'utente , avrebbe potuto essere conseguito in conformità ai criteri di efficienza ed economicità con un minor costo sino all'annullamento o quantomeno alla riduzione del disavanzo.

E che nell'esercizio 2008 sul capitolo di spesa specifico si sia effettivamente verificato lo sforamento del tetto di spesa non sembra poter essere messo in discussione con ciò respingendosi le argomentazioni difensive dirette a negarne l'esistenza con l'affermazione della realizzazione di un'economia di spesa sulla base di parametri di riferimento non individuati univocamente.

In estrema sintesi il teorema accusatorio fondato sulla premessa, in linea di principio non arbitraria, della necessità e possibilità di adottare misure per

contenere il disavanzo non trova un adeguato svolgimento nella misura in cui non tiene conto non solo delle intrinseche difficoltà di tale operazioni tanto più perché da concentrare in un periodo temporale estremamente ristretto ma anche dei condizionamenti derivanti dalla politica sanitaria regionale, risolvendosi sostanzialmente nella mera petizione di principio per cui "nella condotta del direttore generale va quindi ravvisata negligenza configurabile alla stregua della colpa grave, stante la riferibilità degli adempimenti richiesti a procedure vincolate e ripetitive,le quali non necessitano di valutazioni discrezionali, nè di assunzione di autonome iniziative valutative,sicché il danno era facilmente prevedibile".

Così non è .

Come è ben noto, in disparte il ruolo svolto dallo Stato sia attraverso l'erogazione delle risorse economiche in relazione al finanziamento cui concorre ordinariamente in base alla legislazione vigente che a livello di programmazione principalmente attraverso lo strumento del Piano Sanitario Nazionale (PSN) che per quello che qui rileva definisce il livello delle prestazioni sanitarie (L.E.A.) che devono essere garantite in modo uniforme a tutti i cittadini , nel sistema vigente le Regioni sono sostanzialmente diventate le principali responsabili del governo della Sanità essendosi viste attribuire (Dlg.vo n. 502/1992, n.112/98, n.229/1999) compiti di pianificazione, programmazione e controllo della spesa sanitaria; in particolare con l'adozione di determinazioni aventi carattere autoritativo e vincolante, per il tramite delle ASL, aziende con personalità giuridica pubblica dotate di autonomia imprenditoriale, sono tenute ad assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza

Con riguardo allo specifico capitolo di spesa che ci occupa nell'esercizio finanziario 2008 gli strumenti di programmazione e pianificazione regionale sono stati rappresentati dalle delibere:

- n. 508 del 28.7.2008 ("approvazione accordo Aiop –regione e schema tipo di accordo e di contratto anno 2008") con cui è stato approvato l'accordo sottoscritto tra l'assessore regionale alla Salute e l'Aiop Calabria e lo schema di contratto, è stato fissato il tetto di spesa complessivo regionale per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate per l'anno 2008 in misura pari a quella stanziata per l'annualità 2007 nell'importo di euro 710.209.449 e stabilito che il tetto di spesa complessivo per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate dalle case di cura private accreditate veniva fissato in misura pari alla valorizzazione complessiva realizzata nel 2007 ,ridotta del 10% con esclusione delle prestazione di lungodegenza o riabilitazione o comunque remunerate a giornate di degenza ;
- n. 541 del 4.8.2008 ("individuazione assegnazione risorse per garantire i L.EA. Indirizzi per la programmazione anno 2008") con la quale sono state stanziate le risorse nella misura suddetta dettando le linee guida cui doveva conformarsi l'azione dei direttori generali per assicurare la sostenibilità complessiva del sistema pur nella garanzia del mantenimento dei L.E.A. soprattutto attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Non vi è dubbio che l'accordo stipulato con l'Aiop presentasse numerosi profili di criticità sia sotto il profilo della tempistica che dei contenuti .

Infatti è stato approvato solo ad anno ampiamente inoltrato, in evidente contrasto con le esigenze di una qualsiasi attività di programmazione ed a maggior ragione in una materia particolarmente complessa quale quella relativa al governo della spesa ospedaliera; basti pensare al riguardo che la Commissione d'indagine sulla qualità dell'assistenza prestata dal Servizio Sanitario nella regione Calabria e sulla effettiva erogazione secondo criteri di efficienza ed appropriatezza dei LEA aveva indicato al 31 gennaio la data entro la quale definirsi da parte della giunta regionale almeno in via provvisoria il flusso finanziario destinato alle singole aziende e che tra le proposte di interventi migliorativi aveva inserito la fissazione del termine perentorio a livello aziendale dei contratti con gli erogatori privati al 31 gennaio salvo per l'anno 2008 il termine massimo nel mese di maggio .

Per ciò che concerne l'aspetto contenutistico si rileva che la stessa Procura, sia pure senza farne discendere alcuna conseguenza in termini quantomeno di ampliamento della platea dei responsabili (assessore sottoscrittore dell'accordo e giunta che l'ha approvato), non ha mancato di evidenziarne le numerose criticità unitamente alle distonie derivanti dalla sua applicazione materiale che possono essere sintetizzate nei termini che seguono (pag 29 e ss citazione):

- l'accordo assume come punto di riferimento la produzione delle strutture private e non già un'analisi del fabbisogno reale da effettuarsi da parte delle singole aziende ;
- in un quadro in cui i volumi economici complessivi relativi cioè - non solo alle prestazioni di ricovero ospedaliero ma anche alla specialistica ambulatoriale restano limitati a quelli contrattualizzati per l'anno 2007 quelli per le strutture private sono di fatto incrementate ;

- il riferimento alla produzione avvantaggia gli erogatori privati rispetto a quelli pubblici che sono costretti per mantenere il tasso di ospedalizzazione programmato e ridurre i programmi di attività;
- non tiene conto del principio stabilito della priorità del comparto pubblico su quello privato con la sentenza n. 111/05 dalla Corte costituzionale;
- produce di fatto un consistente incremento di risorse da destinare ai privati con conseguente peggioramento dei bilanci aziendali nel quadro del rispetto del patto di stabilità e comunque del piano regionale di rientro.

Ciò premesso non vi è dubbio che l'accordo non si ponesse in antitesi con l'impostazione voluta dal legislatore che affida alla aziende sanitarie la determinazione dei budget per gli operatori privati in relazione alla funzione programmatoria aziendale, proprio perchè il tetto di spesa fissato costituiva solo il limite massimo per cui non escludeva a priori la possibilità di una contrattazione per budget inferiori .

In linea teorica e prescindendo dalle specificità della vicenda che ci occupa il comportamento esigibile dalla direzione aziendale al fine di impedire che dall'applicazione dell'accordo derivassero maggiori costi doveva consistere in una politica complessiva di controllo e riduzione dei costi di produzione da effettuarsi su più fronti non solo della razionalizzazione della struttura pubblica .

L'acquisto di prestazioni ospedaliere da ciascuna struttura erogatrice avrebbe dovuto essere effettuato non solo assumendo come riferimento il mero dato numerico del valorizzato nel 2007 ma previa verifica dell'appropriatezza delle prestazioni in coerenza con l'obiettivo strategico - già individuato dalla Giunta

regionale della Calabria con delibera n. 966 del 24 ottobre 2005- della riduzione del tasso di ospedalizzazione che in Calabria era superiore a quella nazionale .

Trattasi di attività che si non si esaurisce nella fase della contrattazione ma la precede e in un certo qual modo la prepara compendiandosi nella predisposizione del piano di attività aziendale che comporta una preventiva analisi del fabbisogno rilevato sulla scorta delle schede di dimissione ospedaliera relative ai ricoveri dei residenti nel territorio delle ASP , nella valutazione dell'appropriatezza sotto il profilo organizzativo e professionale delle prestazioni erogate ,nella valutazione dei DRG che generano mobilità passiva , nella rideterminazione del fabbisogno alla luce dei criteri di appropriatezza e di rispetto del tasso di ospedalizzazione ottimale (180x 1000).

Orbene tale attività non è stata minimamente presa in considerazione dal requirente nè tantomeno sono state prospettate ipotetiche carenze o negligenze nel suo espletamento che, sia detto per inciso. non poteva non coinvolgere per la sua intrinseca natura la responsabilità non solo del direttore generale che l'ha formalmente adottato ma anche del direttore amministrativo (in ordine alla acquisizione dei dati contabili- ragioneristici) e sanitario (in ordine per es alla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni)che non a caso sono chiamati ad assistere il direttore generale nella stipulazione dei contratti - assistenza quest'ultima che non può essere ridotta ad una mera presenza fisica ma che presuppone un apporto cognitivo ,salvo la possibilità di una differenziata valutazione dell'apporto causale ai fini della ripartizione dell'addebito - il cui ruolo non è stato minimamente considerato in citazione.

Sarebbe, inoltre, troppo semplicistico ricondurre la responsabilità del convenuto alla mancata riduzione dei costi del comparto pubblico a fronte dell'elevazione del tetto di spesa per quella privata ; non solo per la necessità sopra esplicitata di una politica di controllo e programmazione a largo spettro, ma anche per l'obiettiva difficoltà e complessità di una siffatta operazione di razionalizzazione che va ad incidere su realtà operativa quale il presidio ospedaliero estremamente complessa sia per le risorse umane e materiali impiegate che per l'ampiezza delle prestazioni erogate non riconducibili esclusivamente ai ricoveri ospedalieri ma comprendenti anche le prestazioni specialistiche ed ambulatoriali oltre che funzioni di tipo assistenziale –sociale .

D'altronde non senza un'intima contraddizione la stessa Procura dà atto che l'organizzazione pubblica costituisce un costo presso che fisso cosi che la sua sottoutilizzazione comporta un aumento del suo margine specifico perché a fronte di una minore ospedalizzazione vengono mantenuti gli stessi parametri di costo correlati al normale funzionamento del presidio.

Un'attività siffatta sia per la pianificazione che per l'attuazione richiede necessariamente dei tempi congrui che sono mancati nel caso di specie .

Al riguardo è necessario ribadire che la Giunta regionale ha assegnato tardivamente le risorse finanziarie in tal modo condizionando pesantemente l'attività di programmazione delle Aziende che solo nel mese di settembre hanno potuto predisporre il bilancio preventivo ed il piano attuativo e si sono trovate a stipulare i contratti con le strutture private quando ormai gran parte delle prestazioni erano state erogate.

Il tutto in un contesto generale connotato da un pesante indebitamento superiore alla media nazionale tanto da richiedere provvedimenti straordinari e da inadempimenti ai vari livelli – mancata adozione dei piani sanitari regionale (nel 2008 risulta in vigore ancora quello relativo al 2004/2006) , ritardi anche negli anni precedenti nell'assegnazione delle risorse, certamente non riconducibile al convenuto.

Va,inoltre, tenuto nel debito conto che in un sistema informato sul principio della libertà dell'utente nella scelta della struttura sanitaria pubblica o privata purché accreditata oltre che della garanzia dei L.E.A. in cui lo sforamento del tetto massimo di spesa programmata ha rappresentato una costante, i costi sotto il profilo della quantità delle prestazioni richieste non erano facilmente riducibili per cui la loro razionalizzazione non poteva che passare attraverso un'azione gestionale programmata su scala pluriannuale coinvolgente la responsabilità di altri soggetti, volta a realizzare "un controllo tendenziale sul volume complessivo della domanda quantitativa delle prestazioni ,mediante la fissazione in sede di programmazione sanitaria e sulla base di dati epidemiologici dei livelli uniformi di assistenza sanitaria e l'elaborazione di protocolli diagnostici e terapeutici ai quali i medici di base sono tenuti ad attenersi nella prescrizione delle prestazioni " (in terminis Cons. di Stato Sez. IV 13 luglio 2000, n. 3920; Sez. V 19.11.2009 ,n. 7236)

Conclusivamente, a parte quanto sopra rilevato in ordine al danno, avuto riguardo ai ristretti termini in cui sotto il profilo soggettivo e temporale è formulata la domanda attrice che fonda la responsabilità del convenuto sulla mancata adozione di misure idonee a compensare lo squilibrio derivante dall'accordo stipulato con

l'AIOP , il collegio non ravvisa elementi sufficienti per l'affermazione della responsabilità a titolo di colpa grave.

Ai sensi dell'art. 3 comma 2 bis del d.l. 3.10.1996 n. 543 conv. in legge 20 dicembre 1996 n. 639 come interpretato autenticamente dall'art 10 bis comma 10 del d.l. 30.9.2005 n. 203 conv. con modificazioni nella legge 2.12.2005 n. 248 si provvede alla liquidazione degli onorari e diritti della difesa nei confronti del convenuto che in assenza di parcelle spese si determinano in euro 2.500,00 oltre IVA e CPA come per legge .

P.Q.M.

la Corte dei conti- Sezione Giurisdizionale per la Regione Calabria ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa

RIGETTA

la domanda attrice nei confronti di Scuteri Vincenzo Domenico.

Liquida le spese legali in euro 2.500,00 oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge .

Così deciso in Catanzaro nella camera di consiglio del 14 dicembre 2011.

L'Estensore

f.to Rossella Scerbo

Il Presidente

f.to Luciano Coccoli

Depositata in segreteria il 25/01/2012

Il Funzionario

f.to Dott.ssa Stefania Vasapollo