



Sent. n. 4/2023

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DEI CONTI
SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CAMPANIA

composta dai seguenti magistrati:

Paolo Novelli	Presidente - relatore
Eugenio Musumeci	Componente
Marzia de Falco	Componente

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità, iscritto al n° 73638 del registro di Segreteria, instaurato a istanza della Procura Regionale della Corte dei conti per la Regione Campania nei confronti di:

[REDACTED] e domiciliato

presso lo studio di quest'ultimo [REDACTED]

Visti gli atti di causa;

Uditi alla pubblica udienza del giorno 13 dicembre 2022, con l'assistenza del Segretario Fiordoro Francesco, il relatore Paolo Novelli, il rappresentante del pubblico ministero in persona del Sostituto Procuratore generale Michele Ferrante [REDACTED]

Ritenuto in

FATTO

Con atto di citazione del 23 giugno 2022, la Procura presso questa Sezione giurisdizionale citava in giudizio [REDACTED] dipendente dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino, dirigente di primo livello U.O.C. e specialista in cardiologia e geriatria, per sentirlo condannare a risarcire all'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino la somma di euro 105.231,28 o alla diversa somma che sarà determinata dal Collegio giudicante, oltre interessi, rivalutazione monetaria e spese di giustizia.

Espono il P.M. che la Guardia di Finanza - Compagnia di Avellino - Sezione Operativa Volante, con informativa acquisita in data 29.6.2021, comunicava alla Procura erariale che il [REDACTED] autorizzato all'esercizio dell'attività libero-professionale in regime di "intramoenia allargata" nello studio medico privato sito [REDACTED] - nel periodo intercorso tra il 1°/1/2015 ed il 16/10/2018 - aveva incassato cospicue somme in contanti per prestazioni effettuate presso il suddetto studio privato, senza l'emissione della prescritta fattura, eludendo le procedure di prenotazione ospedaliera ed omettendo, altresì, di versare la quota del 21,44 per cento di pertinenza pubblica, rivestendo in tale contesto la qualità di pubblico ufficiale.

Nello specifico, i militari, in occasione di una verifica effettuata per fini fiscali (che dava origine anche ad un procedimento penale conclusosi con sentenza di applicazione pena ex art. 444 c.p.p.), accertavano che sui rapporti bancari riconducibili al [REDACTED] oltre agli emolumenti per lavoro dipendente corrisposti con bonifici dall'Azienda Ospedaliera "S. G. Moscati" (circa 55.000 euro all'anno), risultavano numerosi versamenti in contanti per oltre 120.000 euro (allegato n. 10 all'informativa). Espletato l'accesso, inoltre, presso il predetto studio privato, nonché presso l'abitazione, i militari acquisivano i *files* informatici rinvenuti nel p.c. del sanitario e contenenti i referti delle visite eseguite presso lo studio stesso, nel periodo considerato.

In particolare, dall'esame dei contenuti nella directory "VISITE MEDICHE CON RELAZIONE (dal 26.02.10)" e dal preliminare riscontro effettuato a campione dei nomi dei *files* presenti nelle cartelle

(corrispondenti a nomi, cognomi e date di nascita) con la banca dati dell'Anagrafe Tributaria Serpico, è stato possibile individuare l'identità dei pazienti visitati da [REDACTED] (cfr. due stampe a titolo esemplificativo all. n. 6 all'informativa).

La verifica è compendiata in un prospetto riepilogativo dei soli dati utili ai fini ispettivi, costituiti dal nome e cognome del paziente, data di nascita e data di ultima modifica del *file* formato *word* contenente il "referto medico" che corrisponde, nella maggior parte dei casi, alla data della visita (all. n. 7 all'informativa) per un totale di 1.639 diversi pazienti che, nel corso degli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (fino al 16 ottobre), risulterebbero aver effettuato complessivamente n. 2.561 visite refertate, così ripartite:

visite anno 2015	681
visite anno 2016	657
visite anno 2017	655
visite anno 2018 (al 16/10)	568

Quanto alle fatture, nel periodo dall'1/1/2015 al 18/10/2018, risultano invece complessivamente emesse 345 fatture (all. n. 5 all'informativa) nei confronti n. 308 diversi pazienti:

Anno	Totale in euro	n. fatture
2015	6.270,00	86
2016	7.685,00	103
2017	6.800,00	91
2018 (al 16/10)	4.947,00	65
Tot.	25.702,00	345

Dal confronto dei due prospetti la G.d.F. ha posto in evidenza l'evidente discrasia tra il numero delle visite annuali effettuate, desumibili dai referti acquisiti, e l'esiguo numero delle fatture emesse nel

medesimo anno, motivo per cui si è proceduto al riscontro del compendio documentale mediante le dichiarazioni dei pazienti, sentiti in merito all'effettività delle prestazioni ricevute ed all'eventuale pagamento delle stesse. Al fine di corroborare i dati desumibili dai referti sono state, quindi, assunte informazioni ex art. 351 c.p.p. da 45 persone informate sui fatti, identificate tra i 1.639 pazienti che risultavano dai referti de [REDACTED] (all. n. 7 all'informativa).

Dalle dichiarazioni rese (cfr. verbali all. 8 all'informativa, nn. 1-45), i militari hanno rilevato che tutti i pazienti sentiti hanno confermato di essere stati effettivamente visitati da [REDACTED] presso il suo studio privato di Rotondi; molti dei soggetti ascoltati sono stati anche in grado di confermare la data della visita risultante dal referto medico rilasciato dal professionista (cfr. mail allegate ai rispettivi verbali di ss.ii. - all. 8 all'informativa).

La data riportata sul referto in possesso dei pazienti ascoltati sarebbe risultata essere sempre corrispondente con quella delle copie elettroniche degli stessi *files* conservati dal medico sul personal computer in uso presso il suo studio.

È emerso, inoltre, che, di tutte le visite refertate dal medico, solo alcune sarebbero state fatturate in regime A.L.P.I., mentre altre risulterebbero pagate in contanti (e non fatturate). Alcuni pazienti hanno, poi, dichiarato di aver ricevuto la prestazione a titolo gratuito.

A fronte di quanto sopra esposto, sostiene la Procura che sarebbe possibile affermare che il dott. [REDACTED], nel periodo dall'1/1/2015 al 16/10/2018, abbia effettivamente eseguito 2.561 visite mediche presso il suo studio privato di Rotondi, delle quali, solo 345 risultano fatturate, per suo conto, dall'Azienda Ospedaliera Moscati, mentre altre 2.216 prestazioni resterebbero non fatturate. Con specifico riguardo ai 45 pazienti sentiti, il medico, nel periodo dall'1/1/2015 al 16/10/2018, ha effettuato 16 visite fatturate dall'Azienda Ospedaliera "Moscati" di Avellino (corrispondenti al 12,5% del totale), 25 visite effettuate a titolo gratuito e 87 visite non fatturate. Per queste ultime, il professionista risulta aver incassato in contanti, come dichiarato dai rispettivi pazienti, complessivamente 7.420,00 euro (cfr. all. n. 9 all'informativa).

Esponde il requirente che sulla scorta di tale informativa nei confronti del [REDACTED] è stata promossa l'azione penale da parte della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Avellino, esitata con sentenza il G.I.P. del Tribunale di Avellino n. 4 del 10/02/2021 di applicazione della pena di due anni di reclusione ex art. 444 c.p.p. e confisca ex art. 322 *ter* c.p.p. del profitto diretto del reato contestato (all. n. 6).

In punto di diritto, ai fini che rilevano in questa sede, esponde il P.M. che nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, l'attività di "intramoenia" indica le prestazioni dei medici ospedalieri, effettuate fuori dal regolare orario di lavoro e che si svolgono all'interno del nosocomio, usufruendo, quindi, di una struttura ambulatoriale e diagnostica pubblica.

La prima regolamentazione relativa all'esercizio dell'attività professionale per "intramoenia" è stata emanata con il d.lgs. n. 517/1991, distinguendo l'ipotesi della totale disponibilità dei dirigenti sanitari nello svolgimento delle funzioni attribuite dall'Asl dalla possibilità di costituire rapporto di lavoro non esclusivo.

Per i sanitari che optano per il regime di esclusività, il decreto prevede un'indennità premiante e la possibilità di effettuare la libera professione intramoenia, allo scopo di effettuare un bilanciamento tra attività professionale ed istituzionale, con l'obiettivo di concorrere alla riduzione delle "liste di attesa". Il medico è tenuto a versare all'azienda ospedaliera una percentuale del suo fatturato come compenso per tutti i servizi pubblici usufruiti, come i locali, le apparecchiature, la segreteria, eccetera.

La successiva legge n. 189/2012 ha previsto per la libera attività intramuraria che il pagamento delle prestazioni venga effettuato direttamente alla competente Azienda Sanitaria tramite strumenti di pagamento che ne assicurino la tracciabilità.

Per quanto riguarda, invece, il regime cd di "intramoenia allargata" (l'attività libero professionale svolta in spazi sostitutivi fuori dall'azienda), le disposizioni che la consentono pongono stretti limiti

di eccezionalità e transitorietà dell'utilizzo di spazi sostitutivi fuori dell'azienda e, in alternativa, degli studi professionali.

L'uso dello studio professionale, in particolare, è consentito solo in caso di carenza di strutture e spazi aziendali idonei, limitatamente alle attività libero professionali in regime ambulatoriale.

Nella specie, le modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso l'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" sono riportate nel Regolamento A.L.P.I. adottato con delibera n. 167/2014 della stessa Azienda (cfr. all. n. 1 all'informativa) che, tra l'altro, disciplina l'attività libero professionale svolta in spazi esterni all'azienda (titolo III).

In particolare, all'art. 20 è prevista la determinazione delle tariffe delle prestazioni A.L.P.I. erogate in spazi esterni all'Azienda (cfr. all. n. 4 all'informativa) con indicazione delle percentuali sul compenso: il 78,56 per cento spetta al Medico prestatore autorizzato in A.L.P.I., mentre il restante 21,44 per cento viene trattenuto dall'Ospedale per le altre spese dettagliate nello stesso regolamento ("allegato C").

L'art. 21 disciplina, poi, le modalità di prenotazione delle prestazioni A.L.P.I. erogate in spazi esterni all'Azienda da effettuarsi, obbligatoriamente, attraverso specifici sistemi informatizzati che prevedono l'inserimento obbligatorio e la comunicazione all'A.O., in tempo reale, dei dati relativi all'impegno orario del medico, pazienti visitati, prescrizioni ed estremi dei pagamenti effettuati, in modo che l'Amministrazione abbia la completa gestione ed il controllo dell'attività libero professionale svolta presso studi privati.

La gestione informatica delle agende, che è prerogativa esclusiva della Direzione Aziendale, prevede per ciascun professionista l'indicazione dell'oggetto e della quantità delle prestazioni, la durata di ciascuna prestazione, la relativa tariffa, i giorni e gli orari in cui è possibile l'esercizio dell'attività, lo studio presso il quale la stessa viene esercitata.

Il professionista è, dunque, obbligato ad utilizzare il sistema informatizzato centralizzato per effettuare le prenotazioni al fine di assicurare il controllo dei volumi di attività delle prestazioni in

A.L.P.I., che non devono superare quelli eseguiti nell'orario di lavoro, nonché ad emettere fattura per ogni prestazione, sempre attraverso la procedura aziendale informatizzata.

Il seguente art. 22 indica le modalità di pagamento delle prestazioni erogate in spazi esterni all'Azienda, escludendosi la possibilità di riscossione diretta da parte del professionista, in ottemperanza alle disposizioni di legge che sanciscono l'obbligo del "pagamento di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio Sanitario Nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo" (legge 189 del 08/11/2012, citata).

Più in dettaglio, il pagamento delle prestazioni erogate in attività libero professionale allargata possono essere effettuate secondo le seguenti modalità: carta di credito utilizzando la procedura di pagamento *on line* del *software* aziendale, bonifico bancario intestato all'azienda sull'iban aziendale, bollettino di conto corrente postale intestato all'azienda ospedaliera, assegno bancario, intestato all'azienda e che deve essere versato a cura del professionista alla stessa entro e non oltre cinque giorni, oppure tramite circuito bancomat, su richiesta del professionista, che deve sostenere le spese della strumentazione.

Nella specie, l'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino ha autorizzato il [REDACTED] a svolgere attività libero professionale intramuraria "allargata" presso il suo studio di [REDACTED], con provvedimento n. 72 del 30/05/2014 che riporta, tra le motivazioni, la circostanza per cui – al tempo – non era ancora stata attivata l'apposita struttura dell'Ospedale dedicata alla attività in A.L.P.I. (cfr. all. n. 2 all'informativa).

La suddetta autorizzazione indica anche le tariffe che il medico doveva percepire per ogni singola prestazione (75,00 euro per la visita cardiologica con elettrocardiogramma, 70,00 euro per tutte le altre varie singole prestazioni cardiologiche).

In sostanza, evidenzia il P.M. che, nonostante l'assoluta univocità del dato normativo, l'odierno convenuto, a fronte dell'obbligo di prenotazione e fatturazione tramite sistema informatico

centralizzato, avrebbe svolto presso lo studio privato - dall'1/1/2015 al 16/10/2018 - 2.216 visite mediche non fatturate, omettendo di versare il 21,44 per cento dei relativi compensi al datore di lavoro, l'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino. Quanto sopra esposto, si prosegue, assume rilievo sia dal punto di vista fiscale che penale (art. 314, primo comma, c.p.) in quanto il medico dipendente pubblico (quale pubblico ufficiale) si sarebbe pertanto reso responsabile del delitto di peculato appropriandosi di complessivi 35.231,28 euro, quale parte della suddetta somma di 164.325,00 euro incassata in contanti e relativa a prestazioni A.L.P.I. praticate presso il suo studio privato in spregio dell'autorizzazione ricevuta e alle norme di legge.

Richiamati gli esiti del processo penale, la Procura riferisce che il medesimo sanitario sarebbe stato anche sanzionato dall'Azienda Ospedaliera, con la sospensione dal servizio per sei giorni, dal 25 al 30 giugno 2021, con privazione della retribuzione ex art. 70 comma III, lett. g) e k) ed art. 72, comma VIII, lett. g) del CCNL Area Sanità 2016/2018. Dall'1/07/2021, infine, con determinazione n. 281 del 28/06/2021, è stata disposta la risoluzione del rapporto lavorativo del dottor [REDACTED] con l'A.O., per motivi di salute (cardiopatía) che ne hanno determinato la "non idoneità permanente al servizio in modo assoluto come dipendente di una Pubblica Amministrazione ex art. 55 octies del D.Lgs 0.03.2001 n.165".

Tanto premesso, il P.M. ha osservato che appare pacifica la giurisdizione della Corte dei conti in ragione di una qualificata relazione di servizio con l'amministrazione danneggiata, e che non potrebbe ipotizzarsi alcuna prescrizione del diritto al risarcimento del danno tenuto conto del suo occultamento doloso, con conseguente esordio della prescrizione quinquennale il 29 giugno 2021, data dell'acquisizione da parte di questa Procura dell'informativa segnalante il fatto dannoso (in tema di *exordium praescriptionis*, è richiamata, tra le tante, Corte conti, Sez. Giur. Campania, n. 212/2022; Sez. Giur. Emilia-Romagna, n. 225/2021).

Il requirente espone che il danno patrimoniale deve essere quantificato in riferimento a tutte le visite refertate dal sanitario e tuttavia non oggetto di regolare fatturazione, con conseguente sottrazione

della quota di spettanza dell'Azienda ospedaliera, calcolata complessivamente, per il periodo dall'1/1/2015 al 16/10/2018, in complessivi euro 35.231,28.

In proposito, tenuto conto degli esiti degli accertamenti, osserva il P.M. che, nel periodo oggetto di contestazione, risulterebbero essere state effettuate 2.561 visite mediche, delle quali solo 345 risultano fatturate, per un totale pertanto di 2.216 prestazioni non fatturate.

Tenuto conto delle visite che i soggetti sentiti a sommarie informazioni hanno dichiarato di aver ricevuto a titolo gratuito (25 prestazioni), residuerebbe pertanto un totale di 2.191 visite prive di regolare fattura.

Utilizzando come parametro l'incasso minimo previsto per ogni visita, ossia la cifra di 75,00 euro (come da regolamento e specifica autorizzazione n. 72/2014), potrebbe pertanto stimarsi un introito totale pari a 164.325,00 euro. Di questa somma, una quota corrispondente al 21,44 per cento avrebbe dovuto essere corrisposta all'Azienda Ospedaliera, per un importo dunque pari a 35.231,28 euro, come da seguente prospetto riepilogativo.

visite refertate: 2.561

visite fatturate: 345

visite non fatturate: 2.216

visite gratuite: 25

visite non fatturate da contestare: 2.191

incasso minimo visita: euro 75,00

totale incasso in contanti stimato non fatturato: euro 164.325

percentuale Azienda Ospedaliera: 21,44%

importo danno stimato: euro 35.231,28.

Il requirente, al riguardo ritiene di non poter accogliere la obiezione difensiva che tende a proiettare la valenza del campione di visite gratuite sul totale delle visite non fatturate, come ipotizzato dalla stessa G.d.F. (considerando che il numero di 25 pazienti corrisponde al 19.50% della somma totale

dei soggetti sentiti a campione, si dovrebbe supporre che le visite gratuite, rapportate alla somma totale delle 2.216 visite non fatturate, dovessero corrispondere a 432). Sul punto, discostandosi dalle conclusioni dei militari, il P.M. ritiene che il dato dei 25 pazienti visitati a titolo gratuito non possa essere oggetto di proiezione virtuale su larga scala ma, anzi, debba essere interpretato in senso restrittivo, tenuto conto che, in realtà, il medico non aveva la facoltà di offrire le proprie prestazioni gratuitamente, posto che stava operando quale sanitario della Struttura pubblica, pur se fisicamente si trovava a svolgere l'attività ospedaliera presso il suo studio.

Per tali motivi, con riguardo a tutte le altre visite per le quali dagli accertamenti non è risultata l'emissione di fattura, secondo la Procura dovrebbe presumersi l'esistenza di un danno per l'Azienda sanitaria, nella misura in cui tutte dovevano essere pagate e tutti i compensi riscossi dal medico (nella detta quota del 21,44 per cento) dovevano essere versati all'Azienda ospedaliera.

Ritiene poi non dubitabile il calcolo complessivo delle visite non refertate, tenuto conto della obiettività dei dati derivanti dagli accertamenti ed in particolare dalla presenza – al p.c. – di riferimenti a più di 2.000 visite refertate, in corrispondenza delle quali non sono state rinvenute fatture, né presso lo studio, né in possesso dei pazienti sentiti, né le stesse fatture sono state prodotte successivamente dalla difesa; ulteriore conferma deriverebbe, inoltre, dagli accertamenti sui rapporti bancari riconducibili al medico, dove, oltre agli emolumenti per lavoro dipendente corrisposti con bonifici dall'Azienda Ospedaliera "G. Moscati" (circa 55.000 euro all'anno), risultavano numerosi altri versamenti in contanti per oltre 120.000 euro (cfr allegato n. 10 all'informativa).

La Procura erariale ritiene altresì integrata la fattispecie del danno all'immagine alla Pubblica Amministrazione, per la lesione, inferta dalle narrate condotte delittuose, al prestigio e all'immagine d'integrità dell'Amministrazione di appartenenza, quale apparato servente dello stato comunità e ontologicamente funzionalizzato al perseguimento dei canoni costituzionali di imparzialità, efficienza e buon andamento.

In particolare, nell'odierna vicenda, osserva il P.M. che la rilevanza di tale posta di danno si fonda sulla previsione di generale risarcibilità del danno all'immagine conseguente alla commissione, da parte di pubblici funzionari, di delitti di cui al Libro secondo, Titolo secondo, Capo I, del Codice Penale, accertati con sentenza irrevocabile di condanna penale, come già previsto dal combinato disposto dell'art. 17, comma 30 *ter*, D.L. n.78/2009 (definitivamente convertito in legge n.141/2009) e dell'art. 7, L. n. 97/2001, poi oggetto di ulteriore richiamo sistematico ad opera dell'art. 51, comma 6, C.G.C. Sarebbe dunque contestato in questa sede il grave offuscamento dell'immagine "pubblica" d'imparzialità dell'amministrazione di appartenenza da parte del [REDACTED] in conseguenza della commissione di delitti c.d. "propri" dei pubblici funzionari. Ossia del reato punito dall'art. 314, 1° comma, c.p. in quanto il medico dipendente pubblico (quale pubblico ufficiale) si è reso responsabile del delitto di peculato, come accertato con sentenza divenuta irrevocabile del Tribunale di Avellino sopra citata.

Richiamata la rilevanza della sentenza penale ex art. 444 c.p.p., da ritenersi equiparata, ai fini dell'accertamento della responsabilità erariale, a quella di condanna, rammenta che, in sede di c.d. "patteggiamento" il giudice, lungi da assumere funzioni meramente "notarili", acquisita la richiesta ed il consenso del P.M., deve esercitare un vaglio critico sulla qualificazione giuridica del fatto, sull'applicazione e la comparazione delle circostanze prospettate, sulla congruità della pena e, primariamente, sull'eventuale sussistenza di manifeste cause di proscioglimento (richiama Corte Conti, Sez. Lombardia, n. 301/2019): in altri termini e più specificamente, l'accordo riguarda la pena e non il fatto di reato, oggetto quest'ultimo di verifica giuridica non apparente e formale, ma specifica, sostanziale e aderente alla fattispecie concreta (cfr. Corte Conti, Sez. Lombardia, sent. n. 1/2021; Sez. Lazio, sent. n. 14/2021; Sez. Veneto, sent. n. 45/2017). Rispetto a tali fatti delittuosi, frutto di accertamento rivestito dall'efficacia esterna del giudicato nei termini di cui all'art. 651 c.p.p., secondo il requirente potrebbe senz'altro rilevarsi la produzione di un danno all'immagine di certa sussistenza, dovendosi ammettere il ricorso alla prova presuntiva di pari dignità rispetto agli altri

mezzi probatori (Corte Conti, sez. Lombardia, sentenza n. 140/2020, espressione di orientamento costante della giurisprudenza contabile, affermato già dalla sentenza Corte conti, sez. riunite n. 10/QM/03 e da successive plurime pronunce in termini, tra le quali cfr. Corte Conti, II sez. giur. centr. app., n. 143/09 e n. 305/10). In tale ottica, assumerebbe rilevanza l'obiettivo risalto mediatico avuto dalla vicenda in contestazione, ripresa dalle cronache di quotidiani *on line* (richiama l'articolo "Medico del Moscati indagato per peculato: ecco cosa è accaduto" pubblicato in data 6.10.2020 sulla pagina www.irpiniaoggi.it all. 7).

In punto di quantificazione del danno, espone che la l. n. 20/1994, al comma 1 *sexies*, come aggiunto dal comma 62 dell'art. 1, l. n. 190/2012, prevede che: «Nel giudizio di responsabilità, l'entità del danno all'immagine della pubblica amministrazione derivante dalla commissione di un reato contro la stessa pubblica amministrazione accertato con sentenza passata in giudicato si presume, salva prova contraria, pari al doppio della somma di denaro o del valore patrimoniale di altra utilità illecitamente percepita dal dipendente». Con riguardo al caso di specie, secondo il P.M. tale parametro di quantificazione non sembrerebbe irragionevole, considerato che lo stesso risulterebbe giustificato dalla obbiettiva gravità della lesione all'immagine della pubblica amministrazione, come emerge dalla verifica di una serie di indicatori, comunemente adottati dalla giurisprudenza, quali la reiterazione della condotta, il già citato clamore mediatico, nonché l'indebita percezione conseguita dal convenuto derivante dall'illecito e quantificabile in euro 35.231,28.

Osserva che a fronte di una presunzione prevista per legge, in assenza di prova contraria e tenuto conto degli ulteriori elementi sopra evidenziati, non sembrerebbe potersi discostare dal criterio normativo che porta a quantificare il danno all'immagine in euro 70.000.

A detto importo dovrebbe poi aggiungersi quanto dovuto per rivalutazione monetaria, dalla data passaggio in giudicato (26.2.2021) della citata sentenza del Tribunale di Avellino n. 41 del 10/02/2021, e con l'aggiunta degli interessi legali.

Il danno risulta così complessivamente quantificato in euro 105.231,28 (35.231,28 + 70.000), oltre rivalutazione e interessi di legge.

La Procura poi ritiene non accoglibile la eccezione formulata in sede di deduzioni difensive secondo la quale, al fine di ovviare la violazione del principio del principio del *ne bis in idem*, dovrebbe tenersi conto che la somma contestata è stata già oggetto di sequestro penale in sede di indagini preliminari, poi convertito in confisca con la sentenza di applicazione pena, con conseguente acquisizione da parte della Pubblica Amministrazione. Ritiene difatti che la condanna al risarcimento del danno erariale possa concorrere con la misura reale penale. Espone che la confisca del profitto del reato, ossia del vantaggio economico derivante in via immediata e diretta dalla commissione dell'illecito, prevista – per i reati contro la P.A. - dall'art. art. 322 *ter* c.p., avrebbe natura eminentemente sanzionatoria, con finalità general preventive rispetto alla commissione di nuovi reati, mediante l'espropriazione a favore dello Stato (e non del singolo e specifico ente pubblico danneggiato). Al contrario, l'azione di responsabilità amministrativa avrebbe finalità risarcitoria, mirante alla reintegrazione del patrimonio dell'amministrazione in concreto danneggiata dal dipendente, nel caso di specie l'Azienda Ospedaliera "S. G. Moscati" di Avellino.

Richiama sul punto giurisprudenza contabile costante nell'affermare che la confisca intervenuta in sede penale non può essere invocata nel diverso giudizio di responsabilità amministrativa ai fini della elisione/riduzione della condanna, anche perché siffatta peculiare misura di sicurezza patrimoniale ha una connotazione nella quale prevalgono i profili sanzionatori ed afflittivi, tanto che una parte della dottrina e della giurisprudenza la equiparerebbe ad una vera e propria pena in senso tecnico. L'importo del risarcimento inerente al nocumento patrimoniale oggetto della pretesa di parte pubblica sarebbe finalizzato, invece, all'effettivo ed integrale ripristino del depauperamento subito dall'amministrazione danneggiata (sono richiamate: Corte Conti sez. Lombardia sent. n. 34/2018, n. 139/2015, n. 109/2014, n. 545/2011; sez. Piemonte, n. 1/2013 e n. 141/2012; sez. Umbria n. 76/2008; sez. Lazio n. 1463/2004;).

Conclude chiedendo che questa Corte condanni il convenuto al pagamento in favore dell'Azienda Ospedaliera "S. G. Moscati" di Avellino, dell'importo di 105.231,28 euro o alla diversa somma che sarà determinata dal Collegio giudicante, oltre interessi, rivalutazione monetaria e spese di giustizia.

Si è costituito in giudizio

Preliminarmente, il convenuto eccepisce la prescrizione dell'azione risarcitoria del danno erariale, dovendosi ritenere superato il periodo quinquennale, quanto meno relativamente alle prestazioni professionali rese nel periodo dal 1°-1-2015 al 26-2-2017, laddove il primo atto interruttivo del decorso della prescrizione sarebbe da indentificarsi nell'invito a fornire deduzioni, notificato il 26-2-2022 dalla Procura Regionale della Campania.

In merito alla richiesta di risarcimento di danno patrimoniale deduce la violazione del principio del *ne bis in idem*, evidenziando che l'azione di natura risarcitoria promossa dalla Procura contabile è stata preceduta dalla misura cautelare del sequestro penale preventivo finalizzato alla confisca per equivalente della somma complessiva di euro 28.684,79, corrispondente all'importo che doveva essere restituita in virtù del Regolamento dell'A.O.R.N. "San Giuseppe Moscati" di Avellino e, in seguito, dalla sentenza n.41/2021 del Tribunale di Avellino che ha disposto definitivamente la confisca a vantaggio dell'Azienda Ospedaliera delle somme a suo tempo sequestrate. Pertanto, si sostiene che l'attuale convenuto avrebbe già risarcito il danno patrimoniale procurato all'Azienda, avendo restituito per mezzo della confisca penale le somme che a suo tempo avrebbe indebitamente trattenuto.

In ogni caso, contesta la quantificazione del danno patrimoniale in quanto essa sarebbe inficiata da un errata determinazione del numero delle visite mediche per le quali si assume che non sarebbe stata emessa la fattura fiscale.

Evidenzia innanzi tutto che, laddove si volesse prestare fede agli esiti della verifica, secondo la stessa Guardia di Finanza le visite gratuite sarebbero da determinarsi nel numero di 432, pari al 19,50 per cento del totale delle visite effettuate (pagina 16 PVC).

La difesa ritiene in realtà privo di ogni valore statistico il campione e del tutto inattendibile lo stesso calcolo effettuato dalla G.d.F. in merito al totale delle prestazioni effettuate nel periodo dal 1° gennaio 2015 al 16 ottobre 2018. Obietta al riguardo che il risultato finale, di 2.561 prestazioni rese in 1.000 giorni vorrebbe dire avere effettuato 2,56 visite al giorno, tutti i giorni, compresi il sabato e i festivi, per tutto il periodo anche quando il medico era regolarmente in ospedale.

Osserva che i militari avrebbero erroneamente ritenuto la effettuazione di 2.561 visite, trattandosi in realtà di un numero questo che corrisponderebbe ai referti e che quindi non autorizzerebbe una equiparazione fra prescrizione e visite, dato che non consentirebbe di tenere in conto che vi sarebbero comprese molte visite di controllo le quali, si sostiene, di norma non sono retribuite e che, inoltre, i referti spesso sarebbero stati modificati per il solo fatto di effettuare una variazione di terapia, senza che la stessa fosse preceduta da una effettiva visita specialistica.

Osserva ulteriormente, sempre con riferimento a tale supposto campione, che se i pazienti sondati a sono stati 45 e le visite riscontrate 128, dovrebbe conseguentemente ritenersi che ogni paziente sia stato sottoposto a più visite: mediamente ad ogni paziente risulterebbero essere state effettuate almeno tre visite; pertanto, i 25 pazienti riscontrati non paganti coprirebbero, statisticamente, almeno 75 delle 128 visite sondate. Residuerebbero 53 visite restanti e sarebbero solo 18 le visite effettivamente retribuite, numero molto prossimo alle 16 fatture rinvenute in relazione al campione sondato.

Tali obiezioni, si conclude sul punto, renderebbero evidenti gli errori compiuti e vanificherebbero in realtà l'intero impianto accusatorio, in considerazione sia della incongruità ed inattendibilità del campione che della contraddittorietà degli stessi percorsi logici utilizzati per pervenire al calcolo finale.

In merito alla quantificazione del danno all'immagine, parte convenuta ritiene che la erroneità ed inattendibilità del calcolo effettuato per la determinazione del danno patrimoniale si debba riflettere inevitabilmente anche sul danno all'immagine.

Osserva inoltre che l'indagine penale non avrebbe avuto il clamore attribuitovi dalla Procura erariale, dato che l'unica diffusione sarebbe stata data dal sito internet di cui lo stesso attore pubblico non ha fornito il riscontro della sua effettiva diffusione.

Né, si prosegue, tale vicenda avrebbe avuto un effettivo risalto nell'ambito dell'Azienda ospedaliera, che si sarebbe limitata ad irrogare la semplice sospensione dal lavoro di appena sei giorni, e tenuto in conto che, in concomitanza del sequestro penale operato dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Avellino, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera nominava [REDACTED] a «Responsabile pro tempore della UOC "Geriatrics" ai sensi dell'art. 2 CCNL 2016/2018» (Delibera n.864 del 21-9-2020), circostanza che dimostrerebbe la stima e la fiducia che l'Azienda continuava a manifestare verso il Professionista, nonostante la pendenza dell'azione penale, di cui l'Azienda Ospedaliera medesima era senza dubbio a conoscenza.

Per tali motivi, la difesa reputa del tutto eccessiva la richiesta di applicazione della sanzione del doppio della somma che il convenuto avrebbe "illecitamente percepito".

Conclude pertanto chiedendo che la Corte:

- 1) – in via principale, dichiarare la domanda improponibile ed inammissibile, nonché priva di ogni fondamento sia in fatto che in diritto e, per lo effetto, rigettare la stessa nei confronti del convenuto, con ogni conseguenza di legge anche in relazione alle spese di giudizio;
- 2) – in via subordinata e salvo gravame, nell'esercizio del potere riduttivo nella sua massima estensione, ridurre l'addebito posto a carico del convenuto.

All'udienza odierna sono comparsi i rappresentanti delle parti i quali, dopo aver discusso la causa, hanno confermato le rispettive conclusioni.

All'esito il giudizio è stato trattenuto in decisione.

Considerato in

DIRITTO

La domanda di risarcimento del danno promossa dalla P.M. presso questa Sezione giurisdizionale è fondata nei termini e per le ragioni che si vengono di seguito ad esporre.

Procedendo innanzi tutto dalla effettiva determinazione del danno patrimoniale, questo Collegio ritiene che le deduzioni difensive siano inficiate da un difettivo presupposto, consistente nella – presupposta – legittima facoltà del medico di effettuare, pur in regime autorizzato di A.L.P.I. c.d. intramoenia allargata, visite professionali o comunque di erogare altre prestazioni assolutamente gratuite.

Tale assunto è errato.

Infatti, non essendo contestato che [REDACTED], medico ospedaliero dipendente del Servizio sanitario regionale, era stato autorizzato ad esercitare la libera professione c.d. intramoenia allargata presso il suo ambulatorio privato e che in quella veste egli riceveva i pazienti ed effettuava le visite e le altre prestazioni previste specificamente nelle relative autorizzazioni (contrassegnate ciascuna dai codici del Nomenclatore regionale, dai tempi di esecuzione e dai relativi compensi), è indubbio che egli fosse tenuto al pieno rispetto di tutti gli obblighi e i doveri derivanti dalla disciplina in materia, così come esposte dal requirente nella citazione in giudizio e richiamate nel dettaglio nel ritenuto in fatto della presente decisione, da intendersi qui condivise e fatte proprie dal Collegio .

Ed in proposito, pare evidente che tale attività, in quanto sempre espressione di un servizio pubblico finalizzato ad integrare l'offerta assistenziale dell'Azienda, potesse e dovesse svolgersi nel pieno rispetto di tutti i limiti ed i doveri imposti dalla regolamentazione primaria e secondaria, così come poi in effetti presupposta e specificata dai provvedimenti che specificamente autorizzavano il medico all'esercizio dell'A.L.P.I. (n. 72 del 30.05.2014 e il successivo aggiornamento, n. 111 del 13.05.2015).

Ne deriva che [REDACTED], oltre a violare comunque gli obblighi cui era tenuto, consistenti tra l'altro nel convogliare tutte le richieste di prestazioni tramite il sistema di prenotazione centralizzata e nel farle

seguire da fatturazione, non aveva alcuna facoltà di erogare le proprie prestazioni in regime di assoluta gratuità.

Tanto è all'evidenza affermato dallo stesso Regolamento aziendale ALPI Azienda ospedaliera SAN GIUSEPPE MOSCATI-AVELLINO prodotto agli atti (all. 1 atto di citazione) che, all'art. 5 comma 15, così prevede: «[...] Il presente atto regola l'attività ALPI che per sua caratteristica è attività a titolo non gratuito. Al dirigente è consentito effettuare prestazioni a titolo gratuito con la rinuncia della sola quota di sua spettanza».

Quindi, il medico avrebbe potuto, eventualmente, rinunciare alla sola quota di sua spettanza ma, giammai, alla percentuale di spettanza pubblica, che doveva comunque essere percepita e fatturata, come peraltro previsto dall'art. 21 (*modalità di prenotazioni ALPI in spazi esterni all'Azienda*) del medesimo Regolamento il quale, comunque, impone in via esclusiva l'utilizzo del sistema informatizzato di prenotazione e prevede l'obbligo di emissione di fattura, mentre il successivo art. 22 ribadisce il divieto per il professionista della riscossione diretta dei compensi per le prestazioni. Più in generale, poi, si osserva che, secondo lo stesso Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Decreto ministeriale 22 luglio 1996, sostituito in seguito dall'allegato n. 4 del DPCM 12 gennaio 2017, adottati ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e dell'art. 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549) nel classificare le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal Servizio sanitario nazionale e le relative tariffe di riferimento, replicate in ambito regionale da corrispondenti nomenclatori regionali, sono previste, accanto alle cc.dd. prime visite, le successive visite cc.dd. di controllo, con relative tariffe, imponendo quindi una distinzione valida e vincolante sia per chi effettua la prescrizione sia per chi è tenuto alla conseguente gestione ed erogazione delle prestazioni e riscossione dei tickets o dei compensi anche in ambito A.L.P.I. (ad esempio,, si vedano: il "codice nomenclatore 89.01 anamnesi e valutazione definite brevi storia e

valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche” ed il codice catalogo 89010.014 riferito alla “visita controllo cardiologica”).

Ne consegue che, esclusa la possibilità di erogare prestazioni totalmente a titolo gratuito, vengono a perdere di rilievo in questa sede tutte le argomentazioni difensive dirette a sostenere una percentuale più ampia di prestazioni erogate gratuitamente, fossero esse successive visite di controllo effettuate ai medesimi pazienti, o visite effettuate in favore di parenti o amici, dato che il medico era comunque obbligato a convogliarle tramite il sistema di prenotazione centralizzato ed a fatturare – quanto meno - la parte di spettanza pubblica.

È restato in ogni caso poi privo di alcun minimo riscontro l’assunto difensivo che una parte rilevante di tali prestazioni non fatturate sarebbe consistita in visite e controlli in favore di parenti o amici, caratterizzate anche da informalità o comunque prive di una effettiva necessità terapeutica o diagnostica.

Senza aggiungere che, per quello che si dirà più innanzi, tutti i predetti argomenti difensivi diretti a far supporre una ampia percentuale di visite gratuite non regge al complessivo quadro indiziario.

Piuttosto, resta in questa sede affermato che il danno è rinvenibile in ogni prestazione erogata nel corso dell’attività espletata dal sanitario pubblico ospedaliero nell’ambito dell’A.L.P.I., laddove la parte di compenso professionale, corrispondente alla percentuale di pertinenza aziendale, non sia stata riscossa o comunque riversata, e quindi anche in quella parte di prestazioni asseritamente effettuate a titolo gratuito o parzialmente gratuito, emergendo anche per queste il danno per la mancata riscossione della percentuale di spettanza dell’Azienda ospedaliera di appartenenza.

Concorrono dunque al danno prodotto, per quanto sin qui detto, anche le 25 visite per le quali non è stato riscosso l’importo, riscontrate in esito alla verifica a campione. Di queste, però, il Collegio non può tenerne conto, essendo state escluse dalla domanda dell’attore pubblico, in rispetto al principio del divieto di andare *ultra petita*.

Posto dunque che non assume rilievo né il numero dei pazienti (anche quelli che fossero tornati per visite di controllo successive alla prima avrebbero dovuto corrispondere nuovamente il relativo importo), e neppure la percezione o meno degli importi (restando sempre obbligata la riscossione della parte di spettanza pubblica), ma solamente il numero delle visite (*i.e.* prestazioni) effettuate, occorre ora verificare tale dato nel riscontro degli elementi di prova prodotti dal requirente e sottoposti a critica da parte della difesa.

Procedendo quindi all'esame di tale, fondamentale, dato, ritiene il Collegio che il quadro indiziario complessivo sostenga pienamente l'assunto accusatorio.

Il riscontro primario deriva infatti dalla stessa documentazione informatica prelevata dal p.c. dell'odierno convenuto, dal medesimo formata e compilata. I *files* sono stati prelevati dalla directory STUDIO/COPIE/ESAMI STRUMENTALE E VISITE EFFETTUATE/*VISITE MEDICHE CON RELAZIONE*. I *files* sono suddivisi per "nome e cognome" del paziente, "data indicata tra parentesi" (che corrisponde alla data di nascita), data della visita (che corrisponde di regola alla ultima modifica del file) e due righe in cui sono ripetuti il nome e cognome e la data di nascita del paziente, mentre le righe successive riportano tutti i dati sanitari relativi alla visita effettuata.

Dall'esame di tutti tali dati (quindi, non solo a campione) la G.d.F. ha individuato un totale complessivo di nn. 1.639 diversi pazienti che, nel corso degli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (fino al 16/10), risultano aver effettuato complessivamente n. 2.561 visite refertate.

Pare pertanto dunque del tutto condivisibile la conclusione che ritiene che ad ogni distinta registrazione/refertazione (recante una data diversa), anche se relativa allo stesso paziente, corrisponda un'effettiva visita da parte del sanitario, siano esse prime visite o visite successive o di controllo.

Non ha trovato invece riscontro l'obiezione difensiva che, in alcuni casi, le nuove registrazioni avrebbero potuto significare una sola modifica della terapia già assegnata, senza un nuovo accesso all'ambulatorio del sanitario; senza considerare che, nemmeno, la difesa non ha chiarito né

dettagliato in quali casi tali semplici modifiche alle registrazioni informatiche sarebbero state adottate a seguito di non meglio precisati contatti con i pazienti, tanto sfuggenti da non integrare comunque un nuovo esercizio diagnostico e una prestazione terapeutica, e tali da non essere compendiabili in una nuova visita di controllo.

Ma ulteriori riscontri sono rinvenibili dalle indagini effettuate sul conto corrente del medico presso [REDACTED], nei quali sono stati rinvenuti versamenti in contanti di somme pari ad euro 50.000 per il 2015, euro 57.000 per il 2016 ed euro 16.600 per i primi otto mesi del 2018 (per il 2017 le indagini finanziarie erano ancora in corso ed il dato non risulta noto agli atti).

Dette somme, ulteriori a quelle erogate dall'Azienda ospedaliera per competenze stipendiali, non sono state in questa sede minimamente giustificate. Esse, piuttosto, come ordine di grandezza, rendono plausibile il loro inquadramento come presunti ricavi derivanti da almeno 1.648 visite a pagamento (123.600 : 75). Infatti, tenuto conto che da tale computo deve escludersi il dato relativo all'esame dei conti correnti per il 2017, non noto, si osserva che per gli anni 2015, 2016 e 2018 (quindi senza considerare il 2017) i militari hanno ipotizzato l'esecuzione di 1.652 visite senza omissione di fattura.

In sostanza, gli importi rinvenuti sul conto corrente del convenuto conducono ad ipotizzare un numero di visite senza fatturazione addirittura pressoché del tutto combaciante con quello riscontrato dai militari desumendolo dalle registrazioni dei *files* del p. [REDACTED]

Tali elementi confermano pienamente tale ricostruzione e quindi concorrono ulteriormente a confortare il convincimento sulla effettiva entità delle prestazioni rese ma occultate.

Infine, nessun pregio ha l'ulteriore argomento logico della difesa che evidenzia che, a stare ai calcoli degli inquirenti, [REDACTED] avrebbe dovuto effettuare nel periodo considerato circa 2,54 visite tutti i giorni, sabato e festivi compresi.

Si tratta difatti di un difettivo sillogismo che omette di considerare che, secondo quanto reso manifesto dalle stesse autorizzazioni all'esercizio della libera professione in regime di c.d. intramoenia allargata, per ogni visita era prevista una durata di 15 minuti.

Sicché, a tutto voler concedere, 2,5 potrebbe corrispondere al numero minimo di visite effettuabili (compresi imprevisti e pause) dal sanitario ma, bensì, in un'ora, e non già in un giorno.

Inoltre, sempre da tali autorizzazioni, si ricava che il medico era autorizzato all'esercizio della libera professione in regime A.L.P.I. presso lo studio [redacted] dal lunedì al sabato (compreso), dalle 15 alle 21 (sino al 13.5.2015 il martedì egli era autorizzato a ricevere i pazienti, negli stessi orari, presso lo studio di via [redacted]).

In sostanza, per ben sei pomeriggi alla settimana il [redacted] riceveva i pazienti nel suo studio, restando disponibile per le visite in ciascuno di dette giornate per sei ore continuative. Pertanto, sempre considerando il prudenziale dato di 2,5 prestazioni all'ora, il medico, in caso di riempimento delle agende, avrebbe potuto effettuare sino a 90 visite alla settimana.

In definitiva, il danno deve ritenersi individuabile nelle 2.216 prestazioni effettuate, come differenza tra quelle riscontrate nei *files* del convenuto e quelle oggetto di regolare fatturazione. Come detto sopra, esso viene ridotto, in conformità alla domanda, a 2.191 prestazioni e quindi, per la parte di spettanza aziendale ($2.191 \times 75 \times 21,44\%$), ad euro 35.231,28.

Il diritto ad agire per il risarcimento di tale posta di danno non può poi dirsi prescritto, nemmeno in parte.

Infatti, appare di tutta evidenza che ricorra nel caso di specie una ipotesi di occultamento doloso, posto in essere nel caso di specie dallo stesso sanitario, disvelato non solo dalle indagini bancarie, ma emerso solamente all'esito delle ulteriori verifiche effettuate sia presso lo studio medico, dove la registrazione delle prestazioni effettivamente erogate erano celate nei *files* del proprio p.c., sia per effetto degli ulteriori riscontri derivanti dall'esame della contabilità dell'Azienda ospedaliera, che hanno consentito di appurare la differenza tra le prestazioni eseguite e quelle regolarmente fatturate.

La gestione diretta dei pazienti, bypassando completamente il sistema centralizzato di prenotazione, assieme alla omessa fatturazione delle prestazioni, riscosse in contanti, non solo consentiva all'odierno convenuto di appropriarsi dell'intero compenso corrisposto, omettendo di versarlo alla propria Azienda ospedaliera, ma altresì gli evitava le conseguenze del monitoraggio ulteriore previsto dall'art. 15-*quinquies*, comma 3 del d.lgs. 502/1992 e, in seguito, dall'art. 22- bis del decreto-legge 223/2006, che impone che l'attività libero-professionale non debba superare, sul piano quantitativo, nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente, al fine cioè di contenere e governare lo svolgimento dell'A.L.P.I. nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero-professionali e di assicurare la riduzione delle liste di attesa.

Neppure può trovare accoglimento, così come è stata formulata, l'eccezione che deduce l'essere già stato risarcito il danno patrimoniale in ragione della confisca dell'importo di euro 28.684,79, così come ordinato dalla sentenza n. 41 del 2021 del Tribunale di Avellino ai sensi dell'art. 322-ter c.p.

Infatti, questo Collegio condivide l'orientamento consolidato della giurisprudenza contabile che pone in evidenza la differente natura della misura della confisca penale e quella dell'azione promossa dalla Procura erariale in favore dell'ente danneggiato (*la confisca è da considerare una 'pena accessoria', che toglie definitivamente al condannato le cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e le cose che ne sono il prodotto o il profitto. Gli importi confiscati sono dunque ontologicamente e finalisticamente diversi dalle somme del danno subito dall'Amministrazione in conseguenza delle condotte delittuose del convenuto, in quanto la confisca ha natura sanzionatoria e non risarcitoria, con la conseguenza che le somme confiscate nulla hanno a che vedere con la quantificazione del danno subito dall'Amministrazione che deve essere risarcito, indipendentemente dalla pena accessoria della confisca inflitta. Si tratta infatti di misura ablatoria coattiva di uno o di più beni a favore dell'ente pubblico sovrano avente lo scopo principale di evitare che il reo, mantenendo la disponibilità dei beni, sia indotto all'ulteriore commissione di reati. Quindi si tratta di strumento avente natura punitiva e dissuasiva che prescinde totalmente da ogni aspetto inerente*

alla presenza di danni di natura patrimoniale.- Sez. I Giur. Centrale d'appello, sentt. n 434 e 29 del 2022, Sez. III giur. Centrale d'appello n. 340/2017).

Nel caso di specie, si osserva ulteriormente, al contrario di quanto assunto dalla difesa, la confisca non risulta ordinata in favore dell'Azienda ospedaliera cui la decisione è solamente trasmessa ai sensi di cui all'art. 154 *ter* disp. att. c.p.p. Non vi è pertanto alcuna prova che essa, oltre ad avere effettivo seguito, si sia rivolta a vantaggio dell'Azienda ospedaliera di Avellino.

Si trova ulteriormente precisato che *mentre nella confisca le somme confiscate sono incassate dal Ministero della giustizia e confluiscono nel Fondo Unico di Giustizia, previsto dall'art. 61, comma 23, del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, le somme, oggetto di condanna contabile, avendo funzione risarcitoria, sono dirette a reintegrare il patrimonio dell'Amministrazione danneggiata* (Sez. giur. Centrale d'appello, sent. 434 del 2022).

Ciò non toglie tuttavia che, in sede esecutiva, si dovrà tenere conto di quanto si possa effettivamente essere già avvantaggiata l'Azienda ospedaliera, per effetto dell'attuazione o dell'adempimento spontaneo di detto provvedimento.

Venendo infine alla domanda di risarcire il danno all'immagine, si osserva quanto segue.

Il reato per il quale il [REDACTED] ha chiesto ed ottenuto l'applicazione della pena (art. 314 c.p.) rientra tra i delitti di cui al Libro secondo, Titolo secondo, capo I, del Codice penale, come previsto dal combinato disposto dell'art. 17, co. 30-ter, D.L. n.78/2009 (convertito in legge n.141/2009) e dell'art. 7, L. n. 97/2001, ed ora dall'art. 51 comma 7 del C.g.c.

Ai fini dell'accertamento del fatto-reato la sentenza di applicazione pena ex art. 444 c.p.p. deve ritenersi equiparata ad una decisione di condanna (art. 445 c.p.p.) riguardando l'accordo la sola pena, mentre il giudice penale deve esercitare un vaglio critico sulla qualificazione giuridica del fatto, sull'applicazione e la comparazione delle circostanze prospettate, sulla congruità della pena e sull'eventuale sussistenza di cause di non punibilità di cui all'articolo 129 c.p.p. Ne consegue che tale decisione, pur non producendo un effetto direttamente vincolante nel giudizio di responsabilità

amministrativa, assurge ad elemento di prova del fatto contestato, superabile solo a fronte di specifiche prove di segno contrario (cfr. Sez. giur. Veneto, n. 45/2017; Sez. I appello, n. 406/2014; Sez. giur. Veneto, n. 38/2016) Quindi, anche la sentenza di applicazione pena costituisce presupposto valido per l'azione di risarcimento del danno all'immagine ai sensi dell'art. 51, comma 7, C.g.c. (da ultimo: Sez. giur. Reg. Siciliana n. 733 del 2022).

Nel caso di specie, per quello che si è detto sopra, le prove versate in atti dal P.M. confermano ampiamente non solo la commissione della volontaria appropriazione delle quote delle prestazioni di spettanza pubblica, ma altresì le altre circostanze della loro indebita percezione e l'entità delle stesse, come prospettato dall'attore. Nel caso di specie, ritiene questo Collegio che la diffusione della vicenda come documentata dalla Procura integri a sufficienza il c.d. profilo esterno del danno all'immagine. Sussiste altresì il c.d. profilo interno, non potendosi negare l'avveramento di una diffusione della notizia nell'ambito della stessa Azienda ospedaliera, in considerazione della stessa adozione del provvedimento disciplinare adottato, dato l'indubbio riflesso negativo prodotto a carico dei colleghi del sanitario i quali, parimenti autorizzati all'esercizio dell'A.L.P.I., abbiano invece tenuto comportamenti corretti.

Di contro, non rileva l'entità (si sostiene ridotta) della sanzione irrogata o la decisione di attribuire in pendenza del procedimento un incarico di responsabilità al medesimo [redacted] che non possono essere ritenuti validi criteri per misurare l'obiettivo discredito subito, ma solamente frutto di scelte proprie dell'Amministrazione, non in grado di condizionare questo giudice.

Quanto alla determinazione del danno, Il P.M. ha invocato l'applicabilità al caso di specie della previsione dell'art.1, comma 1 *sexies*, legge n. 20/1994 (disposizione introdotta dall'art. 1, comma 62, legge 6 novembre 2012, n. 190) - a mente del quale «Nel giudizio di responsabilità, l'entità del danno all'immagine della pubblica amministrazione derivante dalla commissione di un reato contro la stessa pubblica amministrazione accertato con sentenza passata in giudicato si presume, salva prova

contraria, pari al doppio della somma di denaro o del valore patrimoniale di altra utilità illecitamente percepita dal dipendente».

Osserva al riguardo il Collegio che la diffusione del periodico *on line*, seppur non nota, data la sua naturale destinazione ad un ambito locale (resa evidente dalla stessa intestazione "Irpinia oggi") ne fa presumere un corrispondente seguito, e quindi consente di ritenerla comunque contenuta a quella parte di destinatari appartenenti alle comunità locali e soliti a ricorrere alla informazione reperita *on line*.

Stante la ridotta diffusione della notizia, in mancanza di effettivi dati in merito al periodico *on line* di cui sopra, può ritenersi superata la presunzione della norma invocata che, fermo restando nel caso di specie l'accertamento dell'"an" di tale posta di danno, lo stabilisce nel doppio della somma illecitamente percepita, consentendo quindi al Collegio di accedere ad una valutazione in via equitativa (art.1226 c.c.) sulla base della complessiva analisi della vicenda illecita, laddove l'evidente disvalore emergente dalla condotta *contra ius* reiterata per anni del dirigente sanitario, in infrazione palese e consapevole del dovere di fedeltà ed originata da motivi di arricchimento personale, risulta comunque temperato, per questi fini, da una più contenuta diffusione della stessa vicenda, quanto meno nell'ambito della comunità locale.

Sicché, si reputa equo contenere la liquidazione del danno all'immagine in una somma non superiore alla sorte del danno patrimoniale, determinata pertanto in euro 35.000, somma da intendersi già comprensiva di rivalutazione monetaria.

In definitiva, l'odierno convenuto deve essere condannato a risarcire all'Azienda ospedaliera S.G. MOSCATI la somma di euro 35.231,28 per danno patrimoniale, ed euro 35.000 per danno all'immagine.

Le somme di spettanza aziendale che compongono il complessivo danno patrimoniale (euro 35.231,28.) dovranno essere aumentate per rivalutazione monetaria considerando come *dies a quo* la data delle registrazioni presenti sui *files* delle refertazioni, sino all'attualità.

Dalla data della presente pronuncia sulle somme così rivalutate decorrono gli interessi al saggio legale.

Parte convenuta deve essere anche condannata al pagamento delle spese del giudizio, come da nota redatta a parte, in margine al presente provvedimento.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Campania, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza disattesa e respinta, condanna  a risarcire in favore dell'Azienda Ospedaliera S.G. MOSCATI di Avellino la somma di euro 35.231,28 per danno patrimoniale, oltre rivalutazione monetaria sui singoli importi di spettanza aziendale dal giorno delle registrazioni delle relative visite e sino all'attualità, nonché il danno all'immagine, liquidato in euro 35.000.

Somme tutte ulteriormente da aumentarsi per gli interessi legali dal deposito della presente decisione e sino al soddisfo.

Condanna il convenuto alle spese del giudizio, come liquidate dal funzionario di Segreteria con nota a margine, ai sensi dell'art. 31, comma 5, C.g.c.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deciso in Napoli, all'esito della camera di consiglio del 13 dicembre 2022.

IL PRESIDENTE – estensore

Paolo Novelli

(firma digitale)

Depositato in Segreteria il 10/01/2023

IL DIRETTORE DI SEGRETERIA

Maurizio Lanzilli

(firma digitale)