

REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CAMPANIA

composta dai seguenti magistrati:

Dott. Salvatore STARO PRESIDENTE

Dott. Vito CAROLILLO CONSIGLIERE

Dott.ssa Daniela ACANFORA CONSIGLIERE-rel..

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità iscritto al n..44399/E.L. del registro di Segreteria, instaurato su atto di citazione della Procura regionale nei confronti di

[...]

nato a [...] il [...], residente in [...];

Visto l'atto introduttivo del giudizio depositato in data 29 giugno 2005;

Uditi nella pubblica udienza del giorno 17 marzo 2006 il relatore, Cons. Daniela Acanfora; il P.M. nella persona del S.P.G. Aurelio Laino;

Esaminati gli atti ed i documenti tutti del fascicolo di causa;

Ritenuto in

FATTO

Con l'atto di citazione in epigrafe, ritualmente notificato, la Procura regionale ha convenuto in giudizio innanzi a questa Sezione il dott. [...], medico di base presso il Distretto n.[...] di [...], per chiederne la condanna al risarcimento del danno in favore dell'A.S.L. di Salerno 2 quantificato in euro 2.660,66 oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giustizia.

Il fatto dannoso contestato trae origine dalle seguenti vicende.

Con relazione prot.n.909 datata 16 dicembre 2004 il direttore generale dell'A.S.L. Salerno 2 trasmetteva al requirente i risultati dell' attività di controllo e di monitoraggio della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza prescrittiva prevista dall'art.15 bis del d.P.R. n.270/2000, dai quali emergevano irregolarità amministrative relativamente all'attività medica svolta da sette medici di base appartenenti al Distretto di [...], oggetto di denuncia anche in articoli di stampa pubblicati sul quotidiano "La Città" di Salerno.

Nel corso della ulteriore istruttoria svolta sulla vicenda dalla Procura, il Comando di Polizia Tributaria di Salerno della Guardia di Finanza trasmetteva la relazione prot.n.5941/III del 5 maggio 2005 in cui sono illustrati i criteri metodologici applicati nell'attività di controllo dal gruppo di lavoro nominato presso il predetto Distretto sanitario. In primo luogo sono stati individuati i medici di base che presentano i valori di spesa farmaceutica pro-capite, nel IV trimestre 2003, più alti rispetto alla media nazionale; si sono quindi esaminate le prescrizioni relative ai medicinali per i quali la C.U.F. (Commissione unica del farmaco) ha indicato, nelle cosiddette "note", le indicazioni terapeutiche che ne consentono la rimborsabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

L'attività di controllo in questione è stata quindi incentrata sulla redazione di un prospetto riassuntivo, per ciascuno dei medici individuati, in cui sono state indicate le percentuali di prescrizioni di ogni nota rispetto al totale delle ricette prescritte; quindi si sono comparate tali percentuali con quelle emerse dal totale delle ricette prescritte da tutti i medici del Distretto, così individuandosi i medici con valore di spesa più alto e la tipologia di farmaci che presentavano maggiori rischi di una non appropriata prescrizione. A tale scopo sono stati applicati elementi di valutazione enucleati dalle disposizioni contenute nelle predette note C.U.F. con riferimento alle caratteristiche terapeutiche di ogni singolo farmaco (età degli assistiti, lunghezza del ciclo terapeutico, ecc.) al fine di individuare i casi di prescrizione irregolare.

Tutti i medici coinvolti sono stati convocati per una valutazione dei dati scaturiti dall'attività di controllo presso la Direzione sanitaria del Distretto [...] di [...], (il dott. [...] in data 26 ottobre

2004), in tale sede ammettendo di non avere tenuto conto delle limitazioni previste dalla C.U.F., impegnandosi per il futuro ad una loro scrupolosa osservanza, dichiarandosi disponibili al rimborso della spesa farmaceutica indebitamente posta a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Con riferimento al dott. [...] sono stati enucleati i seguenti indicatori:

- 4° prescrittore pro capite del Distretto nel IV trimestre 2003 e I trimestre 2004;
- nel I trimestre 2004 spesa pro-capite netta di euro 94,55 (+29,91% rispetto al D.S.; +40,97% rispetto alla A.S.L.;+75,55% rispetto alla media nazionale);
- spesa tendenziale annua di circa euro 400,00;
- percentuale di ultrasessantacinquenni superiore alla media del Comune

Come risulta dal prospetto allegato al verbale della riunione, sono quindi state accertate, nei confronti del predetto medico, irregolarità per mancata conformità delle prescrizioni relative al IV trimestre 2003 in favore degli assistiti rispetto alle note C.U.F n. 1,9, 13, 48, 55, 66, 79.

In particolare, con riferimento alle note n.48 (inibitori della pompa protonica per patologie a carico dell'apparato gastro-duodenale) e 55 (antimicrobici per trattamento iniettivo di infezioni) si è riscontrata la lunghezza del ciclo terapeutico rispetto alle caratteristiche farmacocinetiche del medicinale (la nota 48 in particolare prescrive cicli terapeutici di 4, occasionalmente 6 settimane e solo per limitate patologie prolungati fino ad un anno), con riferimento alle note n.13 (farmaci per la cura delle dislipidemie) e 66 (artropatie, osteoartrosi, dolore neoplastico, gotta) la troppo giovane età degli assistiti rispetto alle caratteristiche del farmaco.

L'atto introduttivo è stato preceduto dalla notifica, nelle forme di rito, dell'invito a dedurre ex art. 5, comma 1, della legge n.19 del 1994 come sostituito dalla legge n.639 del 1996 a fronte del quale fronte del quale il dott. [...] ha controdedotto, in termini ritenuti generici dal requirente, in data 20 aprile 2005, dichiarandosi disponibile a restituire la somma contestata. Ad avviso della Procura sussiste anzitutto il connotato dannoso certo, ingiusto ed attuale dell'esborso trattandosi del costo di farmaci prescritti in mancanza delle condizioni per la rimborsabilità a carico del Servizio Sanitario

Nazionale, nessun vantaggio potendo invocarsi per gli assistiti dal momento che le norme che disciplinano l'appropriatezza prescrittiva sono poste a tutela del superiore interesse pubblico alla corretta gestione delle risorse pubbliche.

Sotto il profilo poi dell'antigiuridicità della condotta tenuta dal medico nella vicenda, il requirente, - all'uopo richiamando gli artt.2 della l.n.531/1987, 4 d.lgs n.539/1992, 1,comma 4, l.n. 425/1996, 3 l.n.94/1998, 8 l.n.537/93, 15 bis d.P.R. n.270/2000 nonché taluni decreti ministeriali (11 luglio 1988 e 2 agosto 2001) - evidenzia che dal complesso di dette disposizioni emerge un sistema caratterizzato dalla previa individuazione da parte della C.U.F. della rispondenza dei medicinali ai requisiti previsti dalle disposizioni di legge e delle direttive comunitarie, del valore terapeutico dei medicinali e delle condizioni di compatibilità finanziaria delle relative prescrizioni farmaceutiche. Ciascun medico di base è poi tenuto ad adeguarsi alle indicazioni e limitazioni delle note C.U.F., in mancanza essendo tenuto a rimborsare il costo del farmaco prescritto (art.1,comma 4, l.n.425/1996). Orbene, da tale sistema emerge, ad avviso della Procura l'evidente antigiuridicità della condotta dannosa tenuta dal dott.[...] considerato che, citasi testualmente, *“rientra, infatti, nei suoi precisi doveri di servizio, siccome nascenti dal rapporto di collaborazione parasubordinato intrattenuto con l'azienda, quello di concorrere alla più oculata gestione della spesa farmaceutica.*

Quanto, infine, al nocumento così arrecato, di esso dovrà rispondere il dr.[...], per la parte di propria competenza, in qualità di medico di base e, dunque, in rapporto convenzionale libero-professionale con l'A.S.L. SA 2, il quale costituisce relazione di servizio idonea a fondare la responsabilità in parola.”

Per quanto concerne il connotato soggettivo della condotta, la Procura afferma che il [...] *“ha, infatti, consapevolmente (o con gravissima negligenza) violato le regole che presidiano alla corretta prescrizione dei farmaci a carico del S.S.N.....si consideri che nell'effettuare la prescrizione il medico di base deve sempre rapportarsi al prontuario farmaceutico nazionale, contenente le predette note, onde verificare la compatibilità della somministrazione suggerita al*

paziente con le modalità, la posologia e le patologie indicate nelle stesse. Laddove ciò non avvenga, la negligenza del medico risulta in re ipsa poichè vi sarà l'evidente prova della non adeguata conoscenza del contenuto delle note in questione o il preordinato intendimento di non adoperarle". In data 27 dicembre 2005 il convenuto ha depositato, per il tramite dell'avv. [...], una nota in allegato alla quale deposita i cedolini di pagamento delle competenze retributive relative ai mesi dal maggio all'ottobre 2005 dai quali risulta che la A.S.L. SA/2 ha provveduto a recuperare mensilmente alla voce "recupero somme per farmaci" l'importo costante di euro 443,44 mensili, per un totale di euro 2.660,64.

Nella pubblica udienza odierna il S.P.G. [...], nel sottolineare la rilevanza del fenomeno dell'iperprescrittività farmaceutica, nonostante il modesto quantum del danno azionato nei confronti del convenuto, rappresentando la fattispecie oggetto del giudizio soltanto un singolo episodio (altri tre sono peraltro oggetto di discussione nella odierna udienza pubblica), ha concluso confermando integralmente l'atto di citazione. Nel contempo tuttavia, preso atto dell'avvenuta restituzione della sorte capitale, ha dichiarato di limitare la pretesa risarcitoria alla rivalutazione monetaria ed agli interessi legali.

Il giudizio è quindi passato in decisione.

Considerato in

DIRITTO

Occorre anzitutto rilevare che la fattispecie dannosa oggetto dell'odierno giudizio s'inquadra senza ombra di dubbio nella sfera di giurisdizione di questa Corte, secondo il pacifico indirizzo assunto dalla Suprema Corte secondo cui *"tra il medico di base e la P.A. si costituisce convenzionalmente un rapporto di servizio con riguardo alle attività che si inseriscono nell'organizzazione strutturale, operativa e procedimentale della USL, tra le quali rientrano quelle di natura non professionale, perché consistenti in certificazioni (compilazione di prescrizioni farmaceutiche e cartelle cliniche), nell'identificazione di assistiti e nell'accertamento del loro diritto alle prestazioni sanitarie.*

Pertanto, qualora dall' espletamento di tali attività derivi un danno all'amministrazione, questa deve promuovere davanti alla Corte dei conti- e non all'autorità giudiziaria ordinaria- l'azione per il ristoro del pregiudizio che assuma di aver subito, in quanto la responsabilità del sanitario dipende non dall'esercizio della sua professione, bensì dal comportamento illegittimo, doloso o colposo posto in essere nell'ambito del rapporto di pubblico servizio” (SSUU 13 novembre 1996 n.9957; in terminis 21 dicembre 1999 n.922). Orbene, il titolo giuridico su cui si fonda il rapporto giuridico di servizio con la P.A. del medico di base è costituito dalla stipula delle convenzioni con le singole Unità Sanitarie Locali (poi trasformatesi in AA.SS.LL. ai sensi dell'art.3, comma 1 bis del d.lgs n.502 del 1992 come introdotto dall'art.3 del d.lgs 19 giugno 1999 n.229), disciplinate all'origine dall'art.48 della legge-quadro n.833 del 1978 e successivamente dall'art.8 del d.lgs 502 del 1992 (come modificato dall'art.8 del d.lgs 229 del 1999), aventi durata triennale, in conformità agli accordi collettivi nazionali tra Governo, Regioni, Anci e organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Dette convenzioni, pur aventi natura privatistica di rapporti di prestazione d'opera professionale svolta con carattere di parasubordinazione (dunque per gli aspetti strettamente connessi al rapporto derivante dalla prestazione di lavoro assoggettate alla giurisdizione del giudice ordinario), comportano nel contempo l'inserimento funzionale del medico nell'organizzazione del servizio sanitario nazionale con riferimento alle attività di natura pubblicistica quali l' accertamento del diritto degli assistiti alle prestazioni sanitarie, il rilascio di certificazioni sanitarie, nonché, per quanto più direttamente interessa in questa sede, la compilazione delle prescrizioni farmaceutiche il cui onere è posto a carico del bilancio dello Stato (per il tramite del fondo sanitario nazionale).

Ne deriva che il medico in regime di convenzione si trova in una posizione, ai fini della legittimazione passiva, equiparabile, in virtù del suddetto rapporto di servizio, ai dipendenti dell'A.S.L., ente strumentale della regione dotato personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile.

Premesso quanto sopra, al Collegio fa carico quindi di accertare la sussistenza nella fattispecie concreta di tutti gli elementi costitutivi dell'azionata responsabilità amministrativo-contabile nei confronti del dott. [...], disciplinati dalla normativa in materia di responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione di questa Corte recata dall'art.1 della legge 14 gennaio 1994 n.20, come modificato dall'art.3 del d.l. 23 ottobre 1996 n.543 convertito nella l. n.639 del 1996 (ante legge 20/1994 per i dipendenti delle unità sanitarie locali e delle regioni vigeva l'art.1, comma 6, del d.l.324/1993 conv. in l.n .423/1993).

Detti elementi sono dunque il danno erariale subito dalla P.A., la condotta, attiva ovvero omissiva, posta in essere dal soggetto in violazione degli obblighi di servizio, il nesso di causalità tra condotta e danno, il connotato doloso ovvero gravemente colposo della condotta stessa. Orbene, va anzitutto rilevato che il danno erariale azionato dalla Procura è stato quantificato in misura esattamente corrispondente all'addebito contestato ai medici coinvolti in esito alla attività amministrativa di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica effettuata dal gruppo di lavoro nominato presso il Distretto n.[...] di [...].

Invero, l'art. 14, comma 5, lett.b), del d.P.R. 28 luglio 2000 n.270, recante il regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (integrato a livello regionale dalla deliberazione G.M. n.2128 del 20 giugno 2003), prevede che oggetto del predetto monitoraggio sia in particolare, *“l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali”*.

Il successivo art.15 bis, comma 1, del medesimo accordo prevede che il medico concorre a:

- a) *assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione alla Azienda*
- b) *ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili*

c) *operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio*

I commi 3 e seguenti disciplinano le procedure ed i principi dell'attività di controllo diretta a valutare l'attività prescrittiva dei medici di base. In applicazione di detto accordo l'attività di controllo è stata svolta seguendo un preciso percorso metodologico che è partito dall'individuazione dei medici di base che, nell'ambito del Distretto presentavano i valori di spesa farmaceutica pro-capite, nel IV trimestre 2003, più alti rispetto alla media, (aziendale, distrettuale e nazionale), con riferimento specifico però a determinate categorie di farmaci ricompresi nelle cosiddette “note” elaborate dalla C.U.F. (Commissione unica del farmaco).

La predetta commissione è un organo istituito presso il Ministero della Salute dall'art. 7 del d.lgs 30 giugno 1993 n.266 con il compito, tra gli altri, di *“esprimere parere vincolante sul valore terapeutico dei medicinali e sulla **compatibilità finanziaria delle prestazioni farmaceutiche**”*. L'art.8, commi 9 e 10 della legge 24 dicembre 1993 n.537, ha abolito il prontuario terapeutico previsto dalla l.n.833 del 1978 (art.30) ed affidato alla C.U.F. il compito di riclassificare le specialità medicinali in tre classi di cui la prima (comma 10, lett.a) a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale in quanto qualificati come essenziali ovvero diretti alla cura di malattie croniche e la seconda (lett.b) a carico parziale dello stesso in quanto di rilevante interesse terapeutico .

Con le note, periodicamente revisionate, la C.U.F. ha quindi individuato, per talune specialità medicinali, le indicazioni terapeutiche che ne consentono la rimborsabilità, in tutto ovvero in parte, a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Trattansi, come si legge testualmente nella premessa delle note allegate al prontuario farmaceutico nazionale 2003 (n.10 del fascicolo P.R.) di *“**strumenti di indirizzo volti a definire, quando opportuno, gli ambiti di rimborsabilità, senza interferire con la***

libertà di prescrizione” redatti ispirandosi ai criteri della medicina basata sulle prove e finalizzati a creare un clima di condivisione scientifica “capace di favorire una ragionata flessibilità d'uso delle note stesse e di evitare contrasti e rigidità applicative che potrebbero tradursi in disagi ed inconvenienti per i pazienti”.

La seconda fase dell'attività di controllo in questione è stata quindi incentrata sulla redazione di un prospetto riassuntivo, per ciascuno dei medici individuati, in cui sono state indicate le percentuali di prescrizioni di ogni nota CUF rispetto al totale delle ricette prescritte; quindi si sono comparate tali percentuali con quelle emerse dal totale delle ricette prescritte da tutti i medici del Distretto, in tal modo sono stati individuati i medici con valore di spesa più alto e la tipologia di farmaci che presentavano maggiori rischi di inappropriata prescrizione. A tale ultimo scopo sono stati applicati elementi di valutazione enucleati dalle disposizioni contenute nelle note C.U.F. con riferimento alle caratteristiche terapeutiche di ogni singolo farmaco (età degli assistiti, lunghezza del ciclo terapeutico, ecc) al fine di individuare i casi di evidente prescrizione irregolare. Orbene, va anzitutto rilevato che la sussistenza del danno contestato è strettamente connessa ai profili di anti giuridicità della condotta prescrittiva scaturenti dal mancato rispetto delle prescrizioni effettuate dal medico alle note C.U.F. in quanto essi sostanziano la disutilità stessa della relativa spesa farmaceutica.

Al riguardo l'art.1, comma 4 del d.l. 20 giugno 1996 n.323, convertito nella legge 8 agosto 1996 n.425 dispone testualmente che *“le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere curano (omissis).....i controlli obbligatori, basati su appositi registri o altri idonei strumenti, necessari ad assicurare che la prescrizione dei medicinali rimborsabili a carico del Servizio sanitario nazionale sia conforme alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e che gli appositi moduli del Servizio sanitario nazionale non siano utilizzati per medicinali non ammessi a rimborso. **Qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni citate,** (omissis)....**Il medico è tenuto***

a rimborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto” Infatti, come risulta di palmare evidenza, in mancanza di detta disposizione, l'esborso pubblico per l'erogazione dei farmaci non potrebbe qualificarsi dannoso qualora si tenga conto dell'*utilitas* che si ricollega al beneficio terapeutico che il farmaco è destinato, almeno in una prospettazione *ex ante*, ad assicurare.

Senonchè l'esborso assume connotato di danno pubblico allorquando sia destinato alla prescrizione di medicinali, come nel caso in esame, senza l'osservanza delle prescrizioni contenute nelle predette note. Ciò in quanto il legislatore ha voluto individuare un meccanismo diretto a creare le condizioni perché la spesa pubblica farmaceutica possa, a monte, essere destinata a soddisfare il requisito del beneficio terapeutico e dunque utile per la collettività. Con detto meccanismo si traducono dunque in veri e propri precetti giuridicamente vincolanti per il medico prescrittore quelle che all'origine non sono altro che linee-guida di natura medico-scientifica in ordine alla somministrazione del farmaco, pertanto ovviamente liberamente disattendibili -rientrando in tal caso la scelta nell'ambito insindacabile del merito connesso all'esercizio della professione medica- qualora l'esborso venga sopportato dal privato.

Trattasi di una fattispecie dannosa peculiare, che ha già trovato spazio di applicazione nella giurisprudenza di questa Corte dei conti all'uopo elaborandosi la nozione di “*danno per spreco di farmaci*” (Sez. Umbria sentt.n.275/E.L./04 del 28 giugno 2004 e n.278/E.L./04), laddove il concetto di “*spreco*” si ricollega non al mero valore di spesa più elevato della media -il quale di per sé non potrebbe qualificare dannoso l'esborso in termini di anti giuridicità come di disutilità - ma giustappunto al mancato rispetto delle condizioni di rimborsabilità dettate dalle predette note, questo senz'altro censurabile in sede di responsabilità amministrativo-contabile in quanto sostanziandosi in un ben preciso obbligo di legge gravante sul medico di base di reintegrare la correlata diminuzione subita dal fondo sanitario nazionale.

Detta fattispecie si colloca concettualmente in quella più ampia concezione ontologica di danno che

ormai trova ampia sfera applicativa nella giurisprudenza di questa Corte e che, ampliando la nozione tradizionale della mera diminuzione patrimoniale - la quale ovviamente non sarebbe idonea a qualificare in termini di illecito la condotta soltanto di alcuni medici prescrittori e non di tutti - si sostanzia nello sviamento delle risorse pubbliche dalle finalità predeterminate in quanto ritenute dal legislatore essere quelle idonee a realizzare l'interesse pubblico ad un impiego efficiente ed efficace delle stesse. Pertanto, la *disutilitas* della spesa è a monte connessa alla stessa violazione della norma che disciplina le condizioni alle quali è vincolato l'impiego dei fondi pubblici. Orbene, accertata la sussistenza del danno per i motivi sopra esposti, nonché ovviamente il collegamento causale tra la condotta *contra ius* tenuta nella attività prescrittiva dal medico convenzionato ed il danno stesso, occorre valutare se sussista anche il connotato doloso ovvero gravemente colposo della condotta stessa in applicazione dell'art. 1, comma 1, della l.14 gennaio 1994 n.20 come sostituito dall'art.3 del d.l. 23 ottobre 1996 n.543 convertito in l. 20 dicembre 1996 n.639.

Orbene, il Collegio ritiene che non risulta nella fattispecie in esame provato il dolo, nella specie del dolo cosiddetto "*contrattuale*", il quale si sostanzia, secondo la pacifica giurisprudenza di questa Corte (per tutte, Sez.Marche 28 agosto 2001 n.863; Sez. Sicilia 8 luglio 2005 n.1712) nella volontà consapevole del soggetto di violare gli obblighi nascenti dal rapporto di servizio con la P.A. (con conseguente possibilità di addossare, oltre al danno prevedibile, anche quello non prevedibile ex artt 1218 e1225 c.c.).Invero,va anche rilevato che il danno contestato al sanitario è scaturito da una attività di monitoraggio e controllo che si è svolta per la prima volta presso il Distretto di [...], dunque manca anche quella eventuale reiterazione del comportamento iperprescrittivo facente seguito ad una prima contestazione che potrebbe concorrere a configurare un comportamento di natura dolosa Sussiste però senza ombra di dubbio il connotato di grave colpevolezza della attività prescrittiva tenuta dal medico convenuto il quale, avendo stipulato la convenzione con la struttura sanitaria pubblica era quindi tenuto a conoscere ed applicare le norme fondamentali che disciplinano la prescrizione appropriata e finanziariamente sostenibile a carico del Servizio

Sanitario Nazionale, come espressamente impostogli peraltro dall'accordo collettivo regolante la predetta convenzione. L'art.15 bis, comma 1, lett.c) del d.P.R. n.270/2000 impone infatti espressamente al medico, tra gli altri, l'obbligo di *“operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio”*, restando l'ambito insindacabile della prescrizione secondo *“scienza e coscienza”* (comma 2) residuale rispetto a quello legato all'osservanza dei predetti principi, trasposti sul piano operativo nelle note C.U.F..

Giova rilevare che in materia trova applicazione in ogni caso il principio generale regolante l'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale recato dall'art.1176, comma 2, c.c. per cui la diligenza deve valutarsi, in concreto, con riferimento alla specifica natura dell'attività esercitata, il che implica il rispetto di tutte le norme che nel loro complesso disciplinano la professione medica. Pertanto, il mancato rispetto di tali norme, costituisce sintomo innegabile di una condotta connotata da grave colpa professionale, oltremodo superficiale e negligente nello svolgimento della attività prescrittiva oltre che da disinteresse alla tutela dell'interesse pubblico ad un utilizzo efficiente delle risorse destinate alla tutela della salute della collettività. Per i suesposti motivi va affermata la responsabilità amministrativa del dott. [...] per l'intero importo azionato di euro 2.660,66. duemilaseicentosessanta/66). Avendo tuttavia il convenuto documentalmente dimostrato l'avvenuto rimborso della predetta somma, va dichiarata cessata la materia del contendere fino a concorrenza della sorte capitale e limitata la condanna al pagamento della rivalutazione monetaria secondo gli indici I.S.T.A.T. dalla data dell'addebito amministrativo (26 ottobre 2004) fino alla data di ogni singolo recupero, nonché degli interessi legali dalla data del deposito della presente decisione fino al soddisfo.

P.Q.M.

LA CORTE DEI CONTI SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CAMPANIA

definitivamente pronunciando nei termini di cui in motivazione, ogni contraria istanza e deduzione reietta; DICHIARA CESSATA LA MATERIA DEL CONTENDERE fino a concorrenza della sorte capitale di euro 2.660,66 (duemilaseicentosessanta/66);

CONDANNA il convenuto al pagamento della rivalutazione monetaria secondo gli indici I.S.T.A.T. dalla data dell'addebito amministrativo (26 ottobre 2004) fino alla data di ogni singolo recupero, nonché degli interessi legali dalla data del deposito della presente decisione fino al soddisfo. Le spese del giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate in favore dell'Erario complessivamente in

Così deciso in Napoli nella Camera di consiglio del giorno 17 marzo 2006

L'ESTENSORE

(Daniela Acanfora)

IL PRESIDENTE

(Salvatore Staro)