

Il rapporto della Guardia di Finanza sul danno allo Stato. Interventi estetici rimborsati come tumori

# Sanità, truffe per un miliardo

Dagli appalti ai falsi ricoveri e alle esenzioni dai ticket

## IL DOSSIER

### Truffe record e frodi alla Sanità

### La carica delle false esenzioni

Stimato un danno erariale di un miliardo di euro

Interventi di chirurgia estetica presentati come salva-vita

#### La denuncia

Sono 1.173 le persone denunciate per un valore che supera i 23 milioni di euro

#### I finti ticket

Su 9.936 controlli effettuati, sono state trovate ben 7.972 posizioni "fuorilegge"

#### Le indagini

Nei primi due mesi del 2014 segnalazioni per 150 milioni di euro, coinvolte 104 persone

#### Le medicine

Medicine fatte acquistare dal Sistema sanitario senza l'effettiva necessità: il caso degli antidiabetici

ROMA — C'è una voragine nei conti dello Stato provocata dalle truffe al servizio sanitario nazionale. Oltre un miliardo di euro di danni erariali causati dalle irregolarità compiute da medici e operatori, spesso d'accordo con i pazienti oppure con gli agenti assicurativi. Ma anche con le società farmaceutiche e con le aziende private che si occupano di commercializzazione di macchinari. È il clamoroso risultato dei controlli compiuti dalla Guardia di Finanza nell'ultimo anno. E le verifiche dei primi due mesi del 2014 sembrano confermare il trend visto che fino al 28 febbraio scorso sono già state segnalate alla Corte dei Conti 104 persone e l'ammontare delle perdite supera i 150 milioni di euro. Sono decine le tipologie degli illeciti e le più frequenti riguardano gli interventi di chirurgia estetica spacciati per operazioni su gravi patologie, i finti ricoveri di pronto soccorso nelle strutture private, le iperprescrizioni di farmaci.

#### Scoperti oltre 700 funzionari infedeli

Il dossier dell'Ufficio Tutela e mer-

cato delle Fiamme Gialle guidato dal colonnello Giovanni Avitabile fornisce numeri e casi di un fenomeno che viene costantemente monitorato perché, come si sottolinea nella relazione «il controllo della spesa vista la sua particolare importanza nell'ambito del bilancio pubblico e le sue preoccupanti dinamiche di crescita, rappresenta una delle priorità inderogabili per il raggiungimento degli obiettivi di politica economica». E perché «la necessità di risanare i conti pubblici impone un'oculata attività di contenimento e razionalizzazione della spesa anche con una mirata attività di verifica finalizzata all'individuazione delle condotte negligenti o illecite che, consentendo sprechi, disconomie o inefficienze, possono rappresentare una variabile sensibile nelle funzioni di crescita delle uscite».

I controlli si muovono sul doppio binario: all'indagine affidata ai nuclei territoriali, si affiancano i «protocolli di collaborazione con le Aziende sanitarie locali per ottenere uno scambio informativo e l'attivazione delle

ispezioni». I dati forniscono il quadro: nel 2013 sono stati compiuti 10.333 controlli e 1.173 sono state le persone denunciate per un valore che supera i 23 milioni di euro. Ben più grave il capitolo delle richieste di risarcimento avanzate dalla Corte dei Conti: sono 177 le verifiche, 742 i funzionari pubblici sottoposti a procedimento, un miliardo e 5 milioni di euro il totale delle contestazioni.

#### I falsi Drg e il day hospital

Si chiamano «Raggruppamenti omogenei di diagnosi» e servono a stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul Servizio Sanitario Nazionale. Proprio «truccando» i refer-



ti e quindi «facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto» sono stati drenati centinaia di milioni di euro alle casse statali. Il caso più eclatante riguarda le operazioni di chirurgia estetica che invece vengono spacciate per interventi su gravi patologie, spesso addirittura tumorali. Le rinoplastiche fatte passare come settoplastica sono certamente frequenti, ma c'è anche chi si è rifatto il seno, le cosce, l'addome sostenendo di essere molto malato, addirittura in pericolo di vita. Qualche settimana fa sono stati indagati il primario dell'ospedale Villa Sofia di Palermo e alcuni alti dirigenti del nosocomio proprio con l'accusa di aver falsificato le cartelle cliniche di una decina di pazienti.

Tecnica usata per ottenere illecitamente i rimborsi è anche l'attestazione di ricoveri in realtà mai avvenuti oppure gli interventi effettuati in ambulatorio per i quali si richiede invece il rimborso di day hospital. Sono *escamotage* apparentemente da poche migliaia di euro, ma moltiplicati per centinaia di migliaia di cittadini determinano un esborso spropositato.

**Farmaci e ticket sempre gratis**

Un'indagine effettuata due anni fa in Lombardia dimostrò che a Milano un cittadino su cinque non pagava il ticket pur non avendo diritto all'esonero. Alla fine ben il 20 per cento degli assistiti risultò non in regola. La maggior parte aveva contraffatto i dati dell'autocertificazioni, il resto aveva ottenuto una attestazione complacente. Il quadro fornito dagli analisti della Guardia di Finanza prova che a livello nazionale la situazione è analoga se non peggiore. Basti pensare che su 9.936 controlli effettuati, sono state trovate ben 7.972 posizioni "fuori legge" che hanno provocato un "buco" nel bilancio statale di circa un milione di euro. Vuol dire 8 su 10, quindi una percentuale clamorosa.

Ben più alto è il volume delle "uscite" causate dalla iperprescrizione di farmaci da parte dei medici di base. Storia emblematica è quella di Catania

dove si è scoperto che «la emissione di ricette è di 7 punti superiore alla media nazionale senza che questo sia supportato da un quadro epidemiologico tale da poter giustificare l'eccessivo consumo». In cima all'elenco ci sono gli inibitori di pompa, le statine e gli antidiabetici, ma sono decine e decine le confezioni acquistate con l'esonero senza che i pazienti ne avessero effettiva necessità. Nessuno eguaglia il dottore che ha prescritto 700 fiale di antibiotico alla moglie, ma a scorrere le denunce i casi eclatanti sono davvero tantissimi. Da tempo l'attività dei medici di base viene monitorata anche per quanto riguarda il numero dei "clienti". Le verifiche per tutelare il settore della spesa pubblica hanno infatti evidenziato la presenza negli elenchi di persone emigrate all'estero o decedute. Secondo il rapporto stilato dal colonnello Avitabile «è necessario stimolare ulteriormente le competenti strutture sanitarie ad avviare in modo sistematico, a livello nazionale, una opportuna opera di bonifica e aggiornamento delle liste degli assistiti con conseguente ridefinizione degli importi spettanti ai medici e il recupero delle somme già percepite senza titolo dagli stessi».

**La lungodegenza e le finte emergenze**

Il limite massimo stabilito dalla legge per la degenza parla di 60 giorni, dopo scatta la tariffa più bassa per il rimborso. Ma aggirare l'ostacolo per ospedali e cliniche convenzionate è evidentemente molto facile. Basta "frazionare" il ricovero e per il paziente a carico dello Stato la tariffa rimarrà sempre al massimo. Si tratta di un "sistema" illecito non facile da scoprire che provoca danni da milioni di euro. Prima della scadenza dei due mesi, il malato viene "dimesso" e accettato nuovamente qualche giorno dopo. In realtà in alcuni casi è accaduto che non si sia addirittura mosso dalla struttura.

Ma le vie della truffa appaiono infinite. E così ci sono anche i «finti ricoveri eseguiti in regime d'emergenza da case di cura che sulla base del Piano sanitario Regionale non risultano in realtà abilitate. Numerose degenze sono state attivate

in questo modo nonostante la clinica non fosse dotata di servizio di pronto soccorso. E nonostante la legge imponga questo tipo di reparto come condizione indispensabile per poter ricorrere a questa tipologia di ricovero».

**Macchinari e appalti truccati**

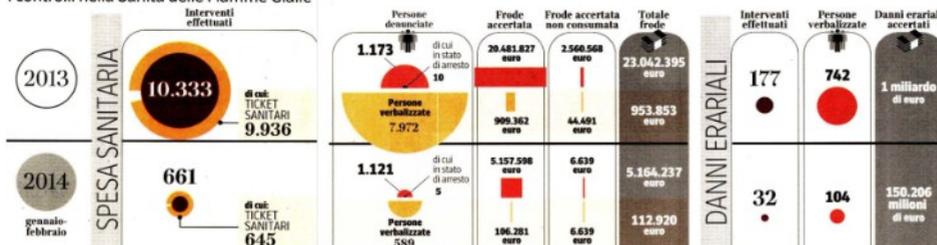
Ci sono medici che utilizzano privatamente, facendosi pagare profumate parcelle, i macchinari comprati dalle strutture pubbliche. Uno dei casi più eclatanti, con un danno che supera i 200 mila euro, è stato scoperto in Abruzzo ed è stato citato dal procuratore regionale Fausta Di Grazia nella sua relazione di apertura dell'anno giudiziario. La magistratura contabile «ha agito nei confronti di un medico, docente universitario, per aver utilizzato privatamente, per alcuni anni, attrezzature diagnostiche acquisite con fondi della Regione e da quest'ultima rese disponibili all'Università de L'Aquila. Il danno complessivo attiene ai profili strettamente patrimoniali, al disservizio arrecato all'Università e all'Asl oltre che al pregiudizio d'immagine per la risonanza mediatica avuta dalla vicenda, a seguito della quale il convenuto è stato condannato anche in sede penale».

Un capitolo che naturalmente provoca esborsi da milioni di euro è quello degli appalti pubblici. Sono decine e decine le inchieste aperte in tutta Italia, prima fra tutte spicca quella sulla Regione Lombardia con il disvelamento dell'accordo tra politica e imprenditoria. Tra i casi citati nel rapporto della Guardia di Finanza c'è quello che riguarda la Asl di Brindisi dove la Corte dei Conti ha evidenziato «l'alterazione, mediante vari e, a volte, sofisticati meccanismi fraudolenti, della libera concorrenza tra le imprese partecipanti alle gare per l'aggiudicazione dei lavori, con immediata ripercussione sull'entità della spesa sostenuta, a tutto personale vantaggio degli agenti pubblici coinvolti e delle imprese conniventi e a corrispondente grave detrimento del patrimonio pubblico, ove si consideri il cospicuo valore complessivo (circa 35 milioni di Euro) degli appalti oggetto di indagine».

**Fiorenza Sarzanini**  
fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I controlli nella Sanità delle Fiamme Gialle



# 1032

**10 mila** Gli interventi effettuati dalla Guardia di Finanza lo scorso anno sulla spesa sanitaria. I controlli si muovono sul doppio binario: all'indagine affidata ai nuclei territoriali, si affiancano i «protocolli di collaborazione con le Aziende sanitarie locali per ottenere uno scambio informativo e l'attivazione delle ispezioni»

**32** I controlli effettuati nei primi due mesi del 2014 dalla Guardia di Finanza per verificare eventuali danni erariali in materia di spesa sanitaria. Lo scorso anno gli interventi sono stati 177 e i danni accertati pari a un miliardo. Quelli accertati nei primi due mesi del 2014 ammontano a oltre 150 milioni

## Gli espedienti/1

### I referti truccati e i rimborsi più alti

Si chiamano «Raggruppamenti omogenei di diagnosi» e servono a stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul servizio sanitario nazionale. Truccando i referti e facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata o per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto sono stati drenati centinaia di milioni alle casse statali

## Gli espedienti/2

### Macchinari pubblici usati a pagamento

Ci sono medici che utilizzano privatamente laboratori, facendosi pagare profumate parcelle, i macchinari comprati dalle strutture pubbliche. Uno dei casi più eclatanti, con un danno che supera i 200 mila euro, è stato scoperto in Abruzzo ed è stato citato dal procuratore regionale Fausta Di Grazia nella sua relazione di apertura dell'anno giudiziario

## Le parole

### Danno erariale

È il danno sofferto dallo Stato o da un altro ente pubblico a causa dell'azione o dell'omissione di un soggetto che agisce per conto della pubblica amministrazione in quanto funzionario, dipendente o, comunque, inserito in un suo apparato organizzativo. Sul danno erariale giudica la Corte dei Conti.

### Patto per la salute

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il governo sta definendo il nuovo Patto con l'obiettivo di risparmiare 10 miliardi di euro in 3-4 anni, ha detto il ministro Beatrice Lorenzin.

### Costi standard

I costi standard sono un sistema di ripartizione del fondo tra le Regioni in base alle performance di tre Regioni individuate dalla conferenza Stato-Regioni. Si tratta di Emilia Romagna, Umbria e Veneto. I costi vengono stabiliti in rapporto alle risorse necessarie per i livelli essenziali di assistenza. Obiettivo: evitare che una siringa costi due centesimi in una regione e dieci in un'altra

### Spesa e Def

Nel Documento di economia e finanza appena presentato dal governo, nel periodo 2015-2018, la spesa sanitaria è prevista crescere ad un tasso medio annuo pari al 2,1%. Da 11,4 miliardi di euro nel 2014 si arriva a 121,3 miliardi nel 2018. Nello stesso periodo il peso sul Pil (Prodotto interno lordo) scende dal 7% al 6,8%.