

# Corte dei conti: “Sanità particolarmente esposta a illeciti”. Danni erariali contesati per 183mln. Ma “danni possibili” arrivano a 555mln

***Dalle consulenze illegittime, all’acquisizione illecita di beni e servizi passando per gli abusi su intramoenia ed extramoenia fino agli appalti irregolari. I giudici contabili in occasione dell’inaugurazione dell’Anno giudiziario evidenziano come il comparto “conferma la sua tendenza ad essere un ambito particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura”.***

## **LA RELAZIONE**

**10 FEB** - “Anche nel 2014 il comparto sanitario è stato fatto numerose volte oggetto dell’attività delle Sezioni giurisdizionali e degli uffici di Procura, confermando la sua tendenza ad essere un ambito particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura”. È quanto denuncia il viceprocuratore generale della Corte dei Conti, **Roberto Benedetti** nel focus sui danni erariali nella gestione della spesa sanitaria contenuto nella Relazione del procuratore generale **Salvatore Nottola**. In totale, tra citazioni, sentenze di primo grado e definitive i danni patrimoniali al comparto sanità ammontano nel 2014 a 184 mln di euro anche se la Corte segnala come “i vari reparti della Guardia di Finanza hanno accertato possibili danni per oltre 555,8 mln di euro”.

Illegittima attribuzione di incarichi di consulenza; illecita percezione di emolumenti in violazione del principio di esclusività della prestazione lavorativa a favore dell’ente pubblico; acquisizione di beni e servizi in violazione delle norme che vietano di suddividere, artificialmente, i contratti di fornitura di beni e servizi; acquisti di materiale informatico mai utilizzato; realizzazione di un reparto utilizzato solo per pochi anni, poi chiuso e successivamente demolito; vari casi di irregolari inquadramenti di personale. Queste alcune tipologie di danno rilevate e contestate dalla Corte dei conti come emerge dalla relazione del Procuratore generale Salvatore Nottola all’inaugurazione dell’anno giudiziario 2015.

Per quanto riguarda i danni erariali che hanno coinvolto la sanità. Nel 2014 sono state 74 le sentenze delle Sezioni giurisdizionali di appello (da considerarsi definitive in quanto emesse in secondo ed ultimo grado) per un importo complessivo di oltre 24 milioni di euro. Sono state inoltre emesse altre 190 sentenze di primo grado da parte delle Sezioni giurisdizionali regionali, con altrettanti risarcimenti al momento addebitati per un importo complessivo di circa 61 milioni di euro. Il dato è, tuttavia, da considerarsi provvisorio perché, pur essendo la sentenza di primo grado immediatamente esecutiva, la sua efficacia è sospesa normativamente. A queste vanno aggiunte le altrettanto rilevanti e consistenti fattispecie in attesa di essere valutate dalle Corti territoriali. Le Procure regionali hanno, infatti, attivato numerosi processi di responsabilità in materia sanitaria che sono tuttora in attesa della valutazione del giudice contabile. I danni contestati ammontano complessivamente ad oltre 99,1 milioni di euro, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali, per l’esatta quantificazione dei quali, ovviamente, si dovranno attendere le relative pronunce. In ogni caso, secondo dati

peraltro ancora non definitivi la relazione della Corte sottolinea come “nell’ambito dell’attività tesa al contrasto dei fenomeni illeciti nei vari “settori” che compongono la spesa sanitaria nazionale, i vari reparti della Guardia di Finanza hanno accertato possibili danni per oltre 555,8 mln di euro”.

#### **Giurisprudenza d'appello delle Sezioni centrali e di quella siciliana**

Sono state 74 le sentenze emesse dalle Sezioni d'appello (le tre centrali e quella siciliana) per un importo complessivo di oltre 24 milioni di euro, che sono dovuti da 100 persone fisiche. La Sezione I centrale ha pronunciato diciannove sentenze, di cui dieci di condanna, concernenti un totale di ventisette soggetti, per un importo complessivo di oltre 3,9 milioni di euro per danni erariali, di cui oltre 9 mila euro a titolo di danno all’immagine; l’importo è comprensivo del 291 recupero già effettuato di oltre 251,8 mila euro per applicazione della legge n. 266/2005, conseguente ad alcuni casi di accoglimento delle istanze per la definizione agevolata del giudizio.

Tra le varie fattispecie oggetto di pronuncia figurano, tra le altre, i danni accertati in relazione alla illegittima attribuzione di incarichi di consulenza; illecita percezione di emolumenti in violazione del principio di esclusività della prestazione lavorativa a favore dell’ente pubblico; acquisizione di beni e servizi in violazione delle norme che vietano di suddividere, artificialmente, i contratti di fornitura di beni e servizi; acquisti di materiale informatico mai utilizzato; realizzazione di un reparto utilizzato solo per pochi anni, poi chiuso e successivamente demolito; vari casi di irregolari inquadramenti di personale. Fra i casi più rilevanti, può essere evidenziato quello oggetto della sentenza n. 252/2014, relativo al rinvenimento di numerose fatture emesse dal **Centro ortopedico meridionale S.r.l.** per la fornitura di presidi ortopedici, custodite all'interno di un cassetto della scrivania già utilizzata da un dipendente della medesima azienda sanitaria, nel frattempo deceduto, che ha fatto emergere la perpetrazione, ai danni della ASL n. 4 di Cosenza, di una truffa posta in essere dal già amministratore unico del suddetto Centro ortopedico, in concorso con vari dirigenti e 292 impiegati della predetta Azienda. La Corte territoriale ha accolto (sentenza n. 42/2010) la domanda attrice nei confronti di alcuni convenuti, condannandoli in solido al pagamento di euro 134.300,00, nonché nei confronti di un altro convenuto, per una somma pari ad euro 2.102.293,38 (in totale euro 2.236.593,08), importo confermato in appello.

Anche diciannove sono state le sentenze emesse dalla Sezione II centrale, che ha reso definitivo il risarcimento di oltre 1,1 milioni di euro complessivi di danni erariali, tra i quali figurano, fra l’altro, vari casi di illegittimi affidamenti di incarichi e/o consulenze esterne; illecite liquidazioni di prestazioni sanitarie erogate in violazione dei principi statuiti in sede di programmazione e in difformità dei prefissati indici di qualità; prestazioni eseguite, illecitamente, oltre il limite costituito dalla “capacità operativa massima” (COM) che hanno comportato maggiori esborsi a carico del SSN; vari casi di irregolarità nell’inquadramento di personale; errori commessi da un medico in sala parto che ha cagionato la morte di un bimbo appena nato; l’ammanco di denaro presso la cassa di un’ASL (per oltre 182 mila euro di danno addebitato). La definizione agevolata dei giudizi ha ridotto alcuni addebiti decisi in primo grado, fissandoli ad un importo complessivo di oltre 212,5 mila euro. A sua volta, la Sezione III centrale, con le sue ventiquattro sentenze di condanna, ha reso definitivo il risarcimento di un importo complessivo di oltre 2,7 milioni di euro di danni erariali, di cui oltre 381,9 mila euro per applicazione della legge 266/2005. Tra le varie tipologie di danno erariale esaminate, si possono ricordare, fra le altre, vari casi di illeciti affidamenti di incarichi e/o consulenze esterne; omessa attuazione di campagne di screening per la diagnosi precoce di tumori femminili dovuti alla mancata utilizzazione delle apposite strumentazioni; vari casi di irregolarità nell’esercizio di attività intramoenia o extramoenia; irregolarità commessa da una banca nella tenuta della contabilità di un’ASL in provincia di Caserta; rigetto di un’istanza di revoca di una sentenza della stessa Sezione di appello per una condanna ad oltre 2,2 milioni di euro.

Tra le altre, si segnalano la sentenza n. 491/2014, che ha condannato tre convenuti al

pagamento di complessivi euro 1.800.000,00 in favore della **Croce Rossa Italiana** per il danno patrimoniale arrecatole con colpa grave, avendola obbligata contrattualmente nei confronti di due società per l'acquisizione dei servizi addizionali Rete Unitaria per la P.A. (RUPA), in difetto di copertura finanziaria, costringendola al recesso dai rispettivi contratti senza il conseguimento delle utilità previste. Completano il quadro delle pronunce definitive le nove sentenze della Sezione siciliana d'appello, confermate di condanne al risarcimento per oltre 16,2 milioni di euro, per tipologie di danno concernenti, fra l'altro, irregolari conferimenti di incarichi; illeciti nel "potenziamento" del servizio di soccorso "118"; la conferma della sentenza relativa a irregolarità nell'accreditamento di una struttura per l'erogazione di prestazioni di altissima specialità nel settore diagnostica per immagini e radioterapia oncologica, per un risarcimento determinato in oltre 15,2 milioni di euro (sentenza n. 117/2014), riguardo a tariffe non previste nel tariffario regionale. Nel periodo considerato, le sentenze di assoluzione emesse sono state complessivamente nove.

**Giurisprudenza di primo grado delle Sezioni giurisdizionali regionali.** Nel 2014 le Corti territoriali hanno emesso, complessivamente 190 sentenze relative specificatamente al settore sanitario; le condanne hanno riguardato centocinquanta soggetti persone fisiche (taluni con più condanne), oltre ad una persona giuridica, decidendo importi di condanna per più di 61 milioni di euro complessivi. La maggior parte delle sentenze concernono danni patrimoniali (oltre 60,7 milioni di euro); in via residuale le pronunce riguardanti il danno all'immagine (oltre 291 mila euro) che, come è noto, negli ultimi tempi è stato interessato da modifiche normative che hanno diminuito sensibilmente la possibilità di risarcimento e limitato l'esercizio dell'azione di responsabilità, riducendola a casi predeterminati per legge.

– **A livello territoriale, l'importo più consistente, di una singola sentenza, è stato deciso dalla Sezione Lazio con la condanna dei responsabili della Casa di Cura San Raffaele di Cassino (sentenza n. 670/2014) a risarcire oltre 41,4 milioni di euro a favore della Regione Lazio;** nella sentenza è evidenziata la circostanza che la Casa di cura, negli anni 2007 /2009, abbia percepito pagamenti di prestazioni remunerate oltre il budget regionale, ponendo in essere attività di alterazione dei dati di codifica al fine di orientare il sistema di calcolo (Grouper del RAD-R regionale) su una MDC/tariffa più remunerativa rispetto ad altre. Altre rilevanti sentenze sono state emesse dalla Sezione Puglia (la n. 664 e la n. 668 per complessivi euro 10.055.744,60); la prima sentenza deriva da indagini svolte dal Nucleo P.T. della Guardia di Finanza di Taranto su operazioni finanziarie eseguite dalla già rappresentante legale e procuratrice della "**Global by Flight s.r.l.**", che avevano dato origine anche ad un procedimento penale a carico degli amministratori della predetta società e di quelli della AUSL TA/1, i quali, in concorso fra loro, nell'intento di procurarsi un ingiusto vantaggio patrimoniale, avevano posto in essere un vero e proprio disegno criminoso, teso a sottrarre alle finanze dell'Azienda sanitaria, ingenti somme di denaro. In sostanza si trattava di tre poste del danno finanziario patito dalla Gestione Liquidatoria delle ex UU.SS.LL. della provincia di Taranto in conseguenza di pagamenti effettuati a favore della società Global by Flight (danno da risarcire euro 5.998.528,00).

– La seconda sentenza ha riguardato l'affidamento a ditte esterne, da parte della **Gestione Liquidatoria della AUSL TA/1**, del servizio di archiviazione ottica della documentazione amministrativa e di quello di archiviazione ottica delle cartelle cliniche. La spesa sopportata dall'Azienda sanitaria per tale servizio – ha sottolineato la sentenza - costituisce un danno finanziario secco per la stessa amministrazione atteso che l'attività realizzata non risponde alle regole tecnico-giuridiche, stabilite in materia di archiviazione di documenti con strumenti informatici ed in vigore all'epoca dei fatti". In realtà, dalle indagini svolte dalla Guardia di Finanza e dalle verifiche effettuate dal consulente tecnico del pubblico ministero penale, era emerso che l'attività svolta dalle società non poteva nemmeno equipararsi ad un servizio di archiviazione informatica di documenti, in quanto ci si era limitati ad effettuare una mera scannerizzazione dei documenti cartacei, con conseguente riversamento dei corrispondenti files in cd-rom di scarsa qualità, privi di adeguata indicizzazione, la cui possibilità di ricerca si affidava ad un software elementare del tutto inadatto a reperire i singoli documenti digitalizzati

(danno da risarcire euro 4.057.216,60).

Di interessante rilievo, per la particolarità della fattispecie, è anche la sentenza n. 1067/2014 della **Sezione Sicilia** per un singolare caso di danno erariale, di importo pari a 183.166,66 euro, derivante dalla condotta fraudolenta posta in essere dal convenuto, allora primario del laboratorio di analisi dell'ex Presidio Ospedaliero di Randazzo, ai danni dell'amministrazione di appartenenza, per essersi lo stesso indebitamente appropriato di strumenti diagnostici, nonché di reagenti di laboratorio, di cui aveva la disponibilità in ragione del suo ufficio, ed aver rimesso in commercio gli stessi, opportunamente rietichettati e confezionati, con l'aiuto di società compiacenti e con lo scopo di rivendere i prodotti medesimi al presidio sanitario dove lo stesso prestava servizio, per poi riappropriarsene e rimetterli in circolo di nuovo. Da detta condotta fraudolenta è derivato un danno erariale pari al valore dei prodotti acquistati, oltre al danno all'immagine della pubblica amministrazione, nonché danno da disservizio; la vicenda era stata segnalata dalla stampa locale.

Altra fattispecie di particolare contenuto è quella accaduta in **Piemonte**, dove la locale Sezione giurisdizionale ha condannato (sentenza n. 49/2014) amministratori e dirigenti di un'azienda ospedaliera al risarcimento di euro 1.618.803,00 per i danni dalla stessa subiti a seguito del decesso di alcuni pazienti causato dalla contaminazione del sistema idrico da un'infezione di legionella. Nella maggior parte delle regioni, le Corti territoriali hanno in genere emesso sentenze per danni erariali alla sanità per importi complessivamente superiori a 100 mila euro. Nel 2014, le sentenze di assoluzione emesse sono state complessivamente 76, per lo più in Lombardia ed in Sicilia.

**Citazioni delle Procure regionali in attesa di giudizio.** Altrettanto rilevanti e consistenti sono le fattispecie in attesa di essere valutate dalle Corti territoriali. Le Procure regionali hanno, infatti, attivato numerosi processi di responsabilità in materia sanitaria che sono tuttora in attesa della valutazione del giudice contabile. I danni contestati ammontano complessivamente ad oltre 99,1 milioni di euro, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali, per l'esatta quantificazione dei quali, ovviamente, si dovranno attendere le relative pronunce. Il dato comunque è da considerarsi già di per sé significativo e conferma la costante attenzione prestata dal P.M. contabile ai fenomeni di malcostume che accadono nel settore. In **Campania**, ad esempio, la Procura regionale ha contestato danni erariali per oltre 34,8 milioni di euro, di cui oltre 32,2 milioni di euro relativi ad una citazione per reati commessi da pubblici dipendenti presso l'ASL Napoli 1 Centro; analoga contestazione si è registrata nella regione **Calabria**, dove la locale Procura ha notificato citazioni per un totale di oltre 31,8 milioni di euro, di cui oltre 19,8 milioni relativi ad un contenzioso che ha visto soccombere l'Amministrazione regionale per i maggiori costi sopportati per prestazioni di elisoccorso relative a voli secondari. Altre rilevanti fattispecie in attesa di giudizio, nelle varie diverse regioni, riguardano, fra le altre, violazioni del rapporto di esclusività, truffe, errati inquadramenti del personale, danni connessi a reati penali, conferimenti di incarichi e/o consulenze, lesioni da attività sanitarie, etc.

Tra gli importi contestati nelle altre regioni, particolarmente rilevante si presenta anche un presunto danno erariale di euro 7.592.872,85, contestato dalla Procura regionale per il **Piemonte**, la quale al termine di complesse indagini, ha attivato il giudizio nei confronti di alcune società ed enti di gestione di case di cure private, che operano in regime di accreditamento con il S.S.N. - nonché, per omesso controllo, nei confronti di funzionari regionali - in relazione ad artificioso frazionamento dei ricoveri e della conseguente mancata applicazione degli abbattimenti tariffari previsti nei casi di degenze prolungate. In particolare le dimissioni dei degenti erano programmate ed effettuate con modalità tali da non consentire che le degenze superassero i 60 giorni, fatto rilevante in quanto, dopo il 60° giorno di degenza, la tariffa convenzionata giornaliera avrebbe subito un abbattimento del 40%. In sintesi, alla dimissione dei pazienti all'approssimarsi dei 60 giorni di ricovero, oltre i quali è previsto l'abbattimento della tariffa di rimborso, seguiva, nello stesso giorno o nei giorni immediatamente successivi, un nuovo ricovero presso la stessa o altra casa di cura

riconducibile allo stesso o ad altro imprenditore. Con i loro rispettivi diciassette atti di citazione, da ciascuna emessi, le Procure regionali dell'**Emilia Romagna** e della **Lombardia** (importo complessivo contestato per possibili danni alla sanità per oltre 3,1 milioni di euro), risultano essere gli uffici di P.M. contabile che si sono attivati più volte nel corso dell'anno trascorso per danni in materia sanitaria.

Tra le tipologie di maggior interesse si evidenziano, fra le altre, il danno derivante da maggiori oneri di spesa sostenuti per la realizzazione del **Nuovo Ospedale di Frosinone** (danno presunto: 5.367.134,50), il danno concernente l'indebita sottrazione di risorse pubbliche (euro 4.069.141,85) ed il danno da disservizio di euro 442.313,76 arrecato alla Azienda U.L.S.S. n. 9 di **Treviso**, dove una dipendente della citata Azienda avrebbe sottratto indebitamente, per un lasso temporale di dieci anni, ingentissime somme di denaro (4.069.141,85 euro), falsificando gli stipendi di una particolare categoria di medici della stessa Azienda sanitaria. La Procura contabile ha chiesto il risarcimento del danno a tale dipendente per dolo, nonché ai dirigenti e funzionari, in via sussidiaria, per colpa grave, posto che gli stessi dirigenti e funzionari avevano obblighi di verifica dell'attività lavorativa svolta dalla medesima dipendente. Altri rilevanti importi sono complessivamente in contestazione, oltre che nel **Piemonte e Veneto** (per oltre 8 milioni di euro ciascuno), anche in Sardegna (per oltre 7,7 milioni di euro), Lazio (6,8 milioni di euro), Toscana (2,3 milioni di euro), Emilia Romagna (oltre 1,6 milioni di euro), Lombardia (1,5 milioni di euro), Puglia e Liguria (oltre 1,3 milioni di euro). 303 Una parte significativa di tali azioni è dovuta ai rapporti delle forze dell'ordine (in primis i reparti della Guardia di finanza e dei Carabinieri), circostanza che conferma la già rilevata riluttanza delle amministrazioni danneggiate a sporgere l'obbligatoria denuncia di danno erariale, in parte sopperita dalla sinergia tra Procure regionali e forze dell'ordine. In particolare, secondo dati peraltro ancora non definitivi, nell'ambito dell'attività tesa al contrasto dei fenomeni illeciti nei vari "settori" che compongono la spesa sanitaria nazionale, i vari reparti della Guardia di Finanza hanno accertato possibili danni per oltre 555,8 milioni di euro.

**Particolarmente rilevante il dato riguardante le irregolarità negli appalti del settore sanitario** dove, a fronte di un ammontare di appalti oggetto di controllo di oltre 175,5 milioni di euro, l'importo degli appalti individuati come irregolari ha superato i 114,3 milioni di euro, con conseguente segnalazione di 129 soggetti alla competente autorità. Altro settore particolarmente monitorato è stato quello relativo alla gestione di ricoveri/prestazioni rese da parte di strutture accreditate dove la frode accertata ha superato i 74,5 milioni di euro e le persone segnalate sono state 19. Sempre rilevanti, poi, rimangono i dati relativi: all'illecita attività lavorativa extraistituzionale svolta da parte dei dipendenti del S.S.N. (la frode accertata supera i 10,3 milioni di euro ed i soggetti segnalati all'Autorità sono stati 68); all'indebita percezione di rimborsi/pagamenti da parte del S.S.N. (la frode accertata supera i 32,5 milioni di euro, i soggetti segnalati sono stati 124); all'affidamento di servizi, incarichi e consulente (frode accertata di oltre 4,3 milioni di euro e 19 soggetti segnalati); all'indebita esenzione dal pagamento del ticket (danno di oltre 1,3 milioni di euro e ben 728 soggetti denunciati); alle irregolarità nelle procedure di accreditamento (danno di oltre 592 mila euro con una persona denunciata); alle irregolarità in materia di prescrizioni mediche (48 soggetti denunciati ed un danno di oltre 6 mila euro). Altre tipologie di irregolarità, infine, hanno complessivamente determinato un danno di oltre 7,7 milioni di euro, con 66 persone segnalate all'Autorità competente.

**10 febbraio 2015**

© Riproduzione riservata

Allegati: