



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 45

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio  
sanitario nazionale**

AUDIZIONE DEI SOSTITUTI PROCURATORI DELLA  
REPUBBLICA DI MILANO, DOTTORESSA TIZIANA SICILIANO  
E DOTTORESSA GRAZIA PRADELLA E DEL SOSTITUTO  
PROCURATORE DELLA REPUBBLICA DI PERUGIA, DOTTOR  
GIUSEPPE PETRAZZINI

*(Il resoconto stenografico dell'audizione della dottoressa Siciliano e Pradella in titolo è stato desecretato ai sensi della deliberazione sulla pubblicazione degli atti della Commissione)*

47<sup>a</sup> seduta: giovedì 26 luglio 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

## I N D I C E

**Audizione dei sostituti procuratori della Repubblica di Milano, dottoressa Tiziana Siciliano e dottoressa Grazia Pradella**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8, 13 e <i>passim</i>	<i>PRADELLA</i> . . . . .	Pag. 5, 7, 11 e <i>passim</i>
ALLOCCA (RC-SE) . . . . .	8	<i>SICILIANO</i> . . . . .	4, 7, 8 e <i>passim</i>
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	6, 7, 8		
MONACELLI (UDC) . . . . .	8		

**Audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Perugia, dottor Giuseppe Petrazzini**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 14, 19, 23 e <i>passim</i>	<i>PETRAZZINI</i> . . . . .	Pag. 14, 20, 22 e <i>passim</i>
ALLOCCA (RC-SE) . . . . .	18, 24		
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	19, 22, 25		
MONACELLI (UDC) . . . . .	17		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Consumatori: Misto-Consum; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inn; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.*

*Intervengono la dottoressa Tiziana Siciliano e la dottoressa Grazia Pradella, sostituti procuratori della Repubblica di Milano, e il dottor Giuseppe Petrazzini, sostituto procuratore della Repubblica di Perugia.*

*Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, signora Maria Cosola, Luogotenente Gaetano Caggiano e Maresciallo Capo Claudio Vuolo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,05.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 25 luglio 2007 si intende approvato.

**Audizione dei sostituti procuratori della Repubblica di Milano, dottoressa Tiziana Siciliano e dottoressa Grazia Pradella**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dei sostituti procuratori della Repubblica di Milano, dottoressa Tiziana Siciliano e dottoressa Grazia Pradella, in merito alle questioni segnalate alla Commissione dalla senatrice Emprin Gilardini, già oggetto di uno scambio epistolare con l'Assessorato regionale alla sanità della regione Lombardia, in particolare con il Direttore generale. Sono pervenute inoltre alla Commissione anche alcune segnalazioni, allegate a comunicati stampa, relative agli ultimi sopralluoghi svolti di recente.

Infine, ricordo che le nostre ospiti sono invitate a riferire in merito alle truffe verificatesi ai danni del Servizio sanitario nazionale in alcune cliniche convenzionate, in cui erano state gonfiate le diagnosi di dimissione e le schede di dimissione ospedaliera, ai fini di ottenere dei *Diagnosis related groups* (DRG), cioè raggruppamenti omogenei di diagnosi, e, quindi, dei finanziamenti diversi. Questi i profili di interesse, nel massimo della sintesi. Alle vicende segnalate inizialmente dai nuclei di controllo, se ne sono aggiunte altre sulla Casa di cura San Carlo di Milano e sugli ospedali San Raffaele e San Giuseppe.

Cedo subito la parola alle nostre ospiti, che ringrazio per la loro presenza qui oggi e con le quali mi scuso per il ritardo, dovuto al protrarsi dei lavori d'Aula, con cui diamo inizio all'audizione.

*SICILIANO.* La ringrazio, Presidente.

Innanzitutto, vorrei precisare che l'unica indagine sulla quale possiamo riferire senza alcun limite è quella relativa alla Casa di cura San Carlo, perché è la sola su cui è stata esercitata l'azione penale, nel senso che gli indagati, divenuti ormai imputati, sono già a giudizio. Si tratta,

dunque, di una vicenda conclusa della quale si può parlare compiutamente: mi sembra che l'udienza preliminare sia stata fissata per ottobre.

Cercherò di spiegare in breve com'è nata la vicenda, dando per scontati i riferimenti di base, presupponendo dunque che si sappia cosa sia il sistema dei DRG e come funzioni il meccanismo dei rimborsi.

La Casa di cura San Carlo è stata la prima clinica convenzionata ad essere oggetto di attenzione da parte della procura della Repubblica e, in particolare, da parte mia: infatti, ho trattato da sola questo caso e solo in un secondo momento sono stata affiancata dalla collega Pradella.

Nel caso specifico, c'era stata una segnalazione da parte di una fonte interna: più precisamente, il primario di chirurgia generale aveva lamentato delle irregolarità alla sua direzione generale – così è emerso dagli atti – nel senso che venivano indicate patologie più gravi di quelle effettive o necessità terapeutiche maggiori rispetto a quelle realmente necessarie per quel determinato tipo di patologia. Per fare un esempio molto semplice, una banale operazione ambulatoriale di cisti veniva indicata come operazione di chirurgia profonda che necessitava ricovero; un'ernia inguinale, operazione anch'essa piuttosto banale, veniva indicata come dialisi peritoneale. Pertanto, a fronte di patologie così complesse, il rimborso era ovviamente molto più elevato.

La fonte interna – il primario – aveva segnalato che ciò si verificava sistematicamente e proprio tale sistematicità rappresenta l'aspetto più interessante. Del resto, ove si fosse trattato di fatti episodici, sarebbero stati molto più difficili da riconoscere e da indagare: si trattava, invece, di una prassi alla quale si ricorreva sistematicamente nell'intero padiglione di chirurgia, facendo lievitare, di conseguenza, i costi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Le indagini sono state svolte seguendo quello che è poi diventato un protocollo operativo ordinario, procedendo, innanzitutto, ad una valutazione basata esclusivamente su dati di carattere informatico in possesso della Regione e messi a nostra disposizione senza alcuna difficoltà. Tali dati sono stati poi interpretati da soggetti che si occupano normalmente di rimborsi ed utilizzano dunque quei codici. Trattandosi di dati di tutta evidenza per loro – con il tempo, magari, lo diventeranno anche per noi – essi sono stati in grado, semplicemente esaminando i tabulati, di rilevare da subito un'anomalia.

Quindi, una volta individuato l'elemento di criticità, anche su segnalazione interna, ad esempio del NOC (Nucleo operativo di controllo), o della ASL, si procede ad un primo raffronto di tipo informatico: si mette cioè a confronto la struttura sanitaria con altre che, in ambito regionale, hanno tipologie simili e svolgono lo stesso tipo di trattamento sanitario, per verificare come esse si attestino in ordine a quel determinato DRG e a quella determinata terapia. Se il confronto dà luogo a contrasti troppo stridenti, si passa allora a prendere in considerazione il livello di rimborsi, per controllare a quanto essi ammontino, nonché gli eventuali incrementi nel corso degli anni.

Se anche da questa seconda valutazione emerge un riscontro interessante in relazione all'ipotesi di comportamenti opportunistici da parte della struttura, a quel punto si procede ad un controllo in concreto, non su tutta la produzione della struttura, ma sul singolo DRG oggetto di contestazione. Tornando all'esempio che ho richiamato prima – quello della dialisi peritoneale – si prendono le singole cartelle cliniche che vengono affidate a gruppi di esperti, normalmente a gruppi di soggetti che sappiano trattare DRG e sappiano decodificarli, insieme a chirurghi ed esperti di settore, i quali valutano se il DRG è congruo, ragionevole e corretto: se si rileva una sistematicità nella produzione e nei comportamenti scorretti di quel reparto, noi procediamo a contestare il reato.

Questo è quanto avvenuto per la Casa di cura San Carlo: seguendo un ordine cronologico, le indagini hanno riguardato poi anche gli ospedali San Donato, San Siro, Sant'Ambrogio, Galeazzi, San Giuseppe, Pio X, Santa Rita e San Raffaele. Si tratta complessivamente di nove indagini, di cui si è conclusa soltanto quella relativa alla Casa di cura San Carlo, per la quale il 9 gennaio sono state arrestate otto persone, scarcerate dopo un mese. Il tribunale del riesame, comunque, ha confermato tutto: sotto un profilo di gravi indizi, le prime pronunce e le prime valutazioni dell'organo giudicante sono state conformi alle ipotesi accusatorie.

Il protocollo d'indagine è sostanzialmente quello descritto.

*PRADELLA.* Si è avuta una richiesta di archiviazione immediata soltanto nel caso della nuova gestione dell'ospedale San Giuseppe, da parte della società Milanocuore SPA; si tratta, però, di un caso assolutamente particolare, perché in realtà l'indagine nasceva per reati più gravi, tra cui ipotesi di concussione, a carico del professor Austoni, per questo ancora agli arresti domiciliari.

Accanto a questo filone d'indagine, si è sviluppato il settore investigativo relativo alla vecchia gestione del San Giuseppe, affidata ai frati, ad oggi ancora imputati per una serie piuttosto consistente di truffe in varie specialità. Bisogna inoltre considerare la peculiarità di ogni indagine, dal momento che in alcuni settori registriamo alcune costanti fattispecie di truffe (mi riferisco, ad esempio, a interventi di emorroidectomia), mentre in altri reparti le irregolarità variano a seconda del singolo istituto ospedaliero. Si va dalla medicina estetica applicata ai malati di HIV nella clinica San Pio X ad altri interessanti e più recenti filoni d'indagine che aprono prospettive verso altri reparti che in questo momento sono soggetti ad accertamenti da parte dei nostri consulenti tecnici.

Uno dei nostri problemi maggiori dal punto di vista investigativo è stato trovare dei consulenti, perché si tratta di indagini molto complesse per il numero stesso di cartelle da esaminare e per le competenze specifiche richieste in relazione a ciascuna patologia; inoltre, occorre trovare consulenti tecnici che siano estranei a quell'ambiente o a quella tipologia di legami molto consueti in ambito ospedaliero. Abbiamo costantemente bisogno di un numero assai elevato di tali figure di esperti. Pertanto, stavamo ipotizzando di chiedere aiuto, poiché siamo in una fase operativa

abbastanza intensa, alle scuole di specializzazione, in modo tale da formare *équipes* di consulenti composte, per ciascuna patologia, da quattro o cinque persone che esaminino in tempi brevi 1.000 o 2.000 cartelle, perché le nostre difficoltà maggiori consistono nel riuscire ad enucleare una situazione in pochi mesi. Tendenzialmente, stiamo cercando di operare valutazioni in un arco di tempo di tre mesi, salvo proroghe che devono ritenersi eccezionali proprio per il tipo di interessi toccati.

In questo ambito, la regione Lombardia ha reagito – come saprete – migliorando l'azione dei Nuclei di controllo e dei controllori, perché il precedente sistema dei controlli, purtroppo, si è rivelato insufficiente. Saprete che il controllo viene effettuato su una base di tipo statistico. La regione Lombardia ha già un campionamento del 5 per cento, quindi più elevato rispetto alle altre Regioni: malgrado ciò, i controlli si sono rivelati inefficaci. Assistiamo certamente – la mia è una valutazione positiva – ad un impegno per cambiare la tipologia dei controlli, anche sotto il profilo dei soggetti incaricati, nel tentativo di attualizzare determinate modalità di controllo che forse si sono depotenziate nel corso degli anni: per sollecitare l'attenzione pubblica, bisogna anche cambiare ambito territoriale e cliniche ospedaliere.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Innanzitutto vorrei ringraziare le dottoresse intervenute per la pazienza dimostrata, visto il ritardo nell'orario d'inizio della seduta odierna.

Sono stata io, in particolare, a sollecitare l'attenzione della Commissione su questi avvenimenti e vorrei spiegarne le motivazioni, rispetto alle quali mi pare abbiate fornito le indicazioni che desideravo. Appresi da fonti di stampa che, quando si verificarono gli episodi e furono emessi gli ordini d'arresto, era attivo in regione Lombardia un sistema di controllo informatico. Ho trovato singolare che un tale sistema non fosse attrezzato per segnalare le anomalie.

Ci avete riferito che gli elementi di criticità sarebbero stati individuati, in passato, non fruendo di un sistema di rilevazione dati, ma sulla base di segnalazioni provenienti dal territorio: questo fa pensare che ci fosse un elemento nell'organizzazione del sistema di controllo non adeguato. Era questo l'aspetto sul quale, come Commissione parlamentare d'inchiesta, ritenevo dovessimo focalizzare la nostra attenzione, dal momento che la nostra inchiesta ha ad oggetto l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario nazionale.

Al di là degli elementi che hanno rilevanza sotto il profilo penale, a noi interessa trarne indicazioni per rimuovere quegli ostacoli che impediscono l'accertamento preventivo delle anomalie. Da quanto ci avete riferito, mi è sembrato di capire che, pur essendovi un archivio informatizzato dei dati, si interviene sulla base di singole segnalazioni di anomalie. Il sistema non sarebbe quindi dotato di un programma in grado di segnalare automaticamente un *range* di scostamenti tra un singolo reparto e la media dei reparti. Mi sembra che questo sia l'aspetto più interessante in merito al quale può intervenire la nostra Commissione.

*SICILIANO.* Senatrice Emprin Gilardini, le confermo che sono necessari molti elementi d'indagine di cui può fruire la procura della Repubblica e non similmente altre strutture; è ovvio che i poteri investigativi della procura colmano le lacune, in termini investigativi, proprie di altre strutture.

È vero anche che, riflettendo su quella che potremmo definire una magagna, una serie di ipotesi di valutazione non sono state prese nella dovuta considerazione. D'altra parte, sarebbe stato molto difficile farlo senza avere la possibilità di esaminare concretamente le cartelle cliniche: è un potere proprio della procura della Repubblica (che effettua un sequestro, preleva le cartelle, le legge e valuta l'accaduto), ma non di altri organi.

Infatti, il dato statistico è significativo, ma deve essere rivestito di significati concreti. Ad esempio, possono apparirci bizzarri i medici dell'ospedale San Raffaele che per la terapia del sonno ricoverano tutti gli ammalati sistematicamente per tre giorni, mentre agli Ospedali Riuniti di Bergamo, struttura identica, ricoverano i pazienti un giorno solo. Stiamo parlando di una differenza in termini economici, per ogni ricovero, che si aggira intorno ai 1.900 euro; su una produzione annua di circa 1.000 cartelle, si tratta di cifre consistenti.

Dottor Tomassini, se prendiamo in considerazione i pochi DRG esaminati (ci siamo occupati solo di alcuni settori in cui emergevano criticità), abbiamo calcolato un danno per lo Stato intorno ai 18 milioni di euro. Sono previsioni da verificare. Non stiamo parlando di cifre modeste, ma il tutto va rivestito di significati. Nell'esaminare una cartella clinica, può succedere di scoprire che una determinata struttura sanitaria, in verità, si sia specializzata in una tipologia di patologia del sonno assolutamente peculiare e adotti terapie o accertamenti diagnostici differenti da tutti gli altri ospedali. In tal caso, la differenza di spesa è giustificata e occorre tirarsi indietro. Non discutiamo in termini di valutazione tecnica.

*PRADELLA.* Se confrontaste i dati statistici presenti inizialmente nel nostro fascicolo, potreste effettivamente chiederci – come ha detto anche la collega – come mai non ci siamo accorte di tale situazione. Assolutamente illuminante è stato, in verità, l'esame delle cartelle cliniche. Mi riferisco, ad esempio, ad alcuni interventi di tipo assolutamente ambulatoriale fatti passare, invece, come interventi in *day hospital*, per i quali abbiamo trovato cartelle cliniche significative dal punto di vista penale, perché completamente scarse, prive di qualsiasi indicazione della multidisciplinarietà e del tipo di assistenza prestata. È evidente che l'acquisizione delle cartelle cliniche presuppone un decreto di sequestro.

*EMPRIN GILARDINI (RC-SE).* Volevo rivolgere alle nostre ospiti una seconda domanda, per mettere a fuoco alcuni profili.

Sul «Corriere della Sera» del 20 luglio scorso – sempre che sia vero, perché la mia è una fonte meramente giornalistica, anche per questo dunque è molto importante quest'audizione – è stata riportata la notizia che la ASL avrebbe deciso di modificare le modalità dei controlli ispettivi, pre-

vedendo che per il futuro essi vengano effettuati senza più alcun preavviso; si è infatti parlato addirittura di un preavviso di 21 giorni. Questo aspetto mi colpisce in modo particolare per il fatto di aver lavorato in regione Lombardia e, soprattutto, di aver svolto attività ispettiva: personalmente non ho mai dato un preavviso per un'ispezione.

*SICILIANO.* Ciò accadeva perché così prevedeva la norma.

*EMPRIN GILARDINI (RC-SE).* La mia attività ispettiva non riguardava il Servizio sanitario nazionale, ma i servizi pubblici di trasporto: in ogni caso, comunque, si decideva con i dirigenti la sera prima alle 21. Poi si sa che le Regioni e gli enti pubblici sono anche palazzi di vetro!

Mi sembra si tratti, comunque, di un elemento poco coerente con un'ispezione davvero efficace: vi chiedo solo una conferma in tal senso.

*ALLOCCA (RC-SE).* Parte dei quesiti che intendevo porre si può considerare assorbita dalle domande della senatrice Emprin Gilardini.

Vorrei invece un chiarimento in ordine ad un profilo che mi sembra importante. Le rilevazioni statistiche non avevano natura neutra, ma erano finalizzate ad un controllo al quale sarebbe seguita una valutazione successiva, ove fossero risultati alcuni elementi di sospetto e di irregolarità. Per questa seconda fase, prevista o comunque immaginabile, era ipotizzato soltanto il ricorso all'autorità giudiziaria, oppure ci potevano essere altre prassi di controllo autonomo?

Vorrei capire, poi, se questi controlli, che non hanno funzionato in quest'occasione, hanno prodotto invece risultati in qualche altro caso, cioè, in particolare, se il funzionamento di questo sistema era stato già testato precedentemente e se in qualche caso ha dato dei riscontri.

*MONACELLI (UDC).* Mi associo alle domande dei colleghi.

*PRESIDENTE.* Poiché alcuni quesiti potrebbero far riferimento ad elementi di cui le nostre ospiti ora non dispongono, s'intende che esse potranno comunque trasmettere alla Commissione un'ulteriore memoria scritta ed eventuali documenti che sia possibile acquisire.

Premetto – sicuramente si sa, ma voglio ripeterlo – che compito di una Commissione d'inchiesta, nonostante abbia poteri investigativi analoghi a quelli della magistratura, non è di occuparsi di singole situazioni e di casi particolari ed individuali, ma di seguire, piuttosto, situazioni che costituiscano patologie di una realtà nazionale da verificare ovunque. In tale prospettiva abbiamo ritenuto particolarmente importanti le indagini avviate a Milano e a Perugia: queste ultime saranno oggetto della seconda audizione prevista per oggi.

Sono stati elencati nove istituti milanesi, gran parte dei quali – lo dico per i colleghi che non conoscono a fondo la situazione della Lombardia – deriva dal privato o dal privato accreditato e di diversa origine (istituti religiosi, fondazioni, proprietà private *tout court*); non mi pare che ci

siano, invece, enti pubblici. Vorrei sapere, in proposito, se si è pensato di condurre un'analoga indagine anche negli istituti pubblici, cioè negli ospedali a diretta gestione pubblica.

La dottoressa Siciliano ha parlato di controlli nelle altre Regioni, assimilandoli a quelli svolti in Lombardia. In verità, il sistema di campionatura del NOC usato in Lombardia è abbastanza originale, non ne esiste, cioè, altro analogo; anzi, ci sono Regioni che sono sprovviste di qualunque controllo, sia per il pubblico che per il privato.

È quindi indubbiamente molto importante valutare gli elementi positivi e negativi di un'analisi a campione, come si suol dire, con tutti gli errori che ne conseguono, ma d'altra parte occorre anche tener conto di cosa potrebbe accadere nelle Regioni non sottoposte ad alcun tipo di controllo. Da tempo sostengo che sarebbe molto importante prevedere nel nostro Paese forme di controllo addirittura sovraregionale, da affidare a soggetti terzi rispetto alle parti in causa, che permettano di verificare la situazione reale della domanda rispetto alle possibilità di offerta e così via.

L'altro profilo che mi preme sottolineare riguarda alcune questioni relative all'analisi dei DRG, di cui avete parlato: volevo sapere se quest'analisi è stata incrociata con il meccanismo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che non sempre viene collegato ai DRG e questo è un problema. Voglio solo ricordare ai colleghi – penso che i magistrati lo sappiano molto bene – che il sistema dei DRG è stato ereditato dall'estero, dove si configurava come un metro di valutazione nella contrattazione tra le parti. In Italia esso è stato invece immediatamente impiegato come strumento remunerativo, anche se incompleto, considerato che, sotto il profilo informatico, il *grouper* iniziale per l'attivazione dei DRG aveva, purtroppo, solo quattro canali, per cui dal quinto canale in poi non era configurabile. Questo conduce purtroppo ad uno di quei sistemi in cui l'esemplificazione necessaria di tipo informatico rende molto poco precisa quella analitica nel merito, per cui riesce veramente difficile definire le possibili complicazioni.

Intendo sostenere che in molti casi l'illecito può essere stato compiuto con assoluta premeditazione, mentre a volte in maniera del tutto preterintenzionale: questo si registra anche per quanto riguarda la problematica del rapporto tra assistenza ambulatoriale e in *day hospital*. In qualche caso tale problema è passato attraverso situazioni contingenti, anche se c'è una differenza, non sempre a favore dell'uno o dell'altro, sotto il profilo della remunerazione; pur apparendo infatti intuitivo che il *day hospital* abbia un costo e dunque una remunerazione maggiore rispetto all'attività ambulatoriale, non sempre è così. Qualche volta questo passaggio è stato determinato, per esempio, dalla temporanea chiusura del reparto, durante l'estate o il periodo feriale: non mi sto riferendo ai casi da voi richiamati, che non conosco, ma alla mia esperienza precedente.

Poi, da ultimo, un'osservazione con riferimento all'acquisizione di documenti. Sarebbe molto interessante per la Commissione conoscere le persone coinvolte nell'illecito, non tanto con riferimento alle generalità

quanto alle figure professionali interessate, per verificare se alcune attività risultano più coinvolte rispetto ad altre.

Inoltre, ove possibile, si vorrebbe poter valutare quale forma di intervento ricorra più facilmente, considerato che in questa sede sono state fatte alcune ipotesi, magari nell'ambito della chirurgia ambulatoriale oculistica, oppure delle prove broncospirometriche, o ancora delle indagini endoscopiche. Prima ho parlato di differenze tra livelli essenziali di assistenza e DRG perché anche in questo caso non sempre i DRG sono stati proporzionati.

Infine, non c'è dubbio che, con riferimento agli Istituti di ricerca clinica a carattere scientifico, vada addirittura considerata una componente retributiva in più, che complica ulteriormente il quadro.

*SICILIANO.* Signor Presidente, lei ha messo a fuoco molti elementi. Intanto rispondo alla questione relativa ai DRG e ai LEA. Ci siamo trovati ad affrontare tale questione con riferimento alle operazioni di chirurgia estetica o plastica. È noto che in base ai livelli essenziali di assistenza le operazioni di chirurgia estetica sono consentite, ma solo se in conseguenza di incidente, malattia o comunque di patologie congenite. Si potrebbe pensare che in questo caso non vi siano dubbi.

Rispetto ai DRG la prima domanda cui rispondere è se il Servizio sanitario nazionale passi una certa prestazione o no. Anche rispetto ad un'opzione così semplice in alcuni casi si è determinata una situazione interpretabile a tutti gli effetti come una truffa ai danni dell'ente pubblico.

Ad esempio, nel caso dell'infezione da HIV, una malattia certamente molto grave, viene assicurata una particolare attenzione da parte dello Stato. Si prevedono cure specifiche, terapie e livelli di attenzione terapeutica particolari. Ora, è noto che l'Organizzazione mondiale della sanità ormai ritiene che la patologia da HIV sia da considerare cronica e non acuta. In un recente convegno al quale ho partecipato, il professor Moroni dava delle spiegazioni molto rassicuranti per la collettività. Se un malato che risulta sieropositivo deve sottoporsi ad una colicistectomia; l'intervento non richiede procedure particolari, a meno di complicanze particolari legate alla malattia. Certo, il chirurgo deve porre particolare attenzione nel seguire le procedure previste per le infezioni da HIV, quali l'utilizzo del doppio guanto, ma non c'è nulla che imponga un processo terapeutico a carico del malato tale da implicare rimborsi pesantemente maggiorati.

In ogni caso, il sistema dei DRG è particolarmente complesso. Coloro che conoscono perfettamente la materia sanno bene che si sviluppa attraverso una differente appostazione di diagnosi principale e secondaria. La diagnosi principale è quella che dà poi luogo al trattamento terapeutico e susseguente rimborso. Le diagnosi secondarie svolgono invece una funzione di correlazione, per cui è fondamentale individuare in primo luogo per quale malattia o disturbo si sta curando un malato. Se con riferimento alla diagnosi principale si indica che si sta curando un paziente rispetto all'infezione HIV, è ovvio che si suppone che lo Stato *a priori* abbia messo a disposizione enormi fondi per una malattia di estrema gravità.

Se nella diagnosi principale si fa riferimento invece a calcoli alla cistifellea, tanto per fare un esempio, e la presenza dell'infezione HIV risulta soltanto nelle diagnosi secondarie, che non ineriscono alla tipologia di prestazione terapeutica che si sta offrendo al malato, è ovvio che la situazione diventa del tutto differente. Si è verificato che un trattamento che sarebbe pagato dallo Stato 300 euro venga rimborsato 12.000 euro: in questo caso la differenza è macroscopica.

Alcune strutture sanitarie, nel somministrare ai pazienti specifici farmaci antiretrovirali, che determinano quale effetto secondario della terapia una vera e propria scarnificazione del viso – che evidentemente può determinare seri problemi psicologici – li sottopongono anche ad una sorta di trattamento estetico consistente nell'innesto di sostanze capaci di gonfiare le gote, la qual cosa non rientrerebbe nei LEA. Siccome ciò è una conseguenza dell'infezione HIV, tali sostanze vengono fornite dal Servizio sanitario nazionale; si tratta in genere di innesti di acido polilattico.

In buona sostanza, il malato si sottopone ad una serie di trattamenti ripetuti. I pazienti vengono chiamati a gruppi di 30 ed entrano duo o tre alla volta in ambulatorio, viene fatta loro un'iniezione sottocutanea, viene massaggiata la parte interessata e infine il paziente viene dimesso. Nonostante non sia un trattamento di grande rilevanza, il cui costo in genere si aggira intorno ai 300 euro, in alcuni casi ha dato luogo a rimborsi assolutamente sproporzionati, anche per migliaia di euro, proprio perché la diagnosi principale era legata all'infezione HIV.

*PRADELLA.* Per rispondere alla sua domanda, è chiaro che in questo caso, accanto alla lettura della cartella clinica, interviene una tecnica investigativa più propriamente tradizionale. I dati comparativi che ci giungono dalla Regione andranno comunque confrontati con quanto potranno riferire i pazienti interessati. Certe situazioni, infatti, non possono che emergere dall'audizione diretta dell'interessato. Ad esempio, la prova della contemporanea presenza di 30 persone in ambulatorio per un trattamento della durata di dieci minuti può essere evidentemente fornita solo dagli interessati.

Per rispondere alla sua domanda precedente, signor Presidente, il secondo livello di controllo al quale si fa riferimento non è il controllo amministrativo; piuttosto si interviene a livello investigativo attraverso il sequestro delle cartelle. Siamo stati noi ad attivare controlli comparati rispetto ad alcuni dati forniti dalla Regione. In base ad essi abbiamo attivato anche delle tecniche investigative tradizionali. Da un esame complessivo e da un collegamento logico dei vari dati disponibili si è riusciti ad enucleare alcune situazioni.

Per rispondere invece alla sua domanda su come si valutano dal punto di vista investigativo i DRG, i risultati, cristallizzati in provvedimenti definitivi o parzialmente tali, allo stato escludono elementi di dubbio. Laddove l'interpretazione dei DRG diventa troppo complicata sotto il profilo tecnico-scientifico – e dunque potrebbe dare adito nel prosieguo delle investigazioni a dispute fra consulenti per capire se una patologia

vada inserita in un DRG o in un altro – abbiamo lasciato perdere. Si è preferito tentare di tipizzare i casi più clamorosi e che da un punto di vista numerico si ripetono più di frequente, sia nelle singole strutture, sia nei vari ospedali, per riuscire a dare concretezza ad un discorso penalmente rilevante. Sotto il profilo amministrativo si può dare un contributo, ma non è certamente il nostro primo obiettivo.

*SICILIANO.* I meccanismi di controllo avevano destato qualche perplessità in noi, come del resto è accaduto anche per la regione Lombardia, che nel maggio di quest'anno ha emanato un provvedimento modificativo. Per quanto concerne il tipo di controllo, con la creazione dei DRG furono istituiti i NOC, nuclei di controllo composti da operatori sanitari di provata esperienza che effettuavano l'ispezione sulle strutture sanitarie, al fine di valutare l'adeguatezza e la congruità dei DRG applicati, verificando, quindi, che il DRG fosse corretto e che i giorni di ricovero rientrassero nella logica dei protocolli scientifici accettati.

Il sistema adottato, in una logica da pubblico ministero, appare ancora più stridente e svuotato di significato. In primo luogo, era dato preannuncio dell'ispezione: è pur vero che non si trattava di una perquisizione (non l'annuncerei mai ad un eventuale perquisito), ma erano dati addirittura 15 giorni di preavviso ed erano indicate le cartelle che sarebbero state esaminate. Quando interrogai gli addetti al controllo in merito al preavviso e all'indicazione delle cartelle, mi spiegano che era per evitare che l'ospedale ci impiegasse troppo tempo a consegnare loro le cartelle cliniche; al contrario, in tal modo, le cartelle sarebbero state immediatamente a disposizione e i NOC le avrebbero esaminate rapidamente. Tuttavia, la nostra doglianza è stata raccolta.

*PRADELLA.* Oltretutto, erano sempre gli stessi NOC.

*SICILIANO.* Si creavano strane *liaison* tra controllori e controllati; ad esempio, il NOC che ispezionava l'istituto clinico San Siro era sempre lo stesso. Questo non va bene, perché l'effetto sorpresa è anche generato da cambiamenti nella metodologia dell'indagine, se il controllo vuole essere adeguato.

La regione Lombardia aveva mostrato anche una maggiore attenzione al problema: mentre nelle altre Regioni italiane in cui si effettuavano i controlli era preso a campione solo il 2 per cento della produzione, la regione Lombardia si era invece orientata sul 5 per cento di campionamento.

I controlli erano di due tipi: mirati e casuali. I primi, dal punto di vista dell'efficacia nell'individuazione di un'irregolarità, si rivelavano totalmente inutili, dal momento che servivano esclusivamente a fornire indicazioni sul contenuto delle cartelle, ma non a rilevare eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti deputati alla redazione delle richieste di rimborso. I controlli casuali, invece, avevano una loro efficacia (nel 2003, inoltre, era stata introdotta la possibilità di sanzione amministrativa della struttura), ma la percentuale di rilevazioni era troppo

bassa; infatti, un controllo casuale su un'intera produzione faceva emergere alcune irregolarità, che però si dimostravano rilevanti solo se ripetute. Ci si poteva accorgere di una lisi di aderenze peritoneali che era, in realtà, una banale ernia inguinale, ma un singolo caso non è rilevante: indica semplicemente che il medico ha sbagliato la codifica. Bisogna verificare invece se una codifica sbagliata non nasconda un comportamento ripetuto nel tempo che dia luogo a perpetrations di illecito che possiamo considerare sistematiche, e quindi dolose. Il concetto basilare è che l'errore nella codifica sia doloso e non colposo: tutti possono sbagliare.

*PRADELLA.* Bisogna anche dire – è un dato che, sotto un certo profilo, ci ha tranquillizzato e incoraggiato – che recentemente tutti gli indici di criticità che abbiamo rilevato sono stati confermati dai NOC. I Nuclei di controllo hanno grosso modo rilevato le stesse anomalie che avevamo precedentemente rilevato sulle medesime patologie: quindi, rispetto ad alcune cliniche, i dati che abbiamo a disposizione sinora e che ci sono stati forniti dai controllori pubblici ci hanno incoraggiato anche sotto il profilo squisitamente tecnico-medico, quello a noi più estraneo.

*SICILIANO.* Abbiamo avuto un confronto anche con i funzionari e i medici di riferimento della ASL di Milano. Ci è stato comunicato che l'anno finanziario si è chiuso il 31 dicembre 2006 e che le strutture sanitarie hanno avuto tempo fino al 28 di febbraio del 2007 per modificare le richieste di rimborso. Quindi, possiamo esaminare il comportamento delle strutture solo fino al 31 dicembre del 2006. Per quanto riguarda il 2007, i controlli di carattere amministrativo non sono ancora possibili e non siamo in grado di compiere delle valutazioni.

Sulla produzione del 2007, l'ASL di Milano è andata a verificare le tipologie da noi individuate come oggetto di reato e l'attuale capo dei NOC ha confermato le nostre tesi.

*PRESIDENTE.* Vorrei ribadire la mia domanda: avete intenzione di avviare un'indagine comparativa anche sugli istituti a diretta gestione pubblica?

*PRADELLA.* Premesso che la situazione delle cliniche e degli ospedali convenzionati a Milano è una realtà importantissima, le nostre energie in questo momento, per una questione di tipo pratico, sono rivolte alle cliniche convenzionate. Abbiamo dei profili di interesse anche nella struttura pubblica, ma siamo veramente molto cauti, proprio perché in questo momento preferiamo aprire e chiudere le indagini per settori, altrimenti esse diventano enormi ed è difficile gestirle contemporaneamente.

*PRESIDENTE.* Ringrazio i magistrati intervenuti per le esaurienti indicazioni che ci hanno fornito, invitandoli a rendersi disponibili qualora la nostra Commissione avesse nuovamente bisogno del loro contributo per approfondire le fattispecie oggi esaminate.

**Audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Perugia, dottor Giuseppe Petrazzini**

PRESIDENTE. È ora prevista l'audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Perugia, dottor Giuseppe Petrazzini, che ringrazio per essere oggi qui presente e con il quale ci scusiamo per il ritardo, dovuto al protrarsi dell'attività dell'Aula, con cui diamo inizio all'audizione.

La nostra Commissione d'inchiesta ha sollecitato la presente audizione in seguito ai gravi fatti di assenteismo, di cui ha dato notizia la stampa, riscontrati presso l'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. In particolare, vorremmo sapere se il fenomeno abbia inciso anche sull'efficienza e l'efficacia della struttura, in ordine a turni non perfettamente guarniti, ovvero alla possibilità che taluni dipendenti siano stati sottoposti a particolari sovrattorni per coprire le suddette assenze.

*PETRAZZINI.* Signor Presidente voglio innanzitutto fare una premessa. Nell'Azienda ospedaliera di Perugia, struttura estremamente complessa, operano circa 3.000 addetti. Allo stato attuale è principalmente attiva su due realtà territoriali distinte, l'ex policlinico universitario di Monteluce e l'ospedale Silvestrini, oggi denominato Santa Maria della Misericordia, in località San Sisto, vicino Perugia.

La complessità di questa struttura determina una serie di prestazioni estremamente variegata e differenziata fra loro, con migliaia di professionisti impegnati nei campi più disparati. Ciò significa che l'ospedale, come è facile intuire, non si limita soltanto ai ricoveri, ma svolge anche altre attività, come nel caso delle prestazioni ambulatoriali in *day hospital*, che si sviluppano secondo modalità operative estremamente diverse.

Passo ora ad una brevissima premessa della genesi di quest'indagine e ai suoi risultati, per poi rispondere al principale quesito di come questo fenomeno abbia inciso sull'efficienza del servizio.

L'indagine nasce per caso l'estate scorsa, a fronte di una segnalazione relativa ad una caposala addetta alle sale operatorie di chirurgia generale, chirurgia generale d'urgenza e chirurgia toracica. Vengono attivati alcuni sistemi di indagine, tra cui il monitoraggio mediante telecamera dei lettori marcatempo dell'ospedale Silvestrini.

Quest'indagine, che si è protratta per 30 giorni, si basa su riprese video effettuate in particolari orari, che corrispondono in sostanza a quelli in cui la persona in questione svolgeva di solito la propria attività lavorativa. La maggiore difficoltà, tenuto conto che sarebbe stato troppo complicato assicurare una trasmissione delle immagini a distanza, era legata alla continua sostituzione dei nastri utilizzati per le riprese. Si tenga conto che l'ospedale è aperto 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno e che le telecamere erano collocate in punti strategici di difficile accesso. Per riprendere un mese scarso di attività lavorativa, esclusi il sabato e la domenica, gli incaricati del NAS hanno dovuto fare i salti mortali per non destare sospetti.

In aggiunta a questa attività, si è proceduto anche ad intercettazioni telefoniche perché, essendo il soggetto che andava a timbrare il cartellino per la persona controllata estraneo all'amministrazione ospedaliera, e purtroppo appartenente alle forze dell'ordine, non si riusciva a capire cosa potesse spingerlo ad un simile comportamento. Attraverso questa duplice attività è stato possibile comprendere i tempi in cui il soggetto si assentava dal lavoro, malgrado risultasse presente, ed arrivare poi ad una prima ordinanza restrittiva.

Conclusa questa fase iniziale, a seguito della quale era emerso materiale di notevole interesse, si è deciso di sottoporre quelle immagini al vaglio di persone che potessero confermare se coloro che timbravano negli orari considerati fossero gli effettivi titolari del cartellino. Quest'attività è risultata molto complessa perché ha reso necessario procedere per alcuni mesi ad un monitoraggio, sia da parte di personale dei carabinieri che interno all'ospedale, ai fini di un riconoscimento di tutti coloro che transitavano quotidianamente, due volte al giorno, per l'ospedale. Al termine di quest'attività di verifica sono state individuate circa 50 persone che si facevano timbrare il cartellino da altri.

Successivamente si è cercato di verificare se la misura cautelare posta in essere avesse agito da deterrente nei confronti delle persone che erano risultate coinvolte a seguito del monitoraggio. Pertanto, nel mese di marzo scorso sono state nuovamente posizionate le telecamere e per due settimane si è proceduto ad una nuova verifica. Di fatto, una decina delle persone interessate continuava a comportarsi in modo analogo. Siamo dunque intervenuti contro costoro, per poi perseguire a piede libero tutti gli altri.

Le unità di personale, circa 50-60 persone, che a mio avviso hanno svolto in maniera non concreta la propria prestazione di lavoro, o quanto meno non per tutto l'orario indicato, appartengono alle più disparate categorie. Mi sono premurato di fare un breve elenco da cui risultano interessati cinque medici, tre o quattro amministrativi, una decina di infermieri, un paio di caposala, alcuni tecnici, alcuni operatori tecnici addetti all'assistenza (i cosiddetti OTA), in rappresentanza, quindi, di quasi tutte le categorie.

Per quanto fino ad ora accertato, ritengo che nel merito si possano escludere da queste condotte i soggetti impegnati in turni di lavoro presso sale operatorie e reparti di degenza. In quei casi, infatti, il personale che non si presenta creerebbe un disservizio troppo palese per non essere stigmatizzato. Se, ad esempio, un ferrista non si presentasse in sala operatoria, l'intervento previsto rischierebbe di non avere più luogo e quindi la gravità del disservizio sarebbe talmente evidente da doversi immediatamente aprire una procedura nei confronti dell'inadempiente.

Tornando al discorso originario di un'Azienda ospedaliera che offre una serie di prestazioni, senza contestualmente prevedere un livello di turnazioni stringente, è ovvio che si possono creare e ravvisare degli spazi in cui l'attività lavorativa non è sottoposta ad un rigoroso controllo, né del pubblico, né del personale sovraordinato. Se si parte dal presupposto che l'Azienda paga i suoi dipendenti per un lavoro da svolgere in certi

giorni e in certi orari, il fatto che costoro non si presentino al lavoro, oppure lo facciano in orari diversi da quelli stabiliti, determinerà certamente un danno. Se così non fosse l'Azienda potrebbe risparmiare riducendo gli orari o diminuendo il personale.

Al di là di questa mia valutazione, che si basa solo sulla logica, fino ad oggi non si può in alcun modo affermare che il comportamento di questi signori abbia dato luogo ad un preciso disservizio; di ciò non si hanno elementi. Si precisa solo che il caposala ha un compito di coordinamento e di sorveglianza, in rapporto al quale bisogna stabilire cosa accade se non si presenta.

Un piccolo aneddoto: da intercettazioni telefoniche risulta che la prima caposala aveva autorizzato un infermiere ad assentarsi dal lavoro prima del termine per andarle a cogliere dei funghi, facendo poi risultare, sulla base di un tabulato di presenza manoscritto – forse uno degli aspetti più preoccupanti – che la persona in questione usciva regolarmente. Il giorno dopo l'infermiere richiama la caposala e le dice di non aver trovato i funghi richiesti e lei gli risponde di portarglieli comunque. Quali compiti doveva svolgere in ospedale quell'infermiere nelle ore in cui si è assentato? Mi auguro solo che non abbia causato un danno diretto a qualcuno, ma certo doveva pur svolgere una qualche attività, altrimenti ne deriverebbe che si pagano le persone senza motivo.

L'indagine parte dai cartellini marcatempo timbrati da persone diverse dai legittimi proprietari. Quest'attività è riscontrabile solo incrociando il dato della verifica visiva di colui che materialmente ha timbrato in quel momento con le generalità di colui che risulta da quella timbratura. In un caso era il marito che, entrando, timbrava per sé e per la moglie, che viceversa non compare da nessuna parte; in un altro risultavano persone che timbravano per sé presso un certo lettore e ad un certo piano e poi andavano a timbrare per un altro alcuni minuti dopo presso un altro lettore sito in un piano diverso. In quel caso è dunque importante fare un raffronto incrociato.

Sono però stati messi in atto altri sistemi, a mio avviso più raffinati, nel senso che consentono minori possibilità di controllo: i cosiddetti fogli giustificativi. Accade cioè che il dipendente, con una scusa qualsiasi, spesso affermando di aver dimenticato il *badge* a casa, non timbri, riempiendo un modulo cartaceo che deve poi essere sottoscritto dal dirigente: il responsabile di settore, dunque, dovrebbe attestare l'orario di entrata e di uscita (o anche di sola entrata o di sola uscita) di quel dipendente. La normativa ospedaliera al riguardo è, tuttavia, molto lacunosa.

Il sovraordinato, ovviamente, non può che fidarsi, non avendo del resto alcuna possibilità di attestare che quella persona è entrata magari due ore prima di lui, autorizzato, invece, ad entrare alle nove o senza alcun obbligo di orario; lo stesso vale per l'uscita. Si tratta di un problema che rimane insolubile. Infatti, se è vero che la normativa impone l'eccezionalità di questo comportamento (dovrebbe entrare in vigore tra una settimana un nuovo regolamento che parla di un massimo di tre fogli giustificativi al mese), l'eccezionalità tuttavia è nulla perché, purtroppo, ab-

biamo riscontrato che alcuni dipendenti lo hanno fatto dieci volte al mese, per nove mesi di fila. Questo sicuramente non vuol dire che non erano presenti al lavoro, non possiamo saperlo, ma senz'altro manca un controllo al riguardo.

Un ultimo profilo che vorrei richiamare si riferisce ad un aspetto propriamente giuridico che riveste, tuttavia, un'importanza fondamentale. La Corte di cassazione, con una recente sentenza delle sezioni unite, ha affermato che in materia ospedaliera chi timbra per un altro non commette un falso in atto pubblico, perché vige un contratto di tipo privatistico. Questo significa che se qualcuno timbra per un altro commette semplicemente un illecito disciplinare che può essere o meno sanzionato dall'Azienda, che non ha alcuna possibilità di sapere se qualcuno ha timbrato per un altro finché non viene dimostrato dalla magistratura.

La Cassazione ha affermato, però, che se dalla timbratura fatta da qualcuno per un altro deriva un'attestazione che poi l'amministrazione utilizza in un proprio provvedimento, allora il falso in atto pubblico è configurabile per induzione in errore. Se cioè, facendo fede l'attestazione del cartellino, l'ente pubblico – diciamo così, anche se si tratta di un'Azienda – sostiene in un proprio provvedimento che quel dipendente era presente in quel giorno al lavoro o che tutti gli impiegati hanno svolto un certo monte ore, afferma il falso incolpevolmente, perché è stato indotto in errore dalla timbratura. In questo caso la difficoltà sta nel fatto che non basta provare che qualcuno abbia timbrato per un altro; diventa indispensabile dimostrare che l'altro non era al lavoro. La prima reazione, infatti, è di negare l'addebito, affermando che magari si era in bagno o ci si era dimenticati di timbrare, per cui si è chiesto al collega di timbrare il proprio cartellino. Possiamo essere certi che si troveranno testimoni a iosa disposti a confermare simili versioni!

È stato allora necessario, ove possibile, cercare preventivamente di dimostrare che quel tal signore non era presente sul luogo di lavoro in quel momento: in certi casi ci si è riusciti, in altri speriamo di riuscirci. Dunque, finché non ci sarà, almeno dal punto di vista del *badge*, una normativa stringente e sanzionata sul punto, ci troveremo nella condizione di dover fare i salti mortali per provare tutto ciò che può essere provato per superare le difficoltà.

Sono a vostra disposizione per eventuali chiarimenti.

MONACELLI (*UDC*). La ringrazio per quanto ci ha voluto cortesemente riferire. Sono diverse le questioni che vorrei affrontare e sulle quali vorrei richiamare l'attenzione.

Come lei ci ha detto, e come abbiamo appreso anche dalle cronache dei giornali locali, quest'indagine non è iniziata in questi mesi, ma un anno fa, con l'episodio, che tutti ricordiamo, della caposala di chirurgia indagata non solo per questioni legate a fenomeni di assenteismo, ma anche all'acquisto di farmaci.

Sono stati attivati alcuni controlli, come lei ci ha riferito, ripresi nuovamente da marzo, che hanno evidenziato un fenomeno non circoscritto ad uno o due soggetti, che su 3.000 addetti potrebbero anche starci, ma più generalizzato ed esteso: ad oggi sono circa 50 le persone direttamente coinvolte. Si può quindi parlare di un atteggiamento che portava a non ritenere totalmente illecito questo modo di procedere, ma che esso fosse in qualche modo normale e potesse rappresentare una modalità ordinaria per affrontare e gestire il proprio lavoro.

Mi chiedo, dunque, che tipo di controllo è stato attivato dalla ASL da un anno a questa parte, cioè da quando è partita l'indagine, fino alla recente emersione in questi giorni di fatti ancora più gravi rispetto a quello precedentemente descritto. In che modo l'Azienda ha cercato di conoscere la realtà esistente al proprio interno, anche per verificare quanto fosse esteso il fenomeno dell'assenteismo legato alle varie figure professionali? Occorre capire se e che tipo di provvedimenti sono stati adottati.

Vorrei sapere anche se, nel corso dell'inchiesta e degli interrogatori che lei ha condotto, le è sembrato di rilevare eventuali pressioni o macchinazioni, perché nella fantasia popolare scattano poi anche motivazioni di questo tipo: c'è, ad esempio, chi riconduce il tutto ad una sorta di vendetta interna, maturata all'interno del reparto di cardiocirurgia, per episodi anche drammatici di qualche tempo fa emersi successivamente; c'è invece chi parla di pressioni da parte di qualche dirigente, che avrebbe suggerito alle persone da interrogare, o che lo sono state, di dire o omettere alcune cose, forzando un certo tipo di interpretazione.

Contestualmente a tale inchiesta, sempre sulla cronaca regionale, ne è apparsa un'altra che in qualche modo interessa questa Commissione: mi riferisco alla cosiddetta «dirottopoli». Nel sistema sanitario umbro, cioè, fondamentalmente di stampo pubblico, per cui non esiste un privato o un privato convenzionato, come abbiamo visto invece poco fa per la Lombardia, è emerso che alcuni pazienti sono stati in qualche modo indirizzati – usiamo questo termine molto blando – verso strutture private, sostenendo magari che non si poteva garantire all'interno del pubblico una continuità assistenziale o che c'erano liste d'attesa particolarmente lunghe. Le chiedo se la vicenda «dirottopoli», che si innesta sulla questione del tipo di sanità, della prestazione sanitaria e del modello qualitativo, risulti circoscritta ad alcune prestazioni e specialità sanitarie, oppure se si tratti di un fenomeno più esteso rispetto a quello che è stato circoscritto.

ALLOCCA (*RC-SE*). Credo sia importante quantificare il fenomeno e definirne la natura, partendo da quanto ci è stato riferito dal dottor Petrazzini.

Il coinvolgimento di un incerto numero di dipendenti non fornisce la dimensione reale del problema. Bisognerebbe invece capire, innanzitutto, se tale comportamento corrisponda o meno ad una pratica diffusa ed abitudinaria e ad una volontà truffaldina, per cui si mira a lavorare meno pur riscuotendo i medesimi compensi, o se non si tratti piuttosto di una modalità di procedere in alcune situazioni specifiche per cui, una volta si la-

vora di più e la volta successiva si esce prima, utilizzando il metodo dell'omessa timbratura.

Sarebbe dunque davvero necessario quantificare il fenomeno, per poi rapportarlo al senso della nostra indagine: si tratta di un fenomeno che ha inficiato ed inficia l'efficienza e l'efficacia del servizio, o si tratta invece di una forma patologica limitata, da perseguire, ma all'interno di un ambito di comportamenti tutto sommato fisiologici? Tali elementi quantitativi sono necessari a definire la dimensione reale del problema.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Ringrazio il dottor Petrazzini per il suo contributo, oltre che per la pazienza che ha dimostrato oggi.

Al di là dell'indagine che si sta conducendo, che avrà il suo percorso ed il suo esito anche sotto il profilo delle eventuali responsabilità, sono state segnalate, in relazione ai sistemi di controllo, delle difficoltà di rilevazione dei comportamenti, collegate anche, come è stato ricordato, alle sentenze della Corte di cassazione e alla necessità di dimostrare l'induzione in errore. Capisco, dunque, che il discorso si complica e capisco benissimo la difficoltà dell'indagine.

Vorrei capire un dato, perché penso che investa direttamente la nostra Commissione. Lei ci ha segnalato come la normativa ospedaliera sia lacunosa in ordine al controllo e come alcuni protocolli per correggerla siano già stati adottati. Le domando se vi siano stati riscontri su altre più efficaci modalità di controllo, perché, in effetti, il fenomeno della dimenticanza del *badge* e della relativa sostituzione con il cartaceo e, quindi, della segnalazione sulla base del cartaceo a firma del responsabile, credo sia una procedura molto diffusa, non solo nella realtà ospedaliera: è la procedura *standard* nella gestione delle timbrature. Interessa alla nostra Commissione capire se lei sia venuto a conoscenza nel corso dell'indagine di altre più incisive modalità di controllo che siano state adottate, nel frattempo, dall'Azienda stessa.

PRESIDENTE. Dottor Petrazzini, vorrei rivolgerle anch'io alcune domande. Premetto, a proposito di alcuni illeciti che ha descritto, che è assolutamente sbagliato stabilire una gradualità: un illecito è tale e non vi può essere gradualità.

Debbo aggiungere, come riflessione personale, che nutro una certa diffidenza per il metodo della registrazione marcatempo – così come lei l'ha descritta – che è stato adottato dalle Aziende ospedaliere per molto tempo, perché quel sistema, assieme alle metodiche contrattuali, talvolta produce risultati perversi che non sono proprio e semplicemente quelli dell'abuso; tuttavia l'abuso c'è e, da quanto ha descritto, è un metodo diffuso, direi quasi un'abitudine. Si è parlato di percentuali, ma bisogna verificarle. Proprio per quanto lei ha detto, anche in merito ad alcune specifiche pronunce della Corte di cassazione, risulta molto difficile localizzarle: cinque dipendenti abbandonano la struttura e fanno marcare i propri cartellini ad un collega.

Ribadisco che per noi è molto rilevante l'aspetto che riguarda l'azione sanitaria e l'efficienza; vorremmo che lei ci comunicasse quegli elementi che emergeranno dalle indagini che siano importanti ai fini del nostro lavoro. Mediamente, c'è una forte differenza tra il dipendente che lavora nel cosiddetto turno spezzato e chi ha il turno continuativo di guardia perché, nel turno continuativo vi è una sorta di controllo dell'uno sull'altro; infatti, se un dipendente deve coprire un turno e quel turno viene saltato, scatta una regolazione automatica: chi è stato Direttore sanitario lo sa. Nel turno continuativo la cosa è più semplice perché difficilmente si creano problemi rispetto all'efficienza e all'efficacia del servizio. Si tende semplicemente a caricare maggiormente il lavoro su pochi, il che è un abuso, ma quell'unità in meno non incide gravemente sul servizio.

Tuttavia, nel caso di mansioni specifiche (ad esempio, il coordinatore di sale operatorie), la responsabilità non è così facilmente trasferibile a tutti i presenti, ma solo ad alcune figure con esperienza. Non si trasferisce lo stesso livello di competenze quando si procede ad una sostituzione impropria. Inoltre, può capitare che un dipendente debba assommare più turni e non si rispettino più alcune garanzie contrattuali a tutela dell'efficienza e dell'efficacia del servizio.

In particolare, vorrei chiederle se le risulta che l'Azienda rispettasse il dettato del decreto legislativo n. 66 del 2003 in materia di orario di lavoro, a previsione del quale devono intercorrere, tra un turno e l'altro di lavoro, almeno 11 ore di riposo. Glielo chiedo perché questa regola contrattuale, inserita da poco tempo, ha dato luogo a numerose multe ad Aziende ospedaliere nazionali che non rispettavano gli orari di riposo contrattualmente previsti.

*PETRAZZINI.* Nel mese di novembre dell'anno scorso il fatto divenne di pubblico dominio e l'Azienda ospedaliera di Perugia ha iniziato ad approntare il nuovo regolamento per la rilevazione delle presenze, che è stato approvato pochi giorni fa; non le so dire perché sia stato approvato solo adesso.

Pur non avendo mai avuto contatti diretti con i vertici dell'Azienda ospedaliera di Perugia, so che c'è stata una rivoluzione degli organi dirigenti: l'estate scorsa è stato sostituito il Direttore generale e nominato un commissario straordinario per sei mesi, il cui mandato è decaduto nei giorni immediatamente successivi alla prima misura cautelare, e furono allora nominati gli attuali Direttore generale e Direttore sanitario.

Obiettivamente, si trattava di un periodo di transizione e capisco che chi è appena nominato non sia in grado immediatamente di adottare determinazioni. Credo che sia stata nominata una commissione per valutare il fenomeno e che la stessa cosa abbia fatto la regione Umbria. Non ho avuto contatti diretti con l'Azienda, ad eccezione di un funzionario preposto alla struttura del personale, il quale ci ha sempre fornito tutte le indicazioni con una solerzia encomiabile. Il fatto di sapere che era in corso un'indagine può aver legittimato una stasi nelle iniziative, per non mescolare le carte in tavola al momento degli accertamenti: non lo escludo. Non

è stato deciso da me, ma non me ne scandalizzerei: la reputerei, tutto sommato, una decisione logica.

Vorrei esprimermi in merito al nuovo regolamento adottato dall'ospedale; sono un magistrato ma, visto l'ambiente, mi sento come un chirurgo che interviene per rimuovere ciò che non dovrebbe esservi, e non certo come un medico che dovrebbe consigliare terapie preventive. Dalla prima lettura che ne ho dato, purtroppo il nuovo regolamento lascia scoperte alcune problematiche, la prima delle quali è il controllo interno.

Non è logico responsabilizzare il Direttore del personale, perché non potrà mai sapere chi timbra e chi no. Vi è anche un terzo fenomeno che egli non può monitorare e che non ho menzionato: può esservi chi timbra, esce e poi rientra, la qual cosa non risulta da nessuna parte, a meno che qualcuno non assista all'illecito. Abbiamo visto qualche dipendente uscire, ma dovremmo anche dimostrare che non sia stato mosso da esigenze di servizio. Dal momento che le esigenze di servizio non devono essere dimostrate documentalmente, dovrei chiedere a un superiore se sia vero che mesi prima abbia autorizzato quel dipendente ad allontanarsi per alcune ore: chi ha il potere di autorizzare risponderà sicuramente di non ricordarlo. Perciò occorrerebbe documentare formalmente le uscite per esigenze di servizio. Purtroppo, queste sono indagini che si sa dove cominciano e non si sa dove vanno a finire.

Non ho ravvisato eventuali pressioni e non ho elementi per provarle, ma sicuramente c'è un spirito di corpo che porterà purtroppo – spero di sbagliarmi – a pericolose conseguenze: laddove non riuscirò a dimostrare *per tabulas*, con filmati, intercettazioni e tabulati e con qualunque elemento che abbia valore giuridico che un certo dipendente non era a lavoro, sicuramente qualcuno testimonierà che era presente.

Riguardo al primo soggetto indagato, vorrei aggiungere che è indagato anche per un'altra tipologia di truffa aggravata, cioè per gli ordini dei presidi chirurgici (i cosiddetti *trocar* e altro materiale) che costituiscono una parte considerevole del bilancio della struttura complessa di chirurgia (parliamo di milioni di euro in un anno) nei quali, a mio avviso e sulla base di elementi di riscontro, vi sarebbero state delle irregolarità. C'è stato il tentativo di avvantaggiare un'Azienda, anche se allo stato non si ha motivo di ritenere che ciò sia avvenuto per un ritorno economico, ma comunque questa persona, per pareggiare il conto tra i due correnti, tendeva ad acquistare da una più del necessario. Comunque, si tratta di una vicenda su cui bisogna ancora tirare le somme. In ogni caso, non ho motivo di ritenere che da questo punto di vista vi siano state pressioni.

La procura di Perugia si occupa di svariate indagini in ambito sanitario, ma non credo in questa sede e in questo momento di poter aggiungere altro. Con riferimento all'ambito ospedaliero, rilevo che l'Azienda ospedaliera di Perugia è convenzionata con l'Università degli studi, che opera al suo interno sulla base di una diversa disciplina. Le difficoltà di controllo e verifica sono spesso legate al fatto che ci sono persone che fanno capo e rispondono a strutture diverse, pur operando all'interno della

stessa realtà, sulla base di contratti e controlli diversi. Considerato poi che anche dal punto di vista funzionale le persone preposte sono diverse, risulta complicato verificare le rispettive competenze.

Riguardo poi alla sua richiesta, senatore Allocca, di quantificare le mancanze, le potrò dare risposta a seguito della stesura del capo di imputazione. Le confermo che le indagini, con riferimento alle riprese video, sono andate avanti per un mese a settembre e 15 giorni tra febbraio e marzo. Alcuni soggetti si comportavano in un certo modo pressoché quotidianamente, mentre altri risultano averlo fatto dieci, sei, tre, o addirittura soltanto una volta. Ovviamente non ho mai creduto, per deformazione professionale, al ladro che, preso con le mani nel sacco, sostiene che è la prima volta. Ora, poiché mi devo attenere ai dati di cui sono in possesso, non potrò che contestare al suddetto signore il reato di cui ho le prove. Il resto rimane una mia perplessità personale di nessuna importanza.

Una quantificazione del danno è difficile. In alcuni casi si è potuto verificare che, per una certa coppia adibita allo stesso ufficio, la moglie arrivava, tutte le volte che è stata ripresa, con circa 45 minuti di ritardo ed usciva invece in orario. Presumendo che possa essersi comportata in questo modo probabilmente dalla nascita della figlia, si può arrivare ad un totale mensile. In altri casi la timbratura non corrisponde al titolare del tesserino, per cui non posso sapere se e quando quei dipendenti siano effettivamente andati a lavorare. Nel primo caso, non essendo ancora intervenuto il divieto dell'Autorità garante della *privacy* alla consultazione dei tabulati telefonici, è stato possibile verificare che la persona in questione abitava ad una certa distanza da Perugia ed avere conferma del fatto che sicuramente non andava a lavorare.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Si è proceduto ad una verifica delle celle?

PETRAZZINI. Esattamente. Poiché è ormai diventato estremamente complicato disporre di un tabulato, si corre il rischio di non riuscire, se non in tempi molto lunghi, a completare l'indagine. In alternativa, ci si deve nuovamente rimboccare le maniche e passare al setaccio tutti i filmati, nella speranza di riuscire ad individuare la persona nel momento in cui entra o esce, ma certamente è un lavoro improbo.

Mi riprometto, al di fuori dei canali formali, di rendere noto a chi di dovere quanto è accaduto, anche se certamente il compito di valutare specifiche vicende non spetta certo al sottoscritto.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Vi erano procedure adottate anche da altri enti?

PETRAZZINI. Non ho idea di cosa avvenga in altri enti, ma non credo che l'Azienda ospedaliera sia composta di persone peggiori che altrove. Si sarebbe potuta svolgere quest'indagine ovunque, ma resta il fatto che lì è nata e si è svolta.

Mi è stato detto, non so se in maniera attendibile o no, che la stessa Azienda che gestisce tutti i sistemi di controllo e gli applicativi di supporto avrebbe approntato un sistema di rilevazione delle presenze attraverso la lettura del palmo della mano. Non sta a me entrare nel merito dei costi, dell'utilità e della volontà, né tanto meno sulla possibilità di intervenire attraverso altre forme di controllo. Certo, la moltiplicazione dei lettori marcatempo situati presso gli ingressi complica qualunque controllo. In un sistema di onesti si potrebbe fare a meno di tutto ciò, e sarebbe certamente il migliore dei mondi possibile, ma se l'onestà manca si potrebbe forse provare a rendere più adeguato il sistema di controllo, ma certo non sono valutazioni che competono al magistrato.

**PRESIDENTE.** Vorrei solo darle alcuni *input* che mi stanno a cuore, tenuto conto del fatto che a suo avviso era difficile stabilire se la differenziazione sulla modalità del turno effettuato e sulle mansioni svolte potessero aver provocato danni nell'ambito di una valutazione di efficienza ed efficacia. Inoltre, in ordine ad una responsabilità dell'Azienda sulla vicenda della timbratura dei turni, mi sembrerebbe importante stabilire se i turni stessi fossero corretti in base alle regole che si applicano per quella tipologia di lavoro. Talvolta la complicazione può nascere anche da una situazione del genere.

**PETRAZZINI.** Forse in passato si evidenziava una sorta di anarchia degli orari che oggi, grazie ad un nuovo regolamento che ha portato ad una modifica del sistema, è venuta meno. Ognuno faceva gli orari più disparati, per cui era difficile fare anche dei conti precisi. Certamente, anche se l'Azienda a fine mese riportava nei tabulati relativi alle presenze le ore effettuate in più ed in meno, risultava difficile valutare l'attendibilità dei dati riscontrati. Nel caso della coppia in cui il marito entrava 45 minuti prima della moglie, si è arrivati all'assurdo che la donna si è ritrovata con un credito di 100 ore prima del periodo di puerperio. Non bisogna prendere tutto per oro colato.

Alla fine, esclusi alcuni recidivi irrecuperabili, con centinaia di ore di debito che venivano recuperate economicamente, vi era sostanzialmente una compensazione. Resta comunque il fatto che, rispetto a questi soggetti, la veridicità di alcune timbrature nella fase pregressa è tutta da dimostrare, anche se al momento bisogna considerarla valida.

In merito ai turni non ho rilevato alcunché di particolare, anche perché il problema non era legato tanto al personale dei reparti di degenza o che interviene in sala operatoria; solo coloro che avevano una particolare autonomia potevano assumere un comportamento del genere.

Ricordo ancora il caso di due segretarie alle dipendenze di un primario che, quando il primario era impegnato presso un'altra sede, utilizzavano il seguente accorgimento. La prima usciva prima e timbrava, uscendo, l'entrata dell'altra, mentre l'altra entrava più tardi e timbrava l'uscita della prima. Guadagnavano un'ora ciascuno, ma è stato molto difficile ricostruire questo dato. Al di là dell'indubbia fantasia di comporta-

menti del genere, sarebbe preferibile indirizzarli verso qualcosa di più produttivo.

ALLOCCA (*RC-SE*). Senza entrare nel merito della natura del reato, il vero problema è quello di riuscire a controllare l'efficienza del lavoratore. Conoscendo bene il mondo del pubblico impiego in ambito sanitario, del quale ho fatto parte in veste di impiegato, posso confermare che la puntualità non è il solo parametro per misurare l'efficienza e la serietà del lavoro. Spesso il vero problema è legato alla capacità della struttura di controllare nel luogo in cui si sviluppa il lavoro l'efficienza reale del lavoratore. In caso contrario, pur disponendo di efficienti strumenti di verifica e potendo contare su dipendenti particolarmente puntuali, il rischio è che comunque i dipendenti siedano alla propria scrivania per molte ore senza per questo fare qualcosa di utile. Credo che tutti abbiano avuto esperienze del genere.

Ritengo dunque che il problema sia oggettivamente più complesso, anche se poi, nel momento in cui si determina il reato, quest'ultimo va comunque perseguito in quanto tale.

Avevo fatto prima una domanda che tentava di orientare il ragionamento verso la necessità di una distinzione tra il reato del falso ideologico (di chi timbra al posto di un altro), da quello di truffa (di chi sottrae un valore), perché si tratta di due fattispecie diverse che a volte possono oggettivamente essere confuse. Infatti, nel caso in cui un dipendente lavori in una giornata più ore del dovuto senza timbrare e il giorno dopo magari arrivi più tardi ed ometta la timbratura per recuperare, non commette una truffa, ma un falso ideologico; fattispecie differenti rispetto all'interesse specifico della Commissione che attengono sempre alla solita questione delle entrate, delle uscite e dei meccanismi usati per la certificazione delle presenze.

PRESIDENTE. Credo che il magistrato abbia ben chiara la differenza tra le fattispecie di reato configurabili. Intendo dire al collega Allocca che sicuramente la discussione sul metodo e sulla valutazione è politica e compete alla Commissione, ma nella situazione in cui si sono verificati quegli eventi il magistrato li deve registrare così: a lui spetterà poi identificare il reato in relazione all'imputazione.

PETRAZZINI. In relazione alla domanda che mi è stata posta sulla tipologia del reato, vorrei osservare che la truffa è sicuramente configurabile, mentre per i dipendenti ospedalieri non è ravvisabile invece un'ipotesi di falso, perché l'Azienda ospedaliera paga lo stipendio indipendentemente dalla presenza, se non viene contestata. C'è un sistema diverso che non si basa sulla rendicontazione periodica: ogni tanto si procede ai conteggi e si invita eventualmente il dipendente a recuperare. Diventa quindi difficile in tali casi configurare il falso ideologico.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Ma la prestazione lavorativa non è legata allo stipendio?

PETRAZZINI. Mentre l'Azienda ogni mese rendiconta attraverso i tabulati di presenza le ore lavorate da ciascun dipendente, l'università dà per scontato che l'orario di lavoro sia rispettato, procedendo poi ogni tanto ad un controllo e, a quel punto, fa tornare i conti.

Non avendo però la prova di un controllo condotto sulla base di dati sbagliati, non ho potuto contestare il reato di falso ideologico. Il mio non è un accanimento teorico-giuridico, anche perché personalmente mi reputo una persona molto pratica; il fatto è che la configurazione di un certo reato mi permette un certo tipo di indagine con intercettazioni, che l'altra invece non mi consente, con la conseguenza che, se non riesco a dimostrare un profilo, non riesco a dimostrare neppure l'altro; tutto finisce allora per tradursi in una serie di *escamotage*. Tra l'altro, la Cassazione ha confermato tutte le vecchie misure sulla truffa, le parti non hanno impugnato l'ordinanza che contestava il falso (dopo averlo dapprima escluso, è stato poi riconosciuto dalla seconda *tranche* di misure), quindi non abbiamo ancora una prognosi su questo aspetto. Si trattava forse dell'aspetto più dubbio, ma non so come mai non è stato impugnato. Le truffe, invece, sono state respinte, dichiarandole inammissibili e quindi, da tale punto di vista, siamo molto più tranquilli.

Infine, è vero quanto si è detto, ma non dimentichiamo che esiste una normativa che permette al dipendente di recuperare, esiste comunque una certa elasticità in materia di orario di lavoro. Dico la verità, l'Azienda ospedaliera non mi è parsa poi un padre padrone! Spesso per giustificare certi comportamenti si è sostenuto che era necessario recuperare giornate in cui si era lavorato anche 12 ore. Al proposito, sarebbe però il caso di dire ai dirigenti che il dipendente ha un orario di lavoro che va rispettato; se tale orario non può essere rispettato, allora si dovrebbe forse prevedere un orario elastico, per cui si possa entrare e lavorare 12 ore in una giornata e recuperare poi, restando a casa, un altro giorno.

Sono d'accordo che nei luoghi di lavoro ci possa essere anche chi legge il giornale, ma se il sovraordinato non censura chi arriva più tardi, figuriamoci se censura chi legge il giornale! Il problema è sempre lo stesso: chi custodisce il custode?

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Presidente, forse il senatore Allocca non lo sa, ma vorrei precisare che, a quanto mi risulta, è previsto contrattualmente un orario elastico, per cui l'orario di presenza fissa sul lavoro prevede delle compensazioni, ovviamente in base alle categorie di lavoratori. Se parliamo, ad esempio, degli amministrativi, questi possono entrare in una fascia oraria compresa fra le 7,30 e le 9 – se non sbaglio – e possono uscire tra le 16,30 e le 18. Anche tale elasticità dovrebbe essere rilevata attraverso il sistema del *badge*.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Petrazzini per la pazienza ed il tempo che ci ha dedicato, nonché per le esaurienti risposte che ci ha fornito in merito all'indagine che sta svolgendo. Comunico sin d'ora che eventualmente potrà essere necessario in seguito un nuovo confronto, perché la Commissione ha intenzione di effettuare un'ispezione diretta al Policlinico su cui sta indagando.

Dichiaro concluse le odierne audizioni.

*I lavori terminano alle ore 17,45.*



