



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 173

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

SEGUITO DELL'INCHIESTA SUI FENOMENI DI CORRUZIONE  
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

179<sup>a</sup> seduta: martedì 2 ottobre 2012

Presidenza del vice presidente MASCITELLI

**I N D I C E****Audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 12, 18	<i>BRUTI LIBERATI</i> . . . . .	Pag. 4, 13, 15
ASTORE ( <i>Misto-ParDem</i> ) . . . . .	12	<i>PEDIO</i> . . . . .	6, 15, 16 e <i>passim</i>
COSENTINO ( <i>PD</i> ) . . . . .	9, 16, 17		
MAZZARACCHIO ( <i>PdL</i> ) . . . . .	11		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.*

*Interviene il procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Milano, dottor Edmondo Bruti Liberati, accompagnato dal sostituto procuratore, dottoressa Laura Pedio.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 25 settembre 2012 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

Propongo, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno, l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno. Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

#### **Audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano, per il prosieguo dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nel Servizio sanitario nazionale.

Il presidente Marino mi ha chiesto di sostituirlo nel corso di questa settimana di lavori di Commissione, in quanto un problema di salute – per il quale si sta sottoponendo a cure specifiche – gli impedisce la presenza in Senato. Egli si rammarica di non poter dare il suo usuale contributo ai lavori della Commissione, soprattutto in occasione di una seduta rilevante quale quella odierna.

Desidero anzitutto dare il benvenuto al procuratore della Repubblica, dottor Bruti Liberati, e al sostituto procuratore, dottoressa Pedio.

Scopo dell'audizione odierna è approfondire le risultanze delle indagini condotte dalla Procura di Milano in merito alle vicende legate al dissesto finanziario dell'Ospedale San Raffaele e ai contributi regionali erogati alla Fondazione Maugeri.

Questa Commissione sta infatti indagando, per quanto di propria competenza, sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, e ravvisa ora l'opportunità di acquisire elementi conoscitivi relativi alla situazione della Regione Lombardia, ad integrazione della documentazione già ottenuta.

In particolare, nell'ambito delle loro relazioni alla Commissione, si chiede agli audendi di soffermarsi, oltre che sulla ricostruzione dei fatti allo stato attuale delle indagini, anche sulla eventuale sussistenza di lacune normative, o amministrative, o legate al sistema dei controlli, che possano aver concausato o agevolato la commissione delle condotte illecite in danno del Servizio sanitario nazionale.

L'obiettivo precipuo della Commissione, in conformità alla propria missione istituzionale, è quello di individuare le criticità ordinamentali e amministrative, al fine di riferire al Senato della Repubblica proponendo l'adozione delle necessarie misure legislative.

Darei ora la parola al dottor Bruti Liberati e alla dottoressa Pedio, per lo svolgimento delle relazioni introduttive. A seguire i commissari, a partire dai relatori del filone d'inchiesta sulla corruzione, i senatori Bianconi e Cosentino, potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

*BRUTI LIBERATI.* Signor Presidente, svolgerò alcune considerazioni introduttive per dare poi la parola, se il Presidente lo consente, alla collega Laura Pedio per ulteriori specificazioni.

Nella nota trasmessami dal presidente Marino il 25 settembre scorso si fa riferimento «alle risultanze delle indagini condotte da codesta Procura della Repubblica in merito alle vicende legate al dissesto finanziario dell'Ospedale San Raffaele e ai contributi regionali erogati alla Fondazione Maugeri». Il procedimento è tuttora in corso, in una fase nella quale è preminente una esigenza di segretezza a tutela della indagine e delle garanzie di difesa e della stessa presunzione di non colpevolezza. Pertanto, loro comprenderanno che non potrò entrare nel merito.

Ritengo invece di poter portare un contributo sull'altro aspetto indicato nella nota, ossia l'«eventuale sussistenza di lacune normative, o amministrative, o legate al sistema dei controlli». Si tratta di vicende alcune delle quali sono state definite con sentenza della Corte di appello di Milano.

Credo che l'oggetto di questa audizione sia non tanto intervenire su vicende specifiche o eventuali responsabilità di un soggetto piuttosto che di un altro, quanto individuare i meccanismi che possono essere oggetto di fenomeni distorsivi o addirittura illeciti.

Sin dal 2006 la Procura di Milano ha avviato indagini in ordine alla ipotesi di illeciti ai danni del Sistema sanitario nazionale con riferimento a case di cura private accreditate. Le indagini hanno avuto attenzione a diversi profili, in particolare al meccanismo dei rimborsi dei cosiddetti DRG, che presenta alcune problematiche sotto l'aspetto dei controlli.

Ho qui con me due sentenze della Corte di appello di Milano, entrambe non definitive essendo stato proposto ricorso per Cassazione. Una riguarda la Casa di cura San Carlo, nella quale l'imputazione era di truffa ai danni della Regione. Occorre dire, per completezza, che in primo grado vi era stata una pronuncia di assoluzione, mentre in appello è intervenuta la condanna di alcuni degli indagati, ma di questa sentenza,

piuttosto breve, quel che interessa è che essa descrive bene il meccanismo dei rimborsi dei cosiddetti DRG.

Una sentenza più complessa è quella della Corte d'appello di Milano che concerne la Casa di cura Santa Rita. Nella parte preminente di tale sentenza, che non rileva in questa sede, sono stati condannati in appello alcuni medici, sotto imputazione di lesioni, per avere effettuato operazioni non necessarie. La parte che ci interessa di questa sentenza è quella, finale e più breve, che riguarda i meccanismi connessi ai reati di falso e di truffa.

Il meccanismo del rimborso con i DRG presenta alcuni aspetti problematici. Le ipotesi che nel corso degli anni sono state verificate come ipotesi di truffa sono la fatturazione di prestazioni non eseguite, ipotesi più rara e abbastanza marginale, la fatturazione di prestazioni effettuate ma non necessarie, aspetto più problematico, e, infine, la rendicontazione di cure e prestazioni effettuate ma presentate come effettuate con modalità diverse e più costose, che è il caso più frequente. Mi riferisco, ad esempio, ad un DRG per un livello di qualità superiore o a prestazioni che in realtà sono ambulatoriali presentate come prestazioni di ricovero in *day hospital*, laddove la differenza comporta una notevole maggiorazione del rimborso.

I meccanismi di rimborso sono fondati sulla cosiddetta scheda di dimissione ospedaliera, la SDO, che integra e conclude la cartella clinica. Sia la cartella clinica che la SDO sono ritenuti, ormai da giurisprudenza costante, atti pubblici con una formazione complessa, cui concorrono diversi soggetti, poi vagliati dal direttore sanitario.

La normativa nazionale ed in parte regionale ha determinato tutta una serie di modalità di questo tipo di rendicontazione. Quello che è rilevante è che spesso abbiamo potuto constatare che nella redazione della cartella clinica il personale medico non sempre presta sufficiente attenzione alla descrizione puntuale delle prestazioni effettuate. Mi riferisco qui ad errori che non nascondono truffe. Possono quindi verificarsi anche in sede di redazione della SDO equivoci sulla reale effettività delle prestazioni erogate. È evidente che questo meccanismo si presta anche a dolose manipolazioni: ho citato l'esempio del DRG diverso oppure di prestazioni ambulatoriali fatte figurare come prestazioni di ricovero. Naturalmente, poiché spesso i medici che operano nelle case di cura private hanno una retribuzione legata, in misura più o meno rilevante, al numero di interventi, c'è anche una pressione in tal senso.

Negli ultimi anni la Regione Lombardia ha modificato più volte il sistema dei controlli, da controlli meramente a campione sull'anomalia statistica a controlli più penetranti, con dei miglioramenti anche se bisogna dire che, ad esempio, di recente è stato effettuato un controllo su alcune DRG dell'Istituto San Raffaele e all'esito di esso è stata imposta alla struttura sanitaria la restituzione di circa 800.000 euro.

Il sistema dunque si presta ad alcuni errori, anche in buona fede, nel passaggio dalla redazione della cartella clinica; infatti, la difesa di alcuni medici imputati (alcuni sono stati assolti, altri condannati) ha sempre sostenuto che gli assistiti si preoccupavano di curare e non facevano caso ai

dettagli. Il problema è che tutto questo, nel momento della compilazione della SDO, la scheda di dimissione ospedaliera, diventa il titolo per ottenere il rimborso.

Il problema è essenzialmente quello relativo a meccanismi di controllo efficienti che non siano solamente statistici ma che possano entrare nell'esame effettivo di questi documenti, che naturalmente sono in numero elevatissimo in Regioni rilevanti come la Lombardia. Questo è il meccanismo sul quale nel corso degli anni passati si sono appuntate alcune indagini, tant'è che siamo arrivati anche alla pronuncia di alcune sentenze d'appello.

Occorre anche dare atto che vi è stato un altro caso abbastanza importante, relativo all'Ospedale San Raffaele, nel quale invece l'impostazione del mio ufficio non è stata accolta ed è stata pronunciata sentenza di assoluzione sia in primo grado che in appello sotto il profilo essenzialmente penale; sono state riscontrate alcune anomalie ma, ritenendosi che non vi fosse stato dolo da parte degli operatori, sono state risolte in via amministrativa.

Il fenomeno ulteriore di cui parlerà la collega Pedio è la problematica relativa alle cosiddette funzioni non tariffabili ed al riconoscimento ad enti privati della qualifica di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

Se il Presidente consente, cederei dunque la parola alla dottoressa Pedio.

*PEDIO.* Come vi ha anticipato il procuratore, illustrerò brevemente le problematiche emerse nel corso delle indagini sull'Ospedale San Raffaele e sulla Fondazione Maugeri in relazione alle funzioni non tariffabili.

In particolare, ci è apparso chiaro che i sistemi di remunerazione delle prestazioni sanitarie seguono due canali, avvengono cioè attraverso due modalità: una, introdotta con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, prevede la liquidazione di un corrispettivo predeterminato a fronte delle prestazioni sanitarie e si sostanzia nella previsione di DRG (ROD nella denominazione italiana); l'altra prevede invece la remunerazione di prestazioni che non siano per loro natura tariffabili, quindi sostanzialmente riconducibili alla remunerazione dei DRG. Questo secondo tipo di remunerazione è previsto a livello nazionale: è stato introdotto con il decreto ministeriale 15 aprile 1994 che prevede una serie di attività rispetto alle quali le Regioni delegate in materia, a fronte di maggiori costi sostenuti dalle strutture erogatrici, possono erogare delle somme aggiuntive, degli incrementi rispetto ai DRG. In particolare, il decreto ministeriale 15 aprile 1994 prevede che vengano remunerate con percentuali aggiuntive le attività di ricerca e di didattica, ovvero anche prestazioni di servizi obbligatori che vengano individuati nella programmazione nazionale o regionale. Un successivo decreto del dicembre dello stesso anno ha stabilito anche il tetto massimo di queste remunerazioni non tariffabili e, ancora, il decreto ministeriale 30 giugno 1997 ha individuato in modo più specifico le attività suscettibili di tale tipo di remunerazione.

Abbiamo potuto osservare che la Regione Lombardia ha recepito il decreto ministeriale del 1994 e quindi, prevedendo le funzioni non tariffabili, ha stabilito questo tipo di rimborso. Inizialmente, proprio nell'anno 1995, con una delibera dell'8 marzo, questo tipo di remunerazione per le funzioni non tariffabili era stato previsto solo per le strutture pubbliche, rimanendo escluse quelle private accreditate. Ma già nello stesso anno, il 25 dicembre 1995, l'orientamento regionale è cambiato e nell'ottica di porre tendenzialmente sullo stesso piano le strutture di ricovero pubbliche e private, anche secondo una politica sanitaria volta a migliorare il servizio grazie alla concorrenza tra il pubblico ed il privato, le prestazioni, le funzioni non tariffabili, sono state riconosciute anche alle strutture di ricovero private e inizialmente anche a quelle solo transitoriamente accreditate. Negli anni successivi tali remunerazioni extratariffarie sono state poi riconosciute anche agli IRCCS, peraltro con destinazione di fondi specifici.

L'esame delle delibere in materia di funzioni non tariffabili ci ha portato a constatare che questa erogazione è aumentata negli anni ed è aumentato anche il numero di soggetti privati che ne hanno usufruito. Attualmente tale erogazione si aggira intorno ad un miliardo di euro a fronte di una erogazione complessiva di 16 miliardi che la Regione Lombardia effettua nei confronti del Servizio sanitario. Si tratta della spesa più alta per la Lombardia e corrisponde al 75 per cento del bilancio regionale.

L'erogazione è quindi aumentata e sono state previste anche nuove tipologie di funzioni non tariffabili, diverse rispetto a quelle indicate dal decreto ministeriale. Ad esempio, per quel che ci riguardava, abbiamo rilevato che è stata introdotta la funzione di alta complessità nella riabilitazione alla quale è stato destinato un certo importo. Sempre in relazione alla riabilitazione sono state poi specificate le funzioni di qualità: si è quindi ritenuto di remunerare con una quota aggiuntiva quelle prestazioni di riabilitazione che rispondessero a canoni di qualità che sono stati peraltro individuati da apposite commissioni di esperti. Sono state inoltre previste ulteriori funzioni quale, per esempio, quella di eccellenza o di qualità nella cura degli acuti per quelle strutture che trattano molte tipologie di malattie e prevedono vari tipi di intervento; si tratta, ad esempio, degli istituti che effettuano trapianti o rianimazione, che offrono, quindi, un servizio piuttosto completo ed ampio.

La percentuale delle somme destinate al privato è via via aumentata.

Peraltro, oggi le funzioni non tariffabili sono previste in tutte le Regioni d'Italia e non sono una specificità lombarda. La Regione Lombardia è arrivata a retribuire con queste funzioni l'8 per cento del fondo sanitario regionale, laddove, per quello che ci risulta, in altre Regioni la percentuale si aggira attorno al 3 per cento, fino ad un massimo del 4. Come vi dicevo, abbiamo registrato questo fenomeno e soprattutto abbiamo notato che, alle volte, la raccolta dei dati finalizzata al riconoscimento delle funzioni non tariffabili non sempre è completa. In alcuni settori o in alcuni casi ci si è discostati dall'indicazione del decreto ministeriale di ancorare la remunerazione di queste funzioni ai costi effettivamente sostenuti dalla

struttura erogatrice. Questo è un profilo che ci è sembrato alle volte suscettibile di discrezionalità, anche da parte dell'ente erogatore. La trasmissione dei dati non è abbastanza controllata e, talora, non vengono probabilmente richiesti approfondimenti su alcuni costi.

Altro dato rilevato è che non sempre c'è grande chiarezza sui meccanismi attraverso i quali queste funzioni vengono riconosciute. La parte istruttoria è a volte carente sia nella trasmissione dei dati da parte degli enti erogatori sia nel vaglio dei dati da parte della Regione, anche perché – questo bisogna dirlo – la quantità di dati è enorme; ci sono circa 300 persone addette in Regione Lombardia alla loro elaborazione. Questo è sicuramente da prendere in considerazione. Se riterrete di farci delle domande su questi temi, per quello che è possibile risponderemo.

Un altro profilo che ci è sembrato abbastanza problematico in queste indagini è quello del controllo sulle fondazioni. Molte attività sanitarie vengono svolte da erogatori privati in forma di fondazioni. Le fondazioni per loro stessa natura hanno una disciplina molto semplice e sono disciplinate da pochi articoli del codice civile. Come noi sappiamo, le fondazioni non hanno dei bilanci certificati e predisposti secondo i principi contabili e non sono neppure consolidati e aggregati. Sono delle forme giuridiche che, per loro stessa natura, sono meno suscettibili di controlli, che invece in questi casi crediamo dovrebbero esserci ed essere piuttosto approfonditi. In genere quando si pensa ad una fondazione si immagina una piccola entità, spesso di natura religiosa, che gestisce questi servizi. In realtà, non è così, tant'è che in forma di fondazione sono sia il San Raffaele, che sappiamo essere una struttura di grandissime dimensioni, con una presenza a livello nazionale e internazionale perché ha ospedali in tutto il mondo, sia la Fondazione Maugeri, che è anch'essa una struttura particolarmente grande. Basti pensare che solo per la funzione di riabilitazione – parliamo di una funzione specifica – la Fondazione Maugeri ha ricevuto dalla Regione Lombardia più di 200 milioni di euro. Parliamo di cifre importanti rispetto alle quali ci sembra che la struttura della fondazione non sia idonea a garantire una certa trasparenza di gestione dei bilanci e delle risorse pubbliche.

Peraltro, tuttora non c'è una grande chiarezza sul soggetto al quale spetta questo tipo di controllo (potrebbe essere la Regione, le ASL o le prefetture). C'è una situazione di incertezza che sicuramente non è positiva. Naturalmente c'è l'aspetto dei controlli svolti dai NOC, che sono presso le ASL che, come sappiamo, controllano soprattutto le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e l'applicazione dei DRG. Anche sotto questo profilo, proprio in ragione del fatto che grosse somme vengono erogate come funzioni non tariffabili, forse bisognerebbe estendere i controlli dei NOC anche a quei profili che non rientrano nel DRG come, per esempio, gli indicatori di qualità o complessità, in modo che anche questo tipo di erogazione (quella non tariffabile) rientri in un'attività di controllo da parte della Regione. Altri profili attengono sempre ai controlli. Per esempio, in Regione Lombardia con la legge n. 34 del 2007 è stato previsto un finanziamento di progetti svolti da soggetti *non profit*. Anche rispetto a



questo tipo di finanziamento, che va a rimborsare progetti approvati dalla stessa Regione Lombardia e destinati a migliorare il servizio (progetti di informatizzazione della struttura ospedaliera o di ristrutturazione delle sale operative), si è rilevato che non sempre sono stati fatti controlli adeguati al momento del rimborso delle somme. Di recente è venuto fuori che alcune fatture del San Raffaele sono rimaste bloccate. La Regione ha sospeso i pagamenti perché non erano stati autorizzati e, quindi, forse non erano neppure state correttamente emesse.

Un ultimo punto che vorrei evidenziare e che è in fase di approfondimento, concerne le sperimentazioni. Questo è un profilo che riguarda il MIUR che, a volte, le autorizza. Ci sono le sperimentazioni regionali, quelle ministeriali e le sperimentazioni miste. Qui abbiamo rilevato che spesso capita che vengano interposte delle società estere o addirittura delle società in Paesi *off shore* come il Lussemburgo o il Liechtenstein che, con la scusa di fare sperimentazione di natura internazionale, in realtà servono alla costituzione di fondi neri. Infatti, ci sono dei passaggi non necessari attraverso queste società estere che consentono di creare delle provviste extra bilancio.

Sulle sperimentazioni che si fanno con gli enti ospedalieri e le strutture pubbliche aggiungerei che ci vuole un maggiore controllo. Sono sperimentazioni in cui ci sono dei contratti tra il pubblico e il privato, però non sempre c'è un controllo sulla fase di esecuzione di questi contratti che possono portare in qualche misura ad una sperequazione a danno del pubblico e, quindi, a vantaggio dell'ente privato. Sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) abbiamo rilevato una certa discrezionalità nel sistema di accreditamento: la valutazione non è sempre così rigorosa. Abbiamo notato che dalla qualifica di IRCCS, che possono essere sia pubblici che privati, derivano notevoli vantaggi in termini economici perché agli IRCCS viene riconosciuta una fetta delle funzioni non tariffabili e c'è una legge della Regione Lombardia che riconosce addirittura una maggiorazione tariffaria del 25 per cento su qualsiasi DRG prodotto da un IRCCS. Riteniamo, quindi, che maggiore attenzione e rigore sui criteri di accreditamento sarebbero auspicabili. Questi sono i punti critici emersi in tale vicenda.

COSENTINO. Signor Presidente, in veste di relatore, insieme alla collega Bianconi, di un'indagine che da molto tempo si occupa delle vicende della Puglia, dell'Abruzzo e di varie altre Regioni italiane, che purtroppo non sono poche, ricordo che recentemente abbiamo avuto il piacere di avere in questa sede anche il procuratore Caselli. Stiamo infatti tentando di comprendere non i singoli episodi – che non sono di nostra competenza, ma che apprendiamo dai giornali, da privati cittadini – bensì le ragioni strutturali che, a causa della discrezionalità nella spesa dal punto di vista amministrativo o per un meccanismo di regole e controlli non perfettamente definito, stanno evidenziando tutta la fragilità e la delicatezza del sistema sanitario, in numerose Regioni pur di diverso colore politico.

In una prima stesura della nostra relazione, avevamo individuato alcuni punti critici, come i contratti, ma anche la cartolarizzazione dei debiti sanitari, l'accreditamento ed i meccanismi di finanziamento. Ringrazio pertanto entrambi i nostri ospiti perché questa audizione – che, se così converremo in sede di Ufficio di Presidenza, sarà l'ultima prima della stesura della relazione conclusiva – è l'occasione per comprendere meglio un punto che ci ha lasciati perplessi per essere emerso con forza e che riassumerò, formulando due domande, una per ogni audito.

Dottoressa Pedio, fino alla riformulazione del Titolo V della Costituzione, aveva sostanzialmente retto lo schema dei decreti legislativi ministeriali, ossia un meccanismo che remunerava le prestazioni con un sistema di pagamento a tariffe, sia pure con ritardi nel loro aggiustamento, ed uno più o meno regolato, che riguardava le attività «non tariffabili».

Cos'è dunque un servizio «non tariffabile»? Per esempio, l'apertura di un centro antiveleni presso il Policlinico Universitario Agostino Gemelli, che funziona però per tutta la Regione: è evidente che possa avere un costo superiore al numero degli interventi che opera, ma non c'è assolutamente dubbio sul fatto che sia necessario averlo. Nel quadro della convenzione determinata tra il Policlinico e la Regione è stato quindi stabilito il sovracosto necessario per avere un servizio definito e corrispondente ad una funzione non tariffabile. Alcuni piccoli pronto soccorso potrebbero avere la stessa caratteristica, secondo la decisione della programmazione regionale di mantenere una piattaforma di primo soccorso che non ha il numero di prestazioni sufficienti, ma che serve a garantire un certo livello di sicurezza.

Dopo la riforma del Titolo V, le Regioni hanno fatto diversamente, ciascuna per conto proprio. E qui mi interesserebbe capire meglio quali sono le funzioni non tariffabili e in che senso lo sono, nell'evoluzione dell'esperienza della Regione Lombardia. La funzione non tariffabile è un supplemento dato alle tariffe per le strutture che hanno maggiori costi, perché per esempio dotate di tecnologie e attrezzature più moderne? Tutte le Regioni lo fanno, quindi questo effettivamente potrebbe essere ben giustificato.

È però una funzione non tariffabile il riconoscimento di un alto *standard* di qualità? E come si misura, allora? L'atto amministrativo può essere anche discrezionale, ma non è mai immotivato. Qual è dunque la motivazione che ha portato alla scelta di destinare a ciò una quota rilevante del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che poi, misurata in rapporto alla spesa ospedaliera, è ancor più rilevante? Mi pare di poter capire, infatti – ma le chiedo di aiutarmi ad approfondire il punto, per contribuire alla riflessione della Commissione – che l'aleatorietà e la genericità della definizione di queste funzioni siano tali da potervi far rientrare praticamente tutto, al punto che una siffatta discrezionalità non ha più neanche bisogno di motivazione. È così? Nella vostra esperienza vi siete imbattuti in questo problema? Saperlo mi aiuterebbe a comprendere la situazione.

Desidero poi rivolgere un'altra richiesta al dottor Bruti Liberati: è possibile che la magistratura inquirente non riesca quasi mai a ricevere la segnalazione dei problemi prima di intervenire, tramite gli ordinari meccanismi di controllo amministrativo (e non solo in Lombardia, ma dappertutto)? Se è così, in base all'esperienza della vostra attività d'indagine, com'è possibile che manchino i riferimenti per la segnalazione di tali problemi? Dalla questione delle cartolarizzazioni al problema dei contratti, per tutta Italia valgono infatti le stesse considerazioni relativamente all'assenza di un sistema di valutazione complessivo (al di là del complesso lavoro di verifica sui DRG, per i quali ad esempio si tratta semplicemente di verificare se è stata effettivamente erogata la prestazione fatturata). Ad esempio, alla luce dei dati raccolti nella vostra indagine, alcune risultanze dimostrano che quell'attività di alta qualità sia stata effettivamente prodotta con significativi risultati dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico? Quando esplode un caso che presenta le caratteristiche di un reato penale, viene fatto un lavoro amministrativo e tecnico-scientifico di valutazione e controllo, indipendentemente dalla funzione d'intervento della magistratura inquirente? Cosa potrebbe essere utile per semplificare il lavoro d'indagine, sul piano della ricostruzione del sistema di controllo, non solo contabile ma anche di merito, rispetto ai temi che avete affrontato, come la qualità delle prestazioni e delle cure ed i sistemi di valutazione degli *standard*?

Da tutto questo vostro lavoro, può venire un suggerimento al Parlamento per riflettere sulla necessità di modificare il decreto legislativo n. 502 del 1992, per quanto riguarda sia la normativa sui sistemi di finanziamento a prestazione e fuori tariffa, sia il sistema dei controlli?

MAZZARACCHIO (*PdL*). Signor Presidente, desidero ringraziare il procuratore Bruti Liberati e la dottoressa Pedio per aver fornito in questa breve illustrazione alcuni suggerimenti molto validi alla Commissione, che si propone di raccogliere elementi utili per il Parlamento al fine di evitare al massimo i meccanismi distorsivi.

Procuratore Bruti Liberati, per evitare o almeno ridurre tali meccanismi distorsivi, ritiene vada perfezionato o addirittura sostituito il DRG, che è lo strumento principale per i rimborsi delle Regioni alle strutture ospedaliere? Dall'esperienza sua e dei suoi collaboratori, infatti, potrebbe venirci un aiuto ulteriore per le determinazioni definitive che dovremo adottare e conseguentemente trasmettere al Parlamento, allo scopo di assumere i provvedimenti adeguati.

Il vostro contributo è stato notevole anche per ciò che riguarda le prestazioni extratariffarie, perché è emerso che con l'attuale normativa vi è una notevole discrezionalità da parte delle Regioni, specialmente per gli accreditamenti e quindi soprattutto nei confronti delle strutture private. Ne prendiamo atto e credo che questo sia già un suggerimento molto valido per elaborare le nostre proposte.

Vi è poi il problema delle fondazioni e dell'inidoneità delle loro strutture, nelle quali sono state riscontrate carenze notevoli: anche questo

aspetto andrebbe dunque rivisto, come pure l'impostazione che si è ritenuto opportuno dare alle sperimentazioni, in quanto vari meccanismi – come le società estere, indicate dalla dottoressa Pedio, alle quali ritengo possano affiancarsi altri canali – creano equivoci. Il contributo da voi dato è non indifferente e credo che possiamo prendere atto della validità di questa audizione e proporre all'Ufficio di Presidenza di elaborare proposte adeguate per le determinazioni finali.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Anch'io ringrazio i nostri ospiti per la presenza e per la relazione.

Desidero porre due domande di ordine generale perché credo ci interessino più delle vicende singole che, come si è detto giustamente, si leggono sui giornali. Come *ex* assessore alla sanità, ho sempre avuto l'impressione che la Lombardia si sia scostata dalla dirittura nazionale, che è quella della programmazione; cioè si è accentuata molto la competitività liberalizzando il sistema mentre questo, con il decreto legislativo n. 502 del 1992, a mio parere si basa sulla programmazione, che poi si estrinseca tramite l'accreditamento. Anche il riconoscimento delle prestazioni non tariffabili oltre che della tariffa del 25 per cento sembra andare nella stessa direzione. Vorrei quindi sapere se è una mia impressione ovvero se in base alle vostre indagini avete l'impressione di una competitività del privato che spesso e volentieri umilia il pubblico.

Partecipiamo a questa seduta dopo aver audito il presidente Formigoni, che proprio mentre eravamo riuniti ricevette il vostro avviso di garanzia. Ebbene, a fronte della norma che stabilisce che deve essere controllata una certa percentuale (il 5 per cento) dei DRG o delle SDO, ho l'impressione che nella Regione Lombardia non vi siano o non siano bene organizzati i controlli. Dico questo perché da semplice cittadino, utente del Servizio sanitario nazionale, resto veramente perplesso dinanzi, ad esempio, all'affare Santa Rita. Mi riferisco al fatto di sottoporre un malcapitato ad un'operazione chirurgica per raggiungere una tariffa, circostanza che purtroppo si verifica anche in altre Regioni, magari di nascosto. Mi chiedo allora se nella Regione Lombardia i controlli siano organizzati in modo tale che possano essere facilmente lette queste deviazioni di malaffare, anzi, di reati gravi.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al procuratore Bruti Liberati ed alla dottoressa Pedio vorrei formulare alcuni quesiti, che non sono aggiuntivi rispetto agli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, avendo loro già delineato il quadro complessivo delle valutazioni e dei dubbi della Commissione.

I miei tre quesiti sono forse un po' più mirati e comparativi rispetto a quanto dichiarato qui in audizione, il 25 luglio, dal presidente della Regione Lombardia. Nel corso di quella audizione si parlò di un sistema di monitoraggio e controllo della Regione Lombardia di altissima qualità. Confrontando il resoconto di quella audizione con quanto chiarito dalla dottoressa Pedio, emerge che i controlli vengono svolti semplicemente a

livello di nuclei operativi di controllo della ASL e quindi, se fallisce quello *step*, fallisce poi tutto il sistema superiore.

Vorrei quindi sapere, in base agli atti ed alle indagini che avete svolto, se la Regione ha la possibilità di intervenire in maniera indipendente ed autonoma rispetto ai controlli del primo *step*, del NOC o della ASL, o se si limiti semplicemente ad una verifica degli atti e documenti trasmessi da questi nuclei ispettivi e quindi se fallisce quel primo livello di controllo, che può fallire sia in buona fede che con dolo, salta l'intero sistema di monitoraggio delle prestazioni e dell'appropriatezza della sanità. Non riusciamo infatti a capire dove sia il livello di qualità del sistema di monitoraggio e controllo della sanità lombarda.

Dobbiamo poi metterci d'accordo: sono convinto che sui finanziamenti extratariffari la legislazione vigente sia estremamente confusa ed ambigua, però, rispetto alle giuste preoccupazioni che la Procura di Milano ha maturato nell'esaminare i sistemi ed i percorsi di questi finanziamenti extratariffari, il presidente della Regione Lombardia ha dichiarato, così come risulta a verbale, che sono finanziamenti non discrezionali ma distribuiti sulla base di 30 parametri fissati per legge, tant'è che nei fatti il pubblico lombardo è in grado di portarsi a casa l'85 per cento di essi.

Sarei grato se aveste la possibilità di darci qualche elemento aggiuntivo al riguardo perché, come ha spiegato il relatore senatore Cosentino, il nostro compito è vedere se c'è la possibilità di migliorare la legislazione vigente e quindi vorremmo capire se nella erogazione di questi finanziamenti extratariffari vi sia discrezionalità o, al contrario, vengano i 30 parametri fissati per legge di cui il presidente Formigoni ci ha cortesemente parlato in occasione della audizione.

Infine, un ultimo quesito concerne le fondazioni IRCCS. È vero che anche al riguardo la legislazione è ambigua: non si sa se il controllo, almeno per quanto riguarda il sistema patrimoniale, debba essere fatto dal Ministero della salute e dalle prefetture e non dalle ASL, come dichiarato dal presidente della Regione Lombardia. Però questi ha riconosciuto che, almeno per quanto riguarda il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate all'interno delle fondazioni IRCCS, la competenza è in capo alla Regione ed alle singole ASL.

Vorrei sapere se, sulla base della percezione e dell'esperienza che avete maturato, i fenomeni di illecito e malagestione della sanità che si sono verificati nella Regione Lombardia fossero individuabili attraverso un controllo che era pertinenza e competenza delle ASL ovvero, al contrario, il Ministero della salute dovrebbe sviluppare su queste fondazioni controlli più mirati e selettivi.

**BRUTI LIBERATI.** I punti trattati sono molti. Un primo chiarimento che credo sia necessario è che in base alle indagini, a parte alcune questioni che riguardano istituti minori, se stiamo al San Raffaele e alla Fondazione Maugeri quanto a livello di qualità delle prestazioni fornite essi sono, come sappiamo, istituti di eccellenza e l'uno, e l'altro.

Il problema si pone quando questo forte trasferimento di risorse al privato determina anzitutto una competitività tra privati e quindi la scelta di destinare risorse ad un istituto che è di eccellenza rispetto ad un altro che può essere altrettanto di eccellenza è una scelta fortemente discrezionale. Sappiamo poi che se l'erogazione si concentra su un istituto, quello diventerà sempre più di eccellenza rispetto a possibili altri.

Per quanto riguarda il sistema dei DRG da abbandonare o da migliorare, in realtà, da quello che ho potuto cogliere, il sistema di per sé funziona. Alcune frodi al sistema sono difficilmente individuabili e si verificano quando si praticano cure assolutamente non necessarie: ad esempio, nel caso della clinica Santa Rita è stata pronunciata una sentenza di appello non definitiva che riguardava un intervento chirurgico effettuato su un paziente che non doveva essere operato. In questi casi si parte dal falso della diagnosi in cartella clinica e se non interviene il giudice penale è difficile che questi casi siano perseguiti; peraltro, manca un controllo specifico, salvo quello di carattere generale, che possa impedirne il verificarsi.

I profili più problematici sono però quelli relativi a prestazioni non eseguite o non eseguite in un certo modo, con riguardo, ad esempio, al passaggio tra prestazione ambulatoriale e ricovero in *day hospital*, come rilevato in un procedimento in cui per un ricovero fino a tre giorni era stata stabilita una certa tariffa, la quale aumentava vertiginosamente quando il ricovero superava i tre giorni. In quel caso la sentenza in sede penale per il profilo di ipotesi di truffa non è stata di condanna ma di assoluzione; rimane l'anomalia che in una certa struttura una percentuale elevatissima di ricoveri superava la durata di tre giorni per consentire di raggiungere la qualifica superiore. La linea della difesa è stata volta a sostenere che in quella struttura erano trattati tutti i casi più gravi.

Pertanto, ad eccezione del riscontro *ex post*, è difficilissimo individuare nel sistema dei DRG le anomalie che hanno origine da un falso commesso sin dall'inizio della prestazione.

Il sistema dei controlli effettuati dai NOC ha raggiunto in Regione Lombardia un livello elevatissimo di competenze che sono state notevolmente migliorate. Naturalmente i controlli esclusivamente statistici non si sono rivelati sufficienti e per questo motivo si è dovuto entrare maggiormente nel merito.

Per quanto riguarda la competitività tra pubblico e privato, il forte intervento di quest'ultimo rappresenta motivo di riflessione. Dai dati a nostra disposizione risulta che nel settore della riabilitazione al privato è destinato il 56,7 per cento del totale delle erogazioni. È chiaro che il privato ragiona secondo logiche di profitto e di competitività che richiedono una particolare attenzione. A ciò si collega la questione delle fondazioni che evocano l'immagine di edifici ottocenteschi che recano la scritta «Ente morale», cioè fondazioni di piccolo rilievo effettivamente *non profit*. Quando però facciamo riferimento ad una fondazione come il San Raffaele comprensiva di numerose altre strutture, il meccanismo è diverso. Si parla, infatti, del controllo del prefetto. Cito il San Raffaele perché

non per la parte di rilievo penalistico, su cui l'indagine è in corso, ma per quella trattata dalla sezione fallimentare è emerso un dissesto che probabilmente si protrae da molti anni: il pubblico ha continuato a finanziare una situazione che tutti riconoscono di eccellenza ma che presenta debolezze strutturali notevolissime. Poi, anche con l'attenzione che il nostro ufficio ha dedicato al caso – voglio sottolinearlo – si è riusciti ad evitare una dichiarazione di fallimento che avrebbe creato ulteriori problemi. Sapete, infatti, che a seguito della modifica della legge fallimentare il tribunale fallimentare non può più dichiarare il fallimento ed aprire la procedura d'ufficio ma è il pubblico ministero che agisce; i nostri uffici, in questo come in altri casi, hanno spesso richiesto la dichiarazione di fallimento per fornire al tribunale tutto l'arco delle possibilità, ma poi hanno anche ampiamente favorito soluzioni che salvaguardassero non solo la struttura ed i suoi creditori ma la struttura con i suoi lavoratori e soprattutto con i pazienti lì ricoverati.

Ad ogni modo, questo è un punto debole che andrà certamente superato. Non si può pensare che la struttura delle prefetture che controlla la piccola fondazione assolutamente *non profit* possa controllare efficacemente anche colossi finanziari di questo tipo. Ad ogni modo, su questo la collega Pedio può fornire ulteriori indicazioni.

In sintesi, abbiamo potuto rilevare, da un lato, una discrezionalità molto ampia nelle attribuzioni ad una struttura piuttosto che ad un'altra; dall'altro, ci permettiamo di rilevare che la ricostruzione della procedura amministrativa che noi facciamo *ex post* ci fa imbattere in momenti motivazionali difficilmente ricostruibili. Naturalmente la presunzione di innocenza deve essere sempre tenuta presente, a maggior ragione dal pubblico ministero, con riferimento ad alcuni atti che vi sono stati resi noti e nell'ordinanza cautelare Daccò. Faccio però presente che la Fondazione Maueri ha investito percentuali strabilianti in attività di *lobbying*, di per sé lecite: tali investimenti ammontavano per un certo numero di anni al 25 per cento delle somme percepite, poi al 12 per cento. Solo questo è un dato che crea allarme. Poi, cosa sia avvenuto dopo è oggetto di indagine e sarà definito nelle sedi competenti. Ad ogni modo, il solo fatto che si possa investire così tanto in una attività di questo tipo indica che il sistema presenta delle falle.

*PEDIO.* Provo a dare qualche risposta alle vostre sollecitazioni e domande, agganciandomi proprio all'ultima considerazione del procuratore relativa alle rilevanti somme investite in attività di *lobbying*, che noi abbiamo quantificato in 70 milioni di euro erogati nell'arco di dieci anni a favore di alcuni intermediari. Tale somma corrisponde, secondo le emergenze investigative, al 25 e poi al 12,5 per cento – come già precisato dal procuratore – di quanto erogato dalla Regione Lombardia a titolo di funzioni non tariffabili per la riabilitazione.

*BRUTI LIBERATI.* Fermo restando, ripeto, che la qualità della struttura è eccellente. Molti di noi conoscono persone che sono state lì ricoverate e che sono rimaste molto soddisfatte.

*PEDIO.* Credo che la Fondazione Maugeri sia unica per alcune prestazioni.

Ci allarma però il fatto che una fondazione possa investire una somma così consistente, una percentuale così elevata di ciò che le viene erogato dalla Regione in una attività di *lobbying*. Quindi, forse, manca un controllo adeguato sui numeri di queste fondazioni, sui loro bilanci e, soprattutto, sui costi delle prestazioni.

Le funzioni non tariffabili rispondono sicuramente all'esigenza reale di riconoscere i maggiori costi o, comunque, una qualità nella prestazione sanitaria che non è facilmente riconducibile nel DRG. Questo tipo di remunerazione però si presta di per sé ad una certa discrezionalità: proprio perché non tariffabile la prestazione è più aleatoria, è più difficile da quantificare.

Ci siamo resi conto che nel tempo la valutazione di queste funzioni è stata sempre meno considerata in relazione ai costi. Il decreto ministeriale del 1994 indica addirittura quali costi devono essere presi in considerazione al fine del riconoscimento delle funzioni: si parla di costi del personale direttamente impiegato, costi dei materiali consumati, costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate e, per una quota, dei costi generali. Dall'attività istruttoria non emerge un'analisi puntuale di tali costi per il riconoscimento delle funzioni non tariffabili. Peraltro, dobbiamo ricordare che i costi delle strutture private sono mediamente più bassi rispetto a quelli delle strutture pubbliche, quanto meno per due motivi: le strutture private non sono obbligate a fare riferimento al contratto sanitario nazionale per il trattamento del personale. Sappiamo che quello del personale è il costo più elevato per le strutture sanitarie e le strutture private possono stipulare contratti tra privati disciplinati dal codice civile, senza sottostare al contratto nazionale.

L'altra ragione per la quale normalmente i costi sono più bassi è che i privati possono selezionare le prestazioni sanitarie che vogliono erogare. È noto che alcune prestazioni sono più remunerative di altre; gli enti pubblici sono obbligati a erogare tutte le prestazioni, mentre i privati possono selezionarle. Rispetto alla domanda posta sulla scelta di funzioni nuove, tornando al tema dei costi, rispetto ad alcune funzioni non si riesce a ricostruire i costi. In Lombardia è stata riconosciuta la funzione del *case mix*, che vuol dire che vengono premiate le strutture che svolgono attività diversificate dai trapianti, alla cardiologia, all'oncologia. Noi non siamo riusciti a ricostruire il maggior costo di questo tipo di prestazioni e come si possa quantificare. C'è un'altra funzione che viene riconosciuta e che è quella del gestore unico. Viene riconosciuta una maggiorazione in termini di erogazioni a coloro che hanno più strutture. Il San Raffaele o la Maugeri, ma anche altri evidentemente che hanno più strutture ospedaliere si ritiene che abbiano dei costi maggiori.



COSENTINO (PD). In teoria dovrebbe essere il contrario.

*PEDIO*. Noi non abbiamo rilevato uno studio di questi maggiori costi. È chiaro che quanto più ci si allontana dal dato oggettivo e ci si sposta verso i temi della qualità, che pure sono assolutamente apprezzabili e da perseguire, diventa più sfumata la possibilità di quantificare i maggiori costi e anche il valore di queste prestazioni. Questo è evidente, tant'è che, per esempio, rispetto ai temi della riabilitazione, che sono quelli che più abbiamo indagato, la funzione di complessità (costruita sulla tipologia di DRG trattati, che possono essere la riabilitazione neurologica o di tipo cardiaco o cardiocircolatoria) ci consente di ancorare il dato a un elemento oggettivo, che è quello del DRG. Se ci spostiamo in un ambito di qualità inteso come rapporto tra numero di fisioterapisti e pazienti o come numero di camere con bagno, finiamo in un ambito che è un po' meno quantificabile e soprattutto legato più alla qualità della struttura che non alla prestazione sanitaria erogata. Non ho la presunzione di dare delle indicazioni sulla politica sanitaria perché per il nostro mestiere abbiamo occasione di occuparci di mille argomenti. Noi rileviamo solo alcune anomalie; poi, la politica sanitaria la lasciamo a chi è più esperto di noi. Quello che posso dire è che probabilmente il sistema dei DRG è ancora molto ben strutturato ed efficace e che anzi si dovrebbe cercare, per quanto più possibile, di fare rientrare nel DRG anche tutti questi profili di qualità e complessità e, quindi, intervenire con delle revisioni tariffarie dando spazio nei DRG a dei settori che sono stati penalizzati dalla riforma. Mi riferisco, per esempio, alla riabilitazione che è così importante. È anche vero che questi sono settori che prima dei DRG venivano rimborsati a tariffa giornaliera. Con l'avvento dei DRG sono andati in crisi, almeno per quanto riguarda la riabilitazione. Il riconoscimento delle prestazioni all'interno dei DRG mi sembra risponda ad un principio di maggiore oggettività.

Sui temi della discrezionalità ai quali si accennava, le istruttorie sulle funzioni non tariffabili non sono chiarissime: i dati sono numerosi; vengono elaborati da *computer* e quello che noi abbiamo ricevuto come documenti relativi all'istruttoria sono delle tabelle *excel*, la cui lettura è assolutamente complessa perché mancano delle relazioni esplicative. C'è ugualmente discrezionalità, ma questo rientra nella politica sanitaria, nella scelta delle somme da erogare per le funzioni, nell'individuazione di quanto erogare per ciascuna funzione e quali funzioni remunerare perché anche questa è una scelta discrezionale. Gli erogatori conoscono le regole a valle. Sono contestuali alle remunerazioni.

COSENTINO (PD). Quasi tutti.

*PEDIO*. Nel momento in cui remunererò dico anche quali sono le regole perché la Regione si lascia questa libertà di poter decidere cosa premiare a consuntivo. Ciò naturalmente dà luogo a dei problemi di comprensione delle ragioni che hanno portato a quelle determinazioni. Questo è, infatti, un dato noto: le funzioni non tariffabili in Lombardia sono state

oggetto di un contenzioso amministrativo elevatissimo e alcune sono state modificate o soppresse in funzione di questo contenzioso. Sui controlli, la legge regionale n. 1 del 2000 prevede controlli sulle fondazioni. Per quanto mi risulta, sono rimessi alle ASL. Credo non siano stati fatti controlli sulle fondazioni, però ho una visione parziale, quella degli erogatori di cui mi sono occupata. Evidentemente questo tipo di controllo richiede che le Regioni si attrezzino perché il controllo è di natura finanziaria, economica, contabile e non di tipo sanitario. C'è, infatti, la necessità di poter vedere i bilanci ed esaminarli. Se una fondazione come il San Raffaele arriva ad avere un miliardo e mezzo di debiti, se una fondazione come la Maugeri può pagare in attività di *lobbying* quasi 80 milioni di euro, forse qualche domanda ce la dobbiamo porre sul fatto che avessero questa grande necessità di erogazioni. Noi, come uffici di procura, partiamo sempre dalla patologia. La concorrenza tra pubblico e privato è stata una scelta dichiarata della Regione Lombardia. Vorrei solo precisare che gli IRCCS possono essere anche pubblici. Le maggiorazioni tariffarie e le funzioni non tariffabili vanno anche al pubblico. Questo è quanto emerso dalla nostra attività investigativa.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

*I lavori terminano alle ore 15,10.*



