

ATTIVITA' DELLA GUARDIA DI FINANZA NEL SETTORE DELLE FRODI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. La necessità di pervenire al risanamento dei conti pubblici impone un'oculata attività di contenimento e razionalizzazione della spesa, anche con una mirata azione di controllo finalizzata all'individuazione delle condotte negligenti o illecite che, consentendo sprechi, diseconomie o inefficienze possono rappresentare una variabile sensibile nella funzione di crescita delle uscite di bilancio.

In tale contesto, il controllo della spesa sanitaria, stante la sua particolare importanza nell'ambito del bilancio pubblico e le sue preoccupanti dinamiche di crescita, rappresenta una delle priorità inderogabili per il raggiungimento degli obiettivi di politica economica.

Al riguardo, l'attività del Corpo in materia di spesa sanitaria viene svolta sia d'iniziativa (nel quadro dei compiti istituzionali fissati dall'art. 2, comma 2, lett. e. del D.Lgs. 68/2001), che sulla base di deleghe rilasciate dall'Autorità Giudiziaria ordinaria e dalla Corte dei Conti, nell'ambito dei controlli a tutela della corretta erogazione delle pubbliche risorse.

L'azione della Guardia di Finanza nello specifico comparto si muove lungo due direttrici:

- la prima di natura collaborativa, che vede la cooperazione del Corpo con gli altri attori istituzionali a livello regionale, locale fino alle singole AA.SS.LL., attraverso la stipula di specifici protocolli d'intesa finalizzati allo scambio di informazioni sensibili di un approfondimento ispettivo in relazione ad ipotesi di violazioni di carattere sostanziale, ovvero connesse a fenomeni di rilevanza penale che travalicano le competenze degli organi amministrativi;
- la seconda di carattere operativo, che si traduce, sostanzialmente, nel complesso di tutte le attività d'indagine svolte dal Corpo, d'iniziativa e delegate.

2. Anche l'attività di contrasto si divide in due grandi comparti, comunque strettamente connessi: il primo legato alle truffe perpetrate a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il secondo relativo all'accertamento di danni erariali connessi alla gestione delle risorse pubbliche destinate a tale comparto.

Più in dettaglio, con riferimento al primo aspetto, le risultanze di accertamenti ed indagini svolte dai vari Reparti del Corpo sul territorio nazionale, nel primo comparto, hanno portato alla scoperta di violazioni che assumono contenuti e caratteri molto diversificati:

- **false autocertificazioni redatte da privati al fine di ottenere prestazioni sanitarie in regime di esenzione non spettante.**

Si tratta di una violazione che realizza il reato di truffa ai danni dello Stato, le cui indagini riguardano il controllo della posizione reddituale dei soggetti beneficiari dell'esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario sulle prestazioni mediche e di laboratorio presso le strutture pubbliche e private convenzionate;

- **attestazione di falsi ricoveri o falsa attestazione del tipo di ricovero (*day hospital* invece di intervento ambulatoriale; interventi di chirurgia estetica fatti passare per gravi patologie).**

Tale fattispecie avviene attraverso l'utilizzo scorretto delle tariffe ospedaliere – DRG (*diagnosis related groups*)¹ – che rappresentano il sistema di pagamento delle prestazioni dei nosocomi, nella cui quantificazione possono venire alla luce comportamenti truffaldini volti a far figurare l'intervento eseguito nella categoria di cura per la quale è previsto un rimborso superiore;

- **iperprescrizione di farmaci** da parte di medici che prescrivono medicinali al di sopra della media degli stessi farmaci prescritti da tutti gli altri medici di Medicina Generale di base convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale e facenti capo alla medesima ASL;
- **fraudolento frazionamento dei periodi di lungodegenza che superano il limite massimo di durata del ricovero rimborsato dal SSN.**

Si tratta del sostanziale aggiramento dei precetti contenuti nella normativa di settore, sia nazionale che regionale, commessi dalle strutture sanitarie erogatrici di servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale, le quali hanno artificiosamente rappresentato come “frazionati” ricoveri che, in realtà, erano da considerarsi “continuativi”, al fine di ottenere un indebito rimborso a tariffa “piena” da parte delle Regioni;

- **finti ricoveri eseguiti in regime d'emergenza da case di cura private**, che, sulla base del Piano Sanitario Regionale, non risultavano abilitate per l'emergenza sanitaria. Numerose degenze, infatti, erano state innescate da procedure d'emergenza presso istituti non dotati di un servizio di pronto soccorso, autorizzato ed accreditato dalla Regione, condizione indispensabile per poter ricorrere alla citata tipologia di ricovero;
- **maggiori rimborsi ottenuti da numerosi medici di base (con la complicità di funzionari sanitari), mediante l'inserimento nell'elenco dei propri pazienti di persone emigrate all'estero o addirittura decedute.**

Tale attività ha consentito, in particolare, di:

- individuare comportamenti illeciti volti a generare non corrette dinamiche di spesa a carico del Sistema Sanitario Nazionale con conseguenti profili di responsabilità amministrativa;
- stimolare le competenti strutture sanitarie ad avviare in modo sistematico, a livello nazionale, una quanto mai opportuna opera di bonifica ed aggiornamento delle liste degli assistiti con conseguente rideterminazione degli importi spettanti ai medici e recupero delle somme dagli stessi già percepite senza titolo.

Il secondo comparto, invece, è legato al contrasto dell' **inefficienze nelle procedure di gestione della spesa da parte delle Aziende Sanitarie Locali** e riguarda, in sintesi, la disapplicazione dei precetti contenuti nella normativa di settore, in materia di contenimento della spesa sanitaria, realizzata attraverso il mancato rispetto del tetto di spesa complessivo che ha determinato un ingente disavanzo nel bilancio delle aziende sanitarie o il mancato rispetto della normativa di settore.

3. Di seguito, vengono riportati i risultati complessivamente conseguiti dai Reparti della Guardia di Finanza nel settore della spesa sanitaria nel 2013 e nel primo bimestre del 2014:

¹ Si tratta, nella terminologia italiana, del sistema dei “raggruppamenti omogenei di diagnosi” (R.O.D.) che individuano le modalità di remunerazione delle attività assistenziali a carico del Servizio Sanitario Nazionale in base a tariffe predefinite per ciascuna tipologia di prestazione resa.

SPESA SANITARIA		2013	gennaio/febbraio 2014
Interventi effettuati	n.	10.333	661
Persone denunciate	n.	1.173	121
di cui in stato di arresto	n.	10	5
Frode accertata	€	20.481.827	5.157.598
Frode accertata non consumata	€	2.560.568	6.639
Totale frode	€	23.042.395	5.164.237
di cui: TICKET SANITARI		2013	gennaio/febbraio 2014
Interventi effettuati	n.	9.936	645
Persone verbalizzate	n.	7.972	589
Frode accertata	€	909.362	106.281
Frode accertata non consumata	€	44.491	6.639
Totale frode	€	953.853	112.920
DANNI ERARIALI IN MATERIA DI SPESA SANITARIA		2013	gennaio/febbraio 2014
Interventi	n.	177	32
Soggetti verbalizzati	n.	742	104
Danni erariali accertati	€	1.005.457.008	150.206.315