

L'indagine

Riguarda il periodo tra il 1999 e il 2006 e si è estesa a una trentina di istituti piemontesi

ANDREA ROSSI

Tra il 1999 e il 2006 quasi 3 mila pazienti piemontesi sono entrati in una casa di cura e ne sono usciti esattamente due mesi dopo, salvo poi rientrare - nella stessa, in un istituto con identico proprietario o in altra clinica - il giorno stesso o quello dopo. Due mesi è un tempo che non ha nulla di casuale: dopo sessanta giorni il rimborso che le Asl pagano alle case di cura private viene decurtato del 40% (o del 20%, a seconda delle tipologie di ricovero), così da scoraggiare le degenze prolungate e contenere la spesa sanitaria. Se però il paziente viene dimesso al sessantesimo giorno e ricoverato subito dopo si ricomincia. Daccapo e a tariffa piena.

L'indagine contabile

Su trentuno case di cura pendono ora la scure della Corte dei Conti, che ha chiesto indietro 5 milioni e 910 mila euro, illecitamente sottratti alle Asl - secondo la procura contabile - attraverso un valzer artificioso di ricoveri e dimissioni al cui apice c'era uno dei maggiori imprenditori del settore, quel Pietro Camerlengo amministratore unico di tre case di cura - Villa Iris, Villa Papa Giovanni XXIII e Adriana - da un migliaio di posti letto. A Camerlengo il procuratore Ivano Malpesi chiede di risarcire 1,7 milioni. Il resto è spalmato sulle altre strutture, quasi tutte nel Torinese: Villa Ida Santa Croce di Lanzo, fino al 2010 amministrata dall'ex vicepresidente del Csm, il politico dell'Udc Michele Vietti, Fondazione Maugeri, Fondazione Don Gnocchi, Fatebenefratelli, Bernini, Nuova San Paolo (fallimento), Monza-casa di Ivrea, Villa Grazia di San Carlo Canavese, Clinea di San Maurizio.

Nell'inchiesta sono finiti anche cinque funzionari (o ex) della Regione, tra cui Luigi Robino, attualmente indagato dalla procura nell'inchiesta sugli appalti per il grattacielo di Fuksas: secondo la Corte avrebbero chiuso un occhio, se non addirittura avallato il valzer dei pazienti.

L'indagine nasce da una voluminosa relazione del gruppo Tutela della spesa pubblica della Guardia di Finanza. Prima ancora era stata la procura ad aprire due fascicoli dopo le verifiche dei carabinieri del



REPORTERS

L'inchiesta della Corte dei Conti

Rimborsi alle case di cura Alle Asl danno da 5,9 milioni

Pazienti dimessi e ricoverati subito dopo per lucrare sulle tariffe



REPORTERS

Villa Iris di Pianezza, amministrata da Pietro Camerlengo



Villa Ida di Lanzo, fino al 2010 amministrata da Michele Vietti

Nas, concentrandosi proprio sulle cliniche di Camerlengo. Nulla di fatto: in un primo caso i reati erano prescritti, nel secondo il tribunale ha archiviato.

La difesa delle cliniche

Al di là dei rilievi penali secondo la Corte dei Conti il meccanismo era oliato alla perfezione: al sessantesimo giorno le case di cura dimettevano i pazienti (lungodegenza, post acuzie, psichiatria), ma li ricoveravano subito dopo, spesso dopo un pas-

saggio in pronto soccorso o da un medico. Il rientro in clinica sarebbe proprio la dimostrazione della «simulazione»: i pazienti non erano guariti, l'uscita serviva solo a interrompere la continuità della degenza senza incorrere nel taglio della tariffa, anzi, ricominciando il giorno successivo a prezzo pieno.

E le Asl? Pagavano senza rendersi conto di quanto accadeva: i tempi con cui vengono erogati i rimborsi alle case di cura, e lo scambio di pazienti tra una e l'al-

tra, impediva di verificare puntualmente la situazione, senza contare che la loro era una funzione puramente contabile. Un punto fortemente contestato dai legali delle cliniche, secondo cui al contrario erano le stesse aziende sanitarie ad autorizzare prima le dimissioni e poi ricoveri. Non solo, ma gli avvocati battono su altri due aspetti rilevanti, su cui dovrà esprimersi il collegio giudicante presieduto da Giovanni Coppola. Primo: le contestazioni della Corte dei

Conti si basano sull'esame di 62 cartelle cliniche, alcune delle quali sarebbero regolari. Perché allora considerare questo campione rappresentativo (senza esaminare ogni cartella) di 2.765 casi? Secondo: gli importi contestati riguardano in media l'1% dei fatturati delle case di cura sotto inchiesta. Un modo per dire che le somme erano così esigue da non giustificare la girandola. E che il sistema era sano, non concedeva spazio a simulazioni né intese criminose.