



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 136

**BOZZE NON CORRETTE**  
**(versione solo per Internet)**

**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

142<sup>a</sup> seduta: mercoledì 1° febbraio 2012

Presidenza del presidente MARINO

## INDICE

### **Audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo Luigi Pierangeli**

PRESIDENTE	<i>PIERANGELI</i>
COSENTINO ( <i>PD</i> )	
MASCITELLI ( <i>IdV</i> )	
MAZZARACCHIO ( <i>PdL</i> )	

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale: Grande Sud-SI-PID-Il Buongoverno: CN:GS-SI-PID-IB; 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-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I..*

*Interviene il Presidente dell'AIOP Abruzzo, dottor Luigi Pierangeli, accompagnato dal dottor Giovanni Scurti.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

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

#### ***SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI***

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

Comunico che è giunta da parte di Radio Radicale una richiesta di attivazione dell'impianto audiovisivo. Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

#### **Audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo Luigi Pierangeli**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sui

fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

È oggi prevista la libera audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, nell'ambito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nel Servizio sanitario nazionale. Saluto e ringrazio per la sua presenza il dottor Luigi Pierangeli, presidente dell'AIOP Abruzzo, e il dottor Giovanni Scurti che lo accompagna.

Attraverso l'odierna audizione la Commissione intende acquisire ulteriori elementi conoscitivi circa la peculiare situazione venutasi a creare, nel corso degli anni, nel servizio sanitario della Regione Abruzzo. Va ricordato che questa Commissione, a tale riguardo, ha già sentito sia l'ex Presidente della Regione, onorevole Ottaviano Del Turco, sia l'attuale Presidente, dottor Giovanni Chiodi, sia l'ex assessore alla sanità, dottor Bernardo Mazzocca, sia, infine, i pubblici ministeri che hanno condotto le indagini sui fatti di corruzione nel Servizio sanitario abruzzese.

Prima di dare la parola all'audendo, trovo opportuno sottolineare, ai fini di un migliore inquadramento dei nostri lavori, che l'inchiesta sulla corruzione è stata deliberata per acquisire elementi di conoscenza sui meccanismi e sulle prassi amministrative che possono favorire l'insorgenza di malagestione e, quindi, inefficacia ed inefficienza nel Servizio sanitario nazionale.

È appena il caso di notare che non compete a questa Commissione, ma naturalmente alla magistratura, nella sua indipendenza, l'accertamento delle eventuali responsabilità penali riconducibili a condotte di malagestione del Servizio sanitario.

Ciò posto, darei ora la parola al dottor Pierangeli, che potrà così riferire sui fatti attinenti all'inchiesta di cui è a conoscenza. In particolare, chiedo all'audendo di soffermarsi sui seguenti temi: operazioni di cartolarizzazione e autocertificazione dei crediti degli erogatori privati; percorsi di contrattualizzazione per la definizione dei tetti di spesa, sia nella fase ante commissariale che in quella commissariale; processi di verifica, controllo e monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sia nella fase antecedente che in quella successiva all'inizio del Piano di rientro del *deficit* sanitario.

Dopo la sua relazione introduttiva, i commissari presenti, a partire dai relatori (la senatrice Bianconi del gruppo del PdL e il senatore Cosentino del Gruppo del PD) potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

Dal momento che alle ore 15 si terrà l'audizione del Ministro della salute presso la Commissione igiene e sanità, chiedo al nostro ospite di contenere la sua relazione introduttiva nel tempo di circa 10-15 minuti in

modo tale che vi possa essere la possibilità di una interlocuzione con i commissari e quindi di una breve replica dello stesso dottor Pierangeli.

*PIERANGELI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei porre preliminarmente una questione di opportunità istituzionale, riferita alle ragioni che avevano già determinato il rinvio della mia audizione. Sono stato convocato come testimone presso il Tribunale di Pescara nell'ambito del processo noto come "Sanitopoli". La mia testimonianza era stata originariamente prevista nel mese di dicembre, poi è slittata al 30 gennaio scorso e, attualmente, è stata ulteriormente rinviata alla metà di febbraio. Valuti la Commissione, secondo ragioni di opportunità, se sia il caso o meno, fino a quella data, di mantenere riservata la mia audizione.

*PRESIDENTE.* Dottor Pierangeli, se durante l'audizione dovessero emergere aspetti che alcuni commissari riterranno tali da dover essere secretati, potrà in quel momento essere disposta la secretazione.

Le chiedo quindi di iniziare la sua relazione con le questioni che io le ho posto in relazione alle operazioni di cartolarizzazione.

*PIERANGELI.* In relazione alla prima operazione di cartolarizzazione, la Regione Abruzzo ha trascinato per molti anni il problema legato alla trasformazione - nell'ambito del riordino del Servizio sanitario nazionale in applicazione del decreto legislativo n. 152 del 2009 - dei rapporti di convenzione in rapporti di accreditamento. Si sono create alcune anomalie in quanto la Regione Abruzzo non ha affrontato per tempo le questioni legate alla programmazione e non ha valutato gli effetti della trasformazione del sistema di tariffazione delle prestazioni già erogate. Vi erano alcune strutture psichiatriche, in particolare Villa Pini, che avevano in corso la deospedalizzazione di pazienti psichiatrici e cronici e conseguentemente si è tentato, a nostro giudizio impropriamente, di bloccare i *budget* (in realtà non sono stati bloccati, perché sono state previste delle scale di incremento), di attribuirli *a priori* e di incrementarli indipendentemente dalle prestazioni che le case di cura erogavano, senza tenere in alcun modo conto delle prestazioni storicamente erogate e neppure del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale.

La materia è rimasta totalmente non regolata e l'unica delibera adottata risale all'agosto del 1995. Con essa, in sostanza, non si pianificava nulla; tutto veniva rimandato a contrattazioni periferiche e, a causa della confusione esistente all'epoca, sono venute fuori situazioni totalmente

disomogenee, dalle quali poi è discesa la trasformazione della casa di cura Villa Pini, sfociata in un'operazione di autoaccreditamento che ha determinato problemi successivi. In quella fase, non avendo la Regione disciplinato i rapporti, noi abbiamo impugnato le delibere adottate negli anni 1995, 1996, 1997 e 1998 ottenendo l'annullamento di quegli atti deliberativi. Ciò ha dato origine a dei contenziosi che hanno prodotto poi delle sopravvenienze passive per la Regione.

In quell'ambito, per quanto riguarda la posizione della casa di cura da me rappresentata in quel momento e di quelle aderenti all'AIOP e che sono poi rimaste all'interno dell'associazione (quindi escludendo il gruppo Villa Pini), per quanto mi consta l'operazione è stata gestita in maniera assolutamente corretta. Vi erano degli *extra budget*, a fronte di deliberazioni che determinavano i tetti di spesa e che sono poi state annullate da parte del TAR.

Per quanto riguarda noi, i contratti negoziali erano stati risolti per il mancato rispetto dei termini essenziali di pagamento nell'interesse della casa di cura. Negli anni in cui la negoziazione si è svolta correttamente, in quanto la pianificazione era stata fatta per tempo, ad esempio nel 1998, nonostante noi avessimo ottenuto l'annullamento della delibera che poneva il tetto di spesa (per ragioni meramente giuridiche, in quanto ci



interessavano alcuni aspetti della delibera che riguardavano la normativa generale), non abbiamo assolutamente rivendicato il pagamento dei saldi. E lo stesso è avvenuto negli anni 2002 e 2003, avendo raggiunto un accordo tempestivo con la Regione.

Per i primi anni, il contenzioso era non solo radicato ma abbiamo vinto dappertutto nel primo grado di giudizio e vi è stata la risoluzione pacifica dei rapporti contrattuali per mancato rispetto dei termini essenziali di pagamento nell'interesse della casa di cura. A quel punto, a quanto ne sappiamo noi dell'operazione di cartolarizzazione, la Regione aveva in corso un programma di consolidamento dell'indebitamento per giungere ad una pianificazione finanziaria dalla quale scaturisse un ordine nei conti che consentisse anche la riduzione del *deficit*. Successivamente abbiamo purtroppo scoperto che questa operazione di cartolarizzazione non si è svolta solo in riferimento a posizioni giuridiche soggettive assolutamente certe. Per esempio, nell'operazione di cartolarizzazione furono inseriti degli *extra budget* relativi all'attività della casa di cura Villa Pini i cui amministratori, proprio in relazione agli esercizi ai quali si faceva riferimento, erano già sotto processo essendo stati rinviati a giudizio per le somme che la casa di cura aveva percepito. Ci sembrava, quindi,

francamente anomalo il fatto che venissero riconosciuti ulteriori *extra budget*.

Su questa operazione noi abbiamo avuto modo di rilevare anche altre anomalie: casualmente scoprimmo che erano in corso dei giudizi nei confronti della Regione da parte di case di cura del gruppo Villa Pini, quando una delle condizioni per accedere alla transazione era che le case di cura rinunciassero preventivamente a tutti i giudizi in corso e che lo facessero in maniera tombale, ottenendo anche il vincolo di solidarietà da parte dei legali, che è esattamente ciò che noi abbiamo fatto. A quel punto abbiamo ritenuto opportuno chiedere alla Regione - questo è avvenuto a dicembre del 2006 - se tutti i contratti di transazione per la cartolarizzazione fossero stati sottoscritti secondo uno schema omogeneo. Non siamo mai riusciti ad ottenere una risposta, né dall'assessore Mazzocca né dal Presidente Del Turco e, quindi, dopo esserci procurati gli atti pubblici abbiamo effettivamente riscontrato che c'erano delle differenze nel contratto: mentre a noi era stata richiesta la rinuncia preventiva ai contenziosi in essere, lì c'era solo un impegno della parte a rinunciare al contenzioso. Altra anomalia rilevata è che, pur avendo continuato le società contraenti di questo accordo transattivo a coltivare i giudizi, la Regione non aveva chiesto la risoluzione dei contratti di transazione sui quali era fondata

l'operazione di cartolarizzazione. Noi abbiamo avanzato un'istanza *ex lege* n. 241 del 1990, abbiamo continuato ad insistere, ma purtroppo da quel momento, nonostante le nostre richieste di dati sulle attività erogate dalle case di cura, si è interrotta ogni forma di dialogo con la presidenza della Giunta regionale e con l'assessorato alla sanità. Ho portato anche la documentazione che può meglio illustrare questi passaggi.

In quell'operazione di cartolarizzazione erano comunque previsti degli aspetti positivi, come la stabilizzazione finanziaria e soprattutto la rinuncia a tutti i contenziosi. Siamo rimasti sorpresi del fatto che non ci fossero state rinunce da parte di tutti ai contenziosi e che la Regione non si sia avvalsa della propria facoltà di risolvere i contratti essendo l'altra parte contraente risultata inadempiente. Ho poi sentito parlare di autocertificazioni e ipotesi del genere. Sul punto vorrei chiarire un aspetto importante: le transazioni concluse con la Regione in relazione agli anni 1995, 1996, 1997 e 1998 (poi dirò anche degli anni successivi perché non per tutti i soggetti sono stati chiusi accordi per gli stessi anni) fanno riferimento ad annualità nel corso delle quali l'attività di controllo era stata regolarmente espletata dalle ASL. C'erano i verbali delle ispezioni e sono stati apportati tagli; c'è stata un'attività ispettiva continua e costante. Non entro nel merito delle posizioni soggettive delle singole strutture perché è

chiaro che chi aveva ottenuto gli annullamenti delle delibere che ponevano dei tetti di spesa e aveva risolto i contratti rientrava nella possibilità di scegliere la transazione; questa è stata chiusa al 65 per cento degli *extra budget* per gli anni in cui c'erano stati annullamenti delle delibere ovvero risoluzione dei contratti sulla sola quota capitale quando, a distanza di anni e anni, applicando interessi e spese la quota capitale era forse quasi raddoppiata. La questione relativa alle autocertificazioni è un fatto aggiuntivo: un'autocertificazione determina l'assunzione comunque di una responsabilità personale da parte di chi certifica. In relazione a quelle annualità, le attività ispettive erano state svolte, i verbali ispettivi erano a disposizione, la dimensione dei tagli era stata definita e il quadro era assolutamente chiaro. Quindi non ci saremmo aspettati che venissero poi inserite in queste operazioni di transazione anche case di cura che avevano posizioni soggettivamente diverse rispetto alle nostre (c'è addirittura un processo in corso per le cifre che erano state incassate). Questo è il primo dato. Il secondo è che abbiamo avuto modo di constatare che per alcune case di cura non solo si sono conclusi i contratti di transazione secondo lo schema di contratto adottato con l'atto deliberativo dal quale origina tutta l'operazione di cartolarizzazione, ma ci sono stati addirittura accordi separati sottoscritti con i singoli direttori generali, sempre per questioni

attinenti ad attività svolte dalla casa di cura in un periodo per il quale erano già intervenuti rinvii a giudizio nell'ambito del primo processo "Sanitopoli", che si è tenuto nei confronti dell'assessore Del Colle e del direttore generale della ASL di Chieti. Tra l'altro, nella transazione (che poi è stata acquisita, che è agli atti del processo e si può facilmente visionare) la questione relativa alle prestazioni erogabili dalla casa di cura rispetto alle discipline formalmente accreditate - che poi avevano determinato evidentemente *extra budget* rivendicati alla case di cura - viene liquidata facendo riferimento non già alle discipline formalmente autorizzate dal piano sanitario regionale vigente all'epoca, ma al decreto ministeriale del 30 gennaio 1998 e al decreto ministeriale del 31 gennaio 1998, che sono i due decreti con i quali vengono definite le discipline equipollenti e affini in materia di concorsi pubblici, quindi per valutare i requisiti per partecipare ai concorsi pubblici.

L'aspetto singolare di questa vicenda è che su quella transazione viene commesso lo stesso errore che poi verrà riportato anche nel testo della legge regionale n. 20 del 2006, sulla cui approvazione sono sorti i primi problemi di rapporto con la Giunta regionale. Mi spiego. Evidentemente, nella fretta di chiudere i testi, viene citato solo il decreto ministeriale del 30 gennaio 1998, che definisce l'elenco delle discipline

equipollenti laddove si riporta nel testo sia il riferimento alle discipline equipollenti che alle discipline affini. Queste ultime sono tutt'altra cosa e sono state determinate con il decreto del il 31 gennaio 1998. Si tratta di un altro aspetto singolare di tutta la vicenda perché i nostri problemi di rapporto con la Regione nascono proprio nel procedimento di formazione della legge regionale n. 20. Sul punto, se mi è consentito, vorrei aprire una breve parentesi.

Quando si è insediata la giunta Del Turco, soprattutto dopo l'istituzione dell'Agenzia sanitaria regionale e dopo l'arrivo del nuovo direttore dell'Agenzia sanitaria regionale, l'AIOP si è messa completamente a disposizione della Regione, dichiarando la propria volontà a collaborare e a contribuire alla riduzione di spesa. Siamo stati convocati formalmente nell'ambito del procedimento di formazione della legge. Abbiamo raggiunto un accordo, messo a verbale, con il quale avevamo peraltro accettato tutta una serie di condizioni. L'aspetto singolare della vicenda è che poi il verbale è scomparso. Questa è una delle questioni per le quali sono stati poi rinviati a giudizio alcuni degli imputati nell'attuale processo "Sanitopoli". Noi abbiamo cercato per mesi, attraverso una serie di richieste formali, di ottenere copia del verbale. C'è stato anche un altro giallo nel procedimento di formazione della legge regionale n. 20: il presidente della

Commissione sanità e affari sociali della Regione, l'avvocato Antonella Bosco, aveva risposto con la convocazione del sottoscritto, ma questa convocazione non mi è mai giunta. Il provvedimento è stato licenziato e il testo è riapparso, purtroppo, con la stessa modifica che era stata inserita in quell'atto di transazione al quale facevo riferimento poc'anzi e rispetto al quale si appalesa un errore evidente. Noi avevamo sottoscritto un accordo con la Regione in cui limitavamo la possibilità di erogare prestazioni per il *day hospital* e il *day surgery* alle sole discipline equipollenti a quelle formalmente autorizzate e accreditate. Il testo della legge, invece, è stato modificato inserendo anche il termine "affini", con un riferimento legislativo sbagliato, in quanto il riferimento legislativo alle discipline affini non è citato.

Questo è l'antefatto. Vorrei poi chiarire un altro aspetto. Si è parlato di contratti sottoscritti pochi giorni prima delle elezioni, per una durata triennale; si è parlato anche di incrementi del 30 per cento del *budget* e delle tariffe. Questo non è assolutamente vero. L'incremento - ed è un dato documentato e documentabile - è stato del 10 per cento e per il triennio precedente era stato di un ulteriore 10 per cento. Vorrei spiegarne le ragioni. Il tariffario della Regione Abruzzo era bloccato all'anno 1999 ed era attestato su un valore pari all'80 per cento del tariffario nazionale. Tra il

1999 e il 2003 il tariffario non è mai stato aggiornato. Il decreto ministeriale del 15 aprile 1994, che disciplina l'approvazione dei tariffari nelle Regioni, prevede che l'aggiornamento sia al massimo triennale. Le sentenze prodotte in sede amministrativa hanno invece affermato il concetto di dinamicità delle tariffe, stabilendo che quando una Regione riapprova un proprio tariffario dopo un termine superiore a quello dei tre anni la decorrenza del livello tariffario debba ripartire dalla data di scadenza del tariffario precedente. Ripeto che le tariffe erano bloccate al 1999. Noi abbiamo sollecitato più volte l'adozione di un nuovo tariffario e abbiamo diffidato la Regione. E' intervenuto nel 2004 un accordo con l'assessorato alla sanità e nell'ambito di questo accordo si è stabilito di incrementare del 10 per cento le tariffe per il periodo 2002-2004 e di un ulteriore 10 per cento per il periodo 2005-2007. A fronte di questi incrementi, le case di cura hanno dovuto contestualmente rinunciare agli effetti degli incrementi sulle annualità 2002-2003 e su tutto il pregresso. Faccio presente che con l'ultimo incremento a regime le tariffe si sono attestate sul valore della tariffa nazionale e che l'incremento dei *budget* delle case di cura tra il 1998 e il 2007 è stato complessivamente del 20 per cento, con un andamento disomogeneo e discontinuo. Il dato finale è



questo. Nello stesso periodo il fondo sanitario regionale è incrementato del 90 per cento.

Questo è il dato assoluto. In riferimento, invece, alla impossibilità di risolvere o di riaprire anticipatamente questi contratti devo dissentire nel modo più assoluto, perché proprio la legge regionale n. 20, approvata nel luglio 2006, indipendentemente da tutte le questioni sorte nel tormentato *iter* di formazione della stessa, prevedeva all'articolo 4, comma 2, che fossero riaperti e aggiornati i contratti negoziali in corso di validità, attraverso una procedura negoziata formale. Dove sono sorte le difficoltà nel rapporto con la Regione? Intanto, è ben evidente che, se noi abbiamo sottoscritto un verbale di accordo, il nostro intendimento era quello di giungere ad una riduzione dei ricoveri e del tasso di ospedalizzazione. Il problema è sorto perché, nell'ambito del nostro accordo, come pure nel testo della legge, era previsto che la riduzione fosse complessiva. Ciò è avvenuto perché, come ben sapete, l'erogazione di prestazioni nell'ambito della Regione Abruzzo è stata assolutamente disomogenea. Io ho portato qui alcuni dati.

PRESIDENTE. Dottor Pierangeli, devo chiederle di arrivare ad una sintesi del suo intervento, altrimenti non resterà tempo per eventuali domande.

*PIERANGELI.* Noi abbiamo chiesto di essere convocati per l'aggiornamento dei contratti negoziali e, quindi, che fossero riavviate le procedure per la riapertura dei contratti. L'assessorato alla sanità ci ha scritto ai primi di settembre dicendo che a brevissima scadenza ci avrebbero convocato per la riapertura dei contratti negoziali. Ebbene, siamo stati convocati solo il 10 novembre. Presidente, lei capisce che se la Regione avesse avuto realmente interesse ad anticipare la riapertura dei contratti avrebbe dovuto mostrare una sollecitudine ben diversa. Il 10 novembre si è tenuta una riunione presso l'assessorato alla sanità, alla presenza anche dei responsabili dell'Agenzia, ed è stato raggiunto un nuovo accordo con l'AIOP.

Devo aprire a questo punto una breve parentesi. L'Agenzia sanitaria aveva pubblicato i dati relativi a tutte le prestazioni ospedaliere erogate da tutte le case di cura e da tutti gli ospedali della Regione. Da questi dati è emerso - inequivocabilmente - che mentre alcune case di cura avevano, dall'ultimo piano sanitario, totalmente stabilizzato il numero dei ricoveri, vi era stato invece un incremento dell'80 per cento su un gruppo di case di cura, che poi era sempre il solito, cioè il gruppo Villa Pini. Poichè vi era un problema di tasso di ospedalizzazione e l'Abruzzo - come lei sa, Presidente

- è in una condizione di esubero assurdo, il fatto ci era sembrato singolare posto che ritenevamo che ci fosse stata omogeneità da parte della Regione nella gestione dei rapporti con le case di cura. Analizzando i dati pubblicati a fine estate dall'Agenzia sanitaria regionale ci siamo accorti che c'erano criticità importanti rispetto al tasso del 100 per cento di utilizzo da parte di alcune case di cura nell'erogazione di prestazioni relative a discipline che mai la Regione aveva accreditato. Considerando che l'obiettivo della Regione era non solo quello di ridurre il numero di prestazioni ma anche l'inappropriatezza, abbiamo chiesto che si tenesse immediatamente un tavolo tecnico e che fosse fatta piena luce su tutte le prestazioni erogate da tutte le case di cura affinché il processo si svolgesse nel modo più trasparente possibile, soprattutto in considerazione delle anomalie che venivano riscontrate sui dati pubblicati. Ricordo che all'epoca era in corso il primo processo "Sanitopoli" su Pescara e, quindi, in considerazione di quelle anomalie ci sembrava assolutamente necessario che si facesse piena luce su tutte le prestazioni erogate da tutte le case di cura, a partire dalle nostre. L'accordo con l'assessore della sanità e con l'Agenzia fu raggiunto il 10 novembre; la prima seduta del tavolo tecnico venne programmata per il 14 novembre; la mattina di quel giorno la riunione fu disdetta telefonicamente dall'assessorato alla sanità su disposizione, così ci fu

riferito, del presidente Del Turco. Il Presidente ci ha poi convocati per un'altra riunione alternativa al tavolo tecnico, sostituendosi agli interlocutori che avrebbero dovuto partecipare al tavolo tecnico. Avrebbe voluto convocarci singolarmente, ma noi abbiamo chiesto di essere convocati insieme, come associazione, e così si è sviluppato l'incontro.

In merito a quest'ultimo, posso dire che abbiamo sollecitato invano la riapertura del tavolo tecnico, ma questa possibilità ci è stata negata e ci è stata preannunciata l'idea di operare tagli lineari quando la stessa legge regionale n. 20 prevedeva che il taglio fosse complessivo e che la modularità dei tagli dipendesse da due indici: l'appropriatezza ed il numero di ricoveri ripetuti.

COSENTINO (PD). Data la complessità e l'interesse della relazione del Presidente dell'AIOP dell'Abruzzo e ritenendo necessario che vi sia una successiva audizione per completare le domande e le risposte e anche per consentire ai relatori e ai membri della Commissione la lettura degli atti che saranno consegnati, ritengo che potremmo lasciare al dottor Pierangeli il tempo per proseguire tranquillamente la sua introduzione e quindi sospendere la seduta della Commissione per aggiornarla, se i colleghi sono d'accordo, a data immediatamente successiva all'udienza in tribunale, in

modo da liberarci anche della eventuale necessità di secretare alcune parti. Potremo riprendere la prossima audizione con le domande dei commissari che, alla luce della documentazione che ci verrà lasciata, potranno essere forse più utili al fine di raggiungere un convincimento da parte della Commissione.

MASCITELLI (*IdV*). A nome del mio Gruppo, esprimo un totale assenso alla proposta formulata dal collega Cosentino, a condizione che il tutto si inquadri nella tempistica che la nostra Commissione dovrà darsi al più presto su questo filone d'inchiesta. È evidente che l'audizione va riaggiornata a fronte di un completamento della relazione del Presidente dell'AIOP e della messa a disposizione di una documentazione che possa mettere i colleghi commissari nella condizione di avere una contezza delle argomentazioni trattate, che presentano indubbiamente dei risvolti di carattere particolarmente tecnico, ma anche dei risvolti che possono essere significativi dal punto di vista penale. Sull'ordine dei lavori, proposto dal senatore Cosentino, ci può essere quindi accordo, a condizione che vi sia un'intesa della Commissione per un aggiornamento dell'audizione a breve termine; diversamente ne deriverebbe una dilatazione eccessiva dei tempi per la conclusione dell'inchiesta.

PRESIDENTE. Sono assolutamente d'accordo e, d'altra parte, avendo esaurito alcuni altri filoni d'inchiesta, almeno parzialmente, stiamo privilegiando nell'agenda dei lavori il tema della corruzione. Terremo certamente conto, pertanto, della tempistica.

*PIERANGELI.* Vorrei precisare che tutte le vicende riferite sono fondate su base documentali che vorrei fornire alla Commissione.

PRESIDENTE. Se consegnerà ai nostri Uffici il fascicolo con la documentazione sarà nostro compito fornirlo ai relatori e ai commissari interessati.

*PIERANGELI.* Su quale argomento volete che riferisca?

*MAZZARACCHIO (PdL).* Vorrei approfondisse l'aspetto delle riunioni e della convocazione dei tavoli tecnici.

*PIERANGELI.* I tavoli tecnici non ci sono mai stati. Si era stabilito di tenere un tavolo tecnico. Proprio per le anomalie che trasparivano dai dati pubblicati chiedemmo che si sviluppasse un'istruttoria completa sulle

attività svolte negli anni precedenti da tutte le case di cura, a partire dalle nostre. Questo per una ragione: se il tasso di ospedalizzazione era su quei livelli è chiaro che la parte privata erogava solo una percentuale ridotta di prestazioni. Volevamo però che si facesse piena luce sui motivi per cui, partendo da un tasso di ospedalizzazione già assolutamente fuori dalla norma, riscontrato fin dal piano sanitario 1999-2001 (che addirittura presentava una prescrizione che impegnava la Regione a ricondurre il tasso di ospedalizzazione nei limiti del 160 per mille, anche se poi siamo arrivati ai tassi esorbitanti che avete avuto modo di riscontrare), c'era il superamento del 100 per cento del tasso di utilizzo e tutti i problemi relativi ai controlli su discipline non accreditate. Erano stati adombrati dubbi sulle transazioni fatte in relazione agli esercizi precedenti. La cosa più lineare e trasparente che ritenevamo fosse necessario fare era istituire un tavolo tecnico pubblico nell'ambito del quale venissero revisionate tutte le prestazioni erogate da tutte le case di cura, tenendo presente un presupposto: come il Presidente ben sa, in quanto tecnico della materia, buona parte delle inappropriately e delle illegittimità sono facilmente riscontrabili dall'analisi informatica delle schede di dimissione ospedaliera. Il superamento del 100 per cento del tasso di utilizzo si individua facilmente; l'erogazione di prestazioni attinenti a discipline non accreditate

si individua facilmente, così come la produzione di più cartelle cliniche e più schede di dimissione ospedaliera nell'ambito dello stesso episodio di ricovero.

Quindi, noi avevamo chiesto di compiere questa istruttoria. A partire da quella disdetta da parte della presidenza della Giunta regionale del tavolo tecnico, noi abbiamo scritto una infinità di raccomandate (che vi faremo pervenire), ma non siamo stati mai più convocati. L'aspetto sconcertante di tutta la vicenda è che, a fronte della dichiarata volontà di riaprire i contratti negoziali in corso (volontà che poteva essere facilmente concretizzata nella rinegoziazione), noi non siamo stati più convocati, neanche per riaprire i contratti negoziali e per andare avanti nel procedimento negoziale che avrebbe portato alla sottoscrizione di nuovi contratti. Da quel momento in poi siamo stati completamente ignorati. Abbiamo chiesto infinite volte di essere convocati, di ottenere altri dati, di riaprire il tavolo tecnico, ma non siamo stati più convocati fino alla fine del dicembre 2007.

Ora, se il problema erano i contratti 2005-2007, è davvero singolare che la Regione non si sia avvalsa della facoltà che le veniva riconosciuta dalla legge regionale n. 20. È davvero singolare che non ci abbiano convocato fino a un mese prima della scadenza del contatto triennale 2005-



2007. Quando siamo stati convocati, poi, è bastato pronunciare la parola magica: siamo stati convocati a fine dicembre 2007 e poiché nel frattempo erano stati pubblicati anche i dati del 2005 abbiamo chiesto tali dati, ancora una volta, per fare una verifica. Da quel momento non li hanno pubblicati più. Da quando, cioè, ci siamo accorti che da quei dati emergevano gravi disomogeneità tra le erogazioni delle varie case di cura, anche in relazione alle attività degli ospedali pubblici, i dati sono spariti dal sito. Quando abbiamo chiesto la pubblicazione dei dati del 2006, non siamo riusciti ad ottenerli neanche con istanze ai sensi della legge n. 241 del 1990. I dati del 2006, che l'Agenzia nell'unico incontro svoltosi a dicembre si era impegnata a pubblicare sul sito sono stati pubblicati solo formalmente, nel senso che sul sito dell'Agenzia è stata posta solo l'icona del *file*. In realtà, da quell'icona non si accedeva a nulla, e questo lo posso affermare con assoluta certezza in quanto, essendomi costituito parte civile nel processo "Sanitopoli" ho avuto modo di leggere gli atti. Agli atti c'è una perizia dell'Università di Chieti che conferma che sul sito è stata posta la sola icona ma i dati non c'erano. Questa è la condizione nella quale ci siamo trovati: non siamo stati convocati mai più. A gennaio si è preferito adottare unilateralmente una delibera provvisoria, che è stata poi annullata dal TAR, ma non siamo stati mai più convocati.

COSENTINO (*PD*). Qual è la situazione attuale?

*PIERANGELI*. Nel frattempo vi sono stati dei rinvii a giudizio, a prescindere dalle ragioni, dai torti e dalle responsabilità che saranno poi chiarite dall'autorità giudicante. Sicuramente i dati e i fatti emersi, o il semplice fatto che ci sia un processo in corso, avrebbero dovuto mettere la Regione nella condizione di fare piena luce sulle attività svolte proprio in quegli anni.

I problemi successivi per noi sono sorti in quanto abbiamo continuato a chiedere che si facesse questa istruttoria. Siamo stati convocati a dicembre del 2009 e abbiamo chiuso un verbale di accordo con l'assessore alla sanità e con l'Agenzia; francamente ci siamo sentiti sollevati, perché per la prima volta la Regione si impegnava a fornirci i dati su tutte le attività svolte nell'anno 2008 (che era poi l'anno *clou* di tutta la vicenda), non disponendo noi di dati più recenti e dovendo programmare il futuro). Tuttavia, per dire come la vicenda si è conclusa, nonostante l'impegno della Regione a fornirci i dati, questi non sono mai arrivati. Siamo stati convocati frettolosamente a fine gennaio del 2010 e sono stati

imposti dei tetti di spesa basati sulla produzione del 2008, quella inquinata dai fatti gravissimi poi rappresentati nel processo.

Soprattutto, sulla base dell'obiettivo dichiarato di ridurre l'inappropriatezza - obiettivo corretto e da noi assolutamente condiviso - sono stati utilizzati i dati del 2008 (che poi consegnerò agli atti della Commissione). Già la normativa regionale prevedeva che, al massimo entro il 31 dicembre 2007, tutte le case di cura e gli ospedali della Regione Abruzzo si dotassero di *day hospital* e che, al massimo entro il primo gennaio 2008, erogassero in regime di *day hospital* tutta una serie di prestazioni. Ora, dai dati del 2008 si evince con chiarezza che un gruppo di case di cura - sempre il solito - non ha erogato una sola prestazione in regime di *day hospital*. A quel punto, noi abbiamo fatto presente al commissario che forse non era opportuno utilizzare i dati del 2008, se non dopo averli revisionati; tanto più che si era utilizzato un criterio di calcolo per l'attribuzione dei *budget* che, per assurdo, ha premiato chi non aveva effettuato ricoveri in *day hospital* e in *day surgery* e quindi presumibilmente doveva presentare tassi di inappropriatezza maggiori. Anche qui, faccio sempre riferimento non alle discipline e alla prestazioni a rischio di inappropriatezza, ma alle inappropriatezze vere, ossia alle prestazioni relative ai 43 DRG o a quelli successivamente adottati dalla

Conferenza Stato-Regioni, a rischio di inappropriately se erogati in regime di ricovero ordinario.

Il meccanismo adottato, sostanzialmente, era il seguente. Rispetto ai 43 DRG e ai 66 successivi, si considera una percentuale erogabile in regime di ricovero ordinario, una percentuale in regime di *day hospital* e *day surgery* e, là dove possibile, una percentuale in regime ambulatoriale. E noi volevamo sottoscrivere l'accordo sulla base del testo della deliberazione adottata. Purtroppo, è venuto fuori - senza che dal punto di vista lessicale ciò sia in alcun modo rilevabile nella delibera - che la Regione intendeva calcolare le percentuali di erogabilità in regime di ricovero ordinario non sul totale delle prestazioni a rischio di inappropriately, ma su quelle erogate in regime di ricovero ordinario dalle case di cura. Tale meccanismo è chiaramente condivisibile nella sua razionalità se applicato in una Regione dove vi sono comportamenti omogenei, se però lo si applica in una Regione dove si è verificato una sorta di *Far West* rispetto ad alcune particolari erogazioni di prestazioni, il significato pratico è che mentre la casa di cura Pierangeli aveva erogato il 35 per cento di prestazioni in regime di *day hospital* e di *day surgery*, adeguandosi in pieno alla normativa vigente, alcune case di cura avevano fatto zero ricoveri in *day hospital* e *day surgery*. È evidente che se il

calcolo si applica solo al residuo, le case di cura che avevano fatto più prestazioni in regime di *day hospital* e *day surgery*, ossia si erano maggiormente adeguate, venivano penalizzate.

PRESIDENTE. Dottor Pierangeli, la sua relazione è molto chiara.

Ha chiesto di intervenire sull'ordine dei lavori il senatore Mascitelli, capogruppo dell'Italia dei Valori. Ne ha facoltà.

MASCITELLI (IdV). L'argomento che il presidente dell'AIOP sta descrivendo è di una complessità e di una technicalità tali da richiedere, come giustamente suggerito dal senatore Cosentino, un approfondimento anche sulla base della documentazione che verrà fornita.

Quindi, in attesa della seconda audizione, che ci consentirà di trattare altre tematiche che si muovono nella linea e nell'indirizzo di quello schema di relazione dell'indagine sulla corruzione nella sanità che è stato presentato dai relatori, senatori Bianconi e Cosentino, a giugno 2011, mi limito a segnalare, nella documentazione ampia che il Presidente dell'AIOP ha portato in Commissione, alcuni aspetti che mi hanno colpito.

Innanzitutto vorrei sapere dal dottor Pierangeli se ha a disposizione verbali avviati dalla Regione Abruzzo, anche dall'attuale Governo, che

puntino ad un recupero dei cosiddetti crediti non esigibili. Questa considerazione nasce dal fatto che il commissario Chiodi, in sede di audizione presso la nostra Commissione, ha dichiarato di aver avviato tutte le procedure necessarie per un recupero di crediti non esigibili che, da quanto descritto, non riguardava solo un'unica struttura ma più strutture. In secondo luogo, è interessante il passaggio che il Presidente dell'AIOP ha fatto sulla seconda cartolarizzazione e sul diverso tipo di verbali che venivano fatti sottoscrivere a coloro cui veniva richiesta la rinuncia ai contenziosi in atto rispetto a coloro che ricevevano una richiesta di rinuncia più larvata e morbida. Vorrei quindi avere una comparazione di questa diversa documentazione.

Infine, anche in considerazione dell'intelligente e puntuale domanda che il collega Cosentino ha rivolto e per farci capire la situazione attuale in Abruzzo, chiedo se siano in possesso dell'AIOP documentazioni e verbali delle modalità di ricontrattualizzazione dei *budget* con erogatori privati svolti dall'attuale commissariamento. Questo ci sarebbe di aiuto per una comparazione tra ciò che avveniva prima e ciò che avviene ora.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Mascitelli, capogruppo dell'Italia dei Valori.

Data l'ora, devo aggiornare la nostra audizione. I nostri Uffici, dottor Pierangeli, le comunicheranno la data della nuova audizione, che certamente non sarà la settimana prossima ma probabilmente quella successiva. Se lei è in grado di lasciarci una documentazione ed inviarci in questo arco temporale una memoria rispetto alle osservazioni fatte e alle riflessioni che richiedeva il senatore Mascitelli, noi distribuiremo tale materiale per poi continuare l'audizione con gli interventi dei relatori e dei commissari.

Poichè non si fanno osservazioni, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15.*