

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1044

PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato **DORINA BIANCHI**

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale, sulla sicurezza delle cure prestate e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Presentata il 23 maggio 2013

ONOREVOLI COLLEGHI! — La necessità di richiedere l’istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta, a norma dell’articolo 82 della Costituzione, sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale sulla sicurezza delle cure prestate e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali nasce dall’esigenza di acquisire tutti gli elementi conoscitivi sullo stato di « salute » della nostra sanità pubblica e privata.

Nell’ambito degli strumenti volti a consentire lo svolgimento dell’attività di controllo delle Camere, dei quali esse possono avvalersi per acquisire conoscenze, l’inchiesta rappresenta quello più incisivo e penetrante: l’articolo 82, secondo comma, della Costituzione, dispone infatti che la Commissione parlamentare di inchiesta « procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell’au-

torità giudiziaria ». I poteri coercitivi che la Commissione parlamentare di inchiesta può esercitare sono naturalmente quelli propri della fase istruttoria delle indagini giudiziarie, dato che la Commissione è priva di poteri giudicanti e non può quindi accertare reati e irrogare sanzioni.

Per le Camere l’attività di controllo nasce dall’esigenza di monitorare continuamente l’applicazione delle nuove leggi, il loro aggiornamento nonché le politiche e le normative di riferimento. D’altra parte la modifica del titolo V della parte seconda della Costituzione e le nuove politiche di federalismo e di trasferimento della spesa sanitaria alla responsabilità delle regioni necessitano di pratiche di monitoraggio al fine di stabilire un rapporto di condivisione degli obiettivi tra Camere e autonomie regionali, consentendo l’esercizio di quel ruolo di con-

trollo che è esplicito normalmente con l'attività di sindacato ispettivo e che in ultima analisi proviene da quei poteri che l'articolo 82 della Costituzione attribuisce alle Camere.

Con la proposta di legge in oggetto si ripropone un'iniziativa già presentata presso la Camera dei deputati nella XV legislatura (atto Camera n. 2814, d'iniziativa dei deputati Di Girolamo, Astore, Cancrini, Dioguardi, Pellegrino, Rocco Pignataro, Foretti, Zanotti), attribuendo alla Commissione parlamentare di inchiesta compiti che non si limitano, come del resto già il titolo evidenzia, a una mera indagine sugli errori in sanità; questo perché l'analisi dell'errore senza un'adeguata conoscenza della complessità tecnico-organizzativa delle attività, delle interazioni professionali che si stabiliscono e dei processi decisionali che intervengono rischia di ricondurre le responsabilità in gran parte al cosiddetto « errore umano ». Per questo si ritiene che una Commissione parlamentare di inchiesta che operi ad ampio raggio sull'intero sistema organizzativo-gestionale del Servizio sanitario nazionale sia in grado di inquadrare meglio la problematica, di valutare meglio le dinamiche che la supportano e di suggerire soluzioni più idonee di tipo strutturale. Inoltre, la necessità di occuparsi di questo delicato problema in un contesto generale nasce anche dal fatto che vi è la tendenza, da parte dei mezzi d'informazione, a « caricare » emozionalmente questa materia e a dare un'ampia rappresentazione delle vicende inerenti alla cosiddetta « malasanità », senza peraltro ricorrere nel contempo a un approfondimento che consenta di valutare meglio le cause, gli errori nonché i possibili rimedi. Ciò comporta che un'analisi limitata, al di fuori di un contesto generale che riguardi il funzionamento di tutto il sistema sanitario italiano, rischia di offuscare gravemente le figure dei medici e dei professionisti sanitari nella considerazione dei cittadini. E tutti sanno quanto conti, nei risultati, la fiducia dei cittadini verso questi operatori.

Inoltre la Commissione avrà il compito di acquisire informazioni sulle cause che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari regionali anche nella prospettiva di accertare le relative responsabilità. Le regioni alle quali si fa riferimento sono quelle che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo del Servizio sanitario nazionale, hanno sottoscritto un accordo con lo Stato per la predisposizione di uno specifico piano di rientro, a seguito del quale — ai sensi del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64 — lo Stato concorre al ripiano del relativo disavanzo sanitario regionale.

Già nella passata legislatura era emersa l'esigenza di avviare un'approfondita analisi in ordine a tali problematiche, che aveva però condotto all'istituzione di due Commissioni parlamentari monocamerali: la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, istituita dal Senato della Repubblica, e la Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, istituita dalla Camera dei deputati. Nella prospettiva di una più completa e organica riflessione al riguardo, l'istituzione una Commissione parlamentare bicamerale di inchiesta muove dall'esigenza di mettere le Camere nelle migliori condizioni per poter valutare tutti gli aspetti, le funzioni, le criticità e i punti di eccellenza del settore sanitario al fine di poter poi adottare i provvedimenti legislativi più idonei.

Infine, non bisogna dimenticare che l'esigenza di un'analisi generale del sistema sanitario si è affermata anche nella XIV legislatura. In particolare, nel 2003 fu istituita la Commissione tecnica sul rischio clinico che ha elaborato un documento, intitolato « *Risk management* in Sanità. Il problema degli errori », che costituisce una raccolta di riflessioni e di raccomandazioni utili agli operatori sanitari. È stata anche attivata una rilevazione nazionale sulle iniziative per la sicurezza del paziente nelle strutture del Servizio sanitario nazionale. Anche il Piano sanitario nazionale 2006-2008 indica strategie da adot-

tare per la gestione del rischio clinico. Nel 2005 è stato avviato il progetto di ricerca « La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio », finanziato dal Ministero della salute con la partecipazione di nove regioni, due aziende ospedaliere, un ateneo e un soggetto privato, che ne è anche cofinanziatore. Infine, nella XV legislatura era stato presentato dal Governo

allora in carica un disegno di legge con il quale si prevedeva — nell'ambito di un più ampio intervento normativo — di introdurre nell'ordinamento disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico (XV legislatura, atto Senato n. 1598-*bis*, risultante dallo stralcio degli articoli da 1 a 3 del disegno di legge atto Senato n. 1598).

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Istituzione della Commissione).

1. È istituita, per la durata della XVII legislatura, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, sulla sicurezza delle cure prestate e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, di seguito denominata « Commissione ».

ART. 2.

(Composizione e durata della Commissione).

1. La Commissione è composta da venti senatori e da venti deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati, in proporzione al numero dei componenti i gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo esistente in almeno un ramo del Parlamento. La nomina dei componenti la Commissione tiene conto della specificità dei compiti a essa assegnati.

2. Il Presidente del Senato della Repubblica e il Presidente della Camera dei deputati, entro dieci giorni dalla nomina dei suoi componenti, convocano la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

3. La Commissione, nella prima seduta, elegge il proprio ufficio di presidenza, costituito dal presidente, da due vicepresidenti e da due segretari.

4. Per l'elezione del presidente è necessaria la maggioranza assoluta dei componenti la Commissione; se nessuno riporta tale maggioranza si procede al ballottaggio tra i due candidati che hanno

ottenuto il maggiore numero di voti. Nel ballottaggio è proclamato eletto colui che ottiene il maggiore numero di voti; in caso di parità di voti è proclamato eletto il più anziano di età.

5. Per l'elezione, rispettivamente, dei due vicepresidenti e dei due segretari, ciascun componente la Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggiore numero di voti. In caso di parità di voti si procede ai sensi del comma 4.

6. La Commissione presenta una o più relazioni sulle risultanze emerse al termine dei suoi lavori.

ART. 3.

(Compiti della Commissione).

1. La Commissione verifica lo stato di attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie nel territorio nazionale, controllando la qualità dell'offerta di servizi ai cittadini utenti, lo *standard* delle condizioni di accesso, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure.

2. La Commissione verifica, in particolare:

a) l'appropriatezza delle prestazioni, l'esistenza di eventuali sprechi e gli effetti delle modalità di pagamento delle prestazioni ospedaliere;

b) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare, anche sotto il profilo della garanzia della continuità assistenziale e della riduzione dei ricoveri impropri;

c) la qualificazione dell'assistenza ospedaliera in direzione dell'alta specialità;

d) la spesa privata sostenuta dai cittadini nelle aziende sanitarie locali, nelle aziende ospedaliere, nelle strutture socio-sanitarie e nelle strutture sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario nazionale;

e) l'applicazione dei *Diagnosis Related Groups* (DRG), effettuando un'analisi comparativa dei ricoveri;

f) la qualità delle prestazioni socio-sanitarie nella fase acuta delle patologie.

3. La Commissione indaga altresì:

a) sullo stato di attuazione e di funzionamento, nel nazionale, del numero per l'emergenza-urgenza 118 e dell'organizzazione ospedaliera di pronto soccorso e di rianimazione;

b) in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi;

c) sui meccanismi e sui criteri adottati in relazione alla classificazione dei farmaci prescritti per determinate patologie, con particolare attenzione alle stamine utilizzate nella prevenzione e nella cura delle malattie cardiovascolari;

d) sulla qualità e sull'efficacia dei trattamenti e sulla valutazione degli esiti, anche in relazione alle differenze di esito dei trattamenti sanitari in base alla regione o all'azienda sanitaria locale di appartenenza, all'ospedale o servizio e al livello socio-economico dei cittadini.

4. La Commissione acquisisce, inoltre, elementi conoscitivi su:

a) lo stato di attuazione dei dipartimenti di prevenzione e il loro coordinamento con l'attività delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA);

b) lo stato di attuazione, l'organizzazione e il reale funzionamento, nell'ambito dell'azienda sanitaria locale, del distretto socio-sanitario, con riferimento anche all'integrazione socio-sanitaria nella gestione delle fasi *post*-acute;

c) l'attività e l'organizzazione delle unità di terapia nei reparti di medicina neonatale, nonché le esperienze in campo materno-infantile presso i distretti socio-sanitari;

d) l'organizzazione e la verifica delle cure e dell'assistenza per i soggetti affetti

dal morbo di Alzheimer e i relativi protocolli per il trattamento farmacologico;

e) lo stato di attuazione degli interventi per la tutela della salute mentale della normativa vigente in materia;

f) lo stato di attivazione delle agenzie sanitarie regionali;

g) la diffusione dei metodi di verifica e di revisione della qualità (VQR) e i loro effetti sulla programmazione e sulla gestione dei servizi sanitari;

h) l'adeguatezza delle strutture e delle dotazioni tecnologiche sanitarie, valutando in particolare l'attuazione degli adempimenti relativi al programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, a livello regionale, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni;

i) la realizzazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

l) la verifica dell'andamento della spesa farmaceutica e del rispetto dei limiti stabiliti dalla legislazione vigente in materia;

m) lo stato di attuazione della revisione delle liste di prestazioni comprese nei LEA da parte del Comitato tecnico-sanitario del Ministero della salute, previsto dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44;

n) l'organizzazione delle strutture per le cure odontoiatriche nel territorio nazionale;

o) il contrasto del dolore nelle sue diverse tipologie, croniche e oncologiche, negli ospedali e i disagi derivanti da carenze organizzative;

p) le dinamiche delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche in relazione all'organizzazione delle attività professionali *extramoe-*

nia o *intramoenia*, tenendo conto delle disposizioni della legge 3 agosto 2007, n. 120;

q) la promozione e il supporto dell'individuazione e dello sviluppo di terapie innovative da applicare alle singole patologie.

5. La Commissione ha altresì il compito di:

a) verificare l'appropriatezza del *risk management*, esaminando la gestione scientifica del rischio in medicina;

b) monitorare i dati e la casistica sulle infezioni registrate negli ospedali italiani;

c) indagare sulla quantità e sulla gravità degli errori sanitari compiuti da personale medico e paramedico nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

d) valutare l'incidenza degli errori di cui alla lettera c) in termini di perdite di vite umane e di altri danni alla salute dei pazienti;

e) individuare le categorie cui sono riconducibili gli errori sanitari più frequenti, in particolare con riferimento alla loro imputabilità all'inefficienza e alla scarsa igiene delle strutture sanitarie oppure al personale medico o paramedico;

f) indagare sulle cause degli errori di cui alla lettera c) e su quanti di essi derivino da carenze di formazione del personale medico e paramedico;

g) individuare gli eventuali interventi correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale medico e paramedico;

h) verificare se vi sia la necessità di rafforzare il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei direttori sanitari e individuare altre misure utili per migliorare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture sanitarie e amministrative pubbliche e private;

i) individuare soluzioni per il miglioramento dei controlli di qualità sulle strutture sanitarie pubbliche e private e ogni altro intervento correttivo utile a

migliorare la qualità del sistema sanitario nazionale.

6. La Commissione ha, inoltre, il compito di:

a) acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni politiche, amministrative, gestionali, operative che, nel periodo 2001-2005, hanno contribuito alla formazione dei disavanzi sanitari nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64;

b) verificare, nelle regioni interessate dai maggiori disavanzi sanitari, sulla base dei documenti, delle informazioni e degli elementi acquisiti ai sensi della lettera a):

1) l'esistenza di eventuali sprechi e inefficienze nell'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

2) la sostenibilità e l'adeguatezza della programmazione economico-finanziaria e contabile e dei relativi provvedimenti attuativi, con specifico riferimento al settore sanitario;

3) la trasparenza delle procedure di affidamento delle forniture di beni e servizi e l'economicità delle scelte effettuate in base ad esse;

4) il rispetto degli obiettivi nazionali di ristrutturazione della rete ospedaliera, al fine di accertare i livelli di riduzione dei ricoveri impropri e di soddisfazione della domanda di prestazioni assistenziali di riabilitazione e di lungodegenza;

5) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare e la corrispondente accessibilità del servizio da parte degli utenti;

6) l'adeguatezza delle procedure regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici e di stipulazione degli accordi contrattuali, valutando la

corrispondente esistenza di un'offerta di servizi sufficientemente ampia e adeguata alla domanda degli utenti;

7) l'adeguatezza delle strutture sanitarie convenzionate con le regioni e delle spese sostenute per i ricoveri in convenzione, in particolare nei settori della psichiatria, delle dipendenze patologiche e dell'assistenza agli anziani;

8) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle procedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali;

9) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle aziende sanitarie locali e ospedaliere e delle altre strutture erogatrici;

10) le conseguenze derivanti dall'incompleta o tardiva erogazione delle somme spettanti alle strutture sanitarie, convenzionate con le regioni, gestite da soggetti privati che operano senza fini di lucro;

11) l'esistenza di adeguate procedure e di sedi di monitoraggio e di controllo della qualità, efficacia e appropriatezza del servizio erogato a livello infra-regionale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili;

c) accertare eventuali responsabilità degli amministratori operanti nella gestione del Servizio sanitario nazionale nelle regioni interessate ai piani di rientro di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, relativamente alle aree di indagine di cui alla lettera *b)* del presente comma;

d) accertare la congruità della normativa vigente, proponendo soluzioni di carattere legislativo e amministrativo ritenute opportune per rafforzare l'incisività dei controlli e il coordinamento nelle attività di monitoraggio della spesa e dei consumi, da parte dello Stato, della regione e degli enti locali coinvolti, nelle regioni interessate da più elevati disavanzi sanitari;

e) verificare la congruità delle misure di rientro dalla situazione debitoria contenute negli accordi stipulati con lo Stato dalle regioni in disavanzo sanitario ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004. n. 311, e successive modificazioni.

ART. 4.

(Poteri e limiti della Commissione).

1. La Commissione procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria. La Commissione non può adottare provvedimenti attinenti alla libertà e alla segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione nonché alla libertà personale, fatto salvo l'accompagnamento coattivo di cui all'articolo 133 del codice di procedura penale.

2. La Commissione può acquisire copie di atti e documenti relativi a procedimenti e inchieste in corso presso l'autorità giudiziaria o altri organismi inquirenti, nonché copie di atti e documenti relativi a indagini e inchieste parlamentari.

3. Qualora l'autorità giudiziaria abbia inviato alla Commissione atti coperti dal segreto, richiedendone il mantenimento, la Commissione dispone la segretazione degli atti. Se l'autorità giudiziaria, per ragioni di natura istruttoria, ritiene di non poter derogare al segreto di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale, emette decreto motivato di rigetto. Quando tali ragioni vengono meno, l'autorità giudiziaria provvede senza ritardo a trasmettere quanto richiesto.

4. È sempre opponibile il segreto tra difensore e parte processuale nell'ambito del mandato.

5. Per le testimonianze rese davanti alla Commissione si applicano le disposizioni degli articoli da 366 a 384-*bis* del codice penale.

6. La Commissione stabilisce quali atti e documenti non devono essere divulgati, anche in relazione a esigenze attinenti ad

altre istruttorie o inchieste in corso. Devono in ogni caso essere coperti dal segreto gli atti, le assunzioni testimoniali e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari fino al termine delle stesse.

7. Il segreto funzionale riguardante atti e documenti acquisiti dalla Commissione in riferimento ai reati di cui agli articoli 416 e 416-*bis* del codice penale non può essere opposto ad altre Commissioni parlamentari di inchiesta.

ART. 5.

(Obbligo del segreto).

1. I componenti la Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta, oppure ne viene a conoscenza per ragioni d'ufficio o di servizio, sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda gli atti e i documenti di cui all'articolo 4, commi 3 e 6.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, la violazione dell'obbligo di cui al comma 1, nonché la diffusione, in tutto o in parte, di atti o documenti funzionali al procedimento di inchiesta dei quali è stata vietata la divulgazione, sono punite ai sensi dell'articolo 326 del codice penale.

ART. 6.

(Organizzazione interna).

1. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno approvato dalla Commissione stessa prima dell'inizio dei lavori. Ciascun componente può proporre la modifica delle norme regolamentari.

2. La Commissione può organizzare i propri lavori anche attraverso uno o più comitati, costituiti secondo il regolamento di cui al comma 1.

3. Tutte le volte che lo ritiene opportuno la Commissione può riunirsi in seduta segreta.

4. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e di ufficiali di polizia giudiziaria e di tutte le collaborazioni che ritiene necessarie.

5. Per l'espletamento delle sue funzioni la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dai Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, d'intesa tra loro.

6. Le spese per il funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite massimo di 75.000 euro per l'anno 2013 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni successivi e sono poste per metà a carico del bilancio interno del Senato della Repubblica e per metà a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. I Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, con determinazione adottata d'intesa tra loro, possono autorizzare annualmente un incremento delle spese di cui al periodo precedente, comunque in misura non superiore al 30 per cento, a seguito di richiesta formulata dal presidente della Commissione per motivate esigenze connesse allo svolgimento dell'inchiesta.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17PDL0013320