

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIANFRANCO FINI

La seduta comincia alle 9,40.

DONATO LAMORTE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del Regolamento, i deputati Bernini Bovicelli, Brancher, Brugger, Brunetta, Caparini, Casini, Cirielli, Cosentino, Cota, Crosetto, Donadi, Renato Farina, Gregorio Fontana, Frassinetti, Frattini, Galati, Garofani, Gibelli, Alberto Giorgetti, Giancarlo Giorgetti, La Malfa, Malgieri, Meloni, Milanato, Molgora, Pescante, Romani, Rotondi, Urso, Vito e Zeller sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati in missione sono complessivamente ottanta, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Annuncio della nomina dei componenti della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, e della sua convocazione (ore 9,44).

PRESIDENTE. Comunico di aver chiamato a far parte della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della ma-

fia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, i deputati Elio Vittorio Belcastro, Michele Bordo, Luisa Bossa, Gianluca Buonanno, Giovanni Mario Salvino Burtone, Antonio Di Pietro, Ida D'Ippolito Vitale, Laura Garavini, Francantonio Genovese, Benedetto Fabio Granata, Amedeo Labocetta, Francesco Laratta, Luigi Lazzari, Carolina Lussana, Maino Marchi, Giuseppe Francesco Maria Marinello, Angela Napoli, Andrea Orlando, Alfonso Papa, Salvatore Piccolo, Francesco Paolo Sisto, Francesco Stagno D'Alcontres, Marcello Tagliatela, Mario Tassone e Salvatore Torrisi.

Il Presidente del Senato della Repubblica ha chiamato a far parte della stessa Commissione i senatori Teresa Armato, Gianrico Carofiglio, Antonino Caruso, Rosario Giorgio Costa, Gianpiero D'Alia, Luigi De Sena, Silvia Della Monica, Vincenzo Fasano, Costantino Garraffa, Antonio Gentile, Cosimo Latronico, Raffaele Lauro, Maria Leddi, Luigi Li Gotti, Giuseppe Lumia, Angela Maraventano, Alberto Maritati, Enrico Musso, Beppe Pisanu, Filippo Saltamartini, Carlo Sarro, Achille Serra, Gianpaolo Vallardi, Armando Valli e Carlo Vizzini.

Comunico, d'intesa con il Presidente del Senato, che la Commissione è convocata per martedì 11 novembre 2008, alle 15, presso la sede di Palazzo San Macuto, per procedere alla propria costituzione.

Seguito della discussione del testo unificato delle proposte di inchiesta parlamentare: Livia Turco ed altri; Barani ed altri; Molteni ed altri: Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (Doc. XXII, nn. 1-2-4-A) (ore 9,45).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del testo

unificato delle proposte di inchiesta parlamentare: Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

Ricordo che nella seduta del 23 ottobre 2008 si è conclusa la discussione sulle linee generali e che la relatrice e il Governo hanno rinunciato alle repliche.

Ricordo inoltre che lo schema recante la ripartizione dei tempi per il seguito dell'esame del provvedimento è pubblicato in calce al vigente calendario dei lavori dell'Assemblea (*vedi calendario*).

**(Esame degli articoli
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)**

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli del testo unificato della Commissione.

Avverto che le Commissioni I (Affari costituzionali) e V (Bilancio) hanno espresso i prescritti pareri (*vedi l'allegato A - Doc. XXII, nn. 1-2-4-A*).

Avverto, altresì, che è stato ritirato dal presentatore l'emendamento Scilipoti 2.5.

**(Esame dell'articolo 1
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)**

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 1 (*vedi l'allegato A - Doc. XXII, nn. 1-2-4-A*), al quale non sono state presentate proposte emendative.

Preavviso di votazioni elettroniche (ore 9,47).

PRESIDENTE. Poiché nel corso della seduta potranno aver luogo votazioni mediante procedimento elettronico, decorrono da questo momento i termini di preavviso di cinque e venti minuti previsti dall'articolo 49, comma 5, del Regolamento.

Sull'ordine dei lavori.

MATTEO BRIGANDÌ. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MATTEO BRIGANDÌ. Signor Presidente, intervengo per chiedere se a codesta Presidenza sembra normale che davanti a questa Camera, esattamente a pochi metri dai carabinieri situati all'ingresso, vi siano tre persone travestite da vigili urbani che indossano un casco con su scritto *Le iene* che stanno facendo delle multe ai deputati che arrivano con qualche minuto di ritardo. Cosa ne è dell'immagine della Camera e dei deputati? È possibile arrivare alla Camera tranquillamente, signor Presidente?

PRESIDENTE. Certamente è possibile arrivare alla Camera regolarmente e se si arriva in orario è anche meglio (*Applausi*)! Lei sa, onorevole Brigandì, che il fatto cui si riferisce fa parte della satira e non credo che si possa censurare una trasmissione satirica; il problema del gusto è ben altro, ma ciò ovviamente è molto opinabile. Comunque, questa è l'opinione personale del Presidente.

Si riprende la discussione.

**(Ripresa esame dell'articolo 1
- Doc. XXII, nn.1-2-4-A)**

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Burton. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTON. Signor Presidente, intervengo per dichiarare il voto favorevole del Partito Democratico. Noi siamo stati subito d'accordo a costituire questa Commissione non soltanto perché bisognava dare seguito al lavoro diligente svolto nella precedente legislatura, ma anche perché è fortemente avvertita nella nostra comunità la richiesta di capire e di conoscere al meglio ciò che avviene nella sanità. Troppi e tanti errori sono stati commessi e hanno determinato anche la morte di pazienti.

Dire ciò non significa voler bollare negativamente la nostra sanità e dare un marchio negativo, tutt'altro. Noi sappiamo che vi sono punte di eccellenza e da parte dell'organizzazione mondiale della sanità vi è una considerazione di grande apprezzamento del nostro sistema sanitario, in modo particolare di quello pubblico.

Tuttavia, appare chiara l'esigenza di capire, di conoscere al meglio e di svolgere un'indagine rispetto allo stato della sanità in Italia, per mettere in campo anche una strategia che veda il rischio clinico come uno dei punti centrali. Si tratta di un rischio clinico che deve basarsi sulla multidisciplinarietà e, quindi, non soltanto sulle professionalità mediche ma anche su quelle informatiche ed ingegneristiche in modo da evitare che nelle nostre strutture si verifichino ulteriormente incidenti ed errori che possono causare delle morti evitabili.

Non vi è dubbio, infatti, che molto spesso gli errori non sono causati soltanto dagli uomini, ma sono determinati dalle strutture. Ricordo che abbiamo strutture fatiscenti soprattutto nel Mezzogiorno. Ecco perché diventa importante conoscere al meglio quale sia la condizione della sanità nel nostro Paese e, nello stesso tempo, avere la capacità di lavorare in positivo e di delineare una strategia migliorativa che dia ancora nel nostro Paese la certezza di un diritto universale sulla salute (*Applausi dei deputati del gruppo Partito Democratico*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Palagiano. Ne ha facoltà.

ANTONIO PALAGIANO. Signor Presidente, noi dell'Italia dei Valori aderiamo al Partito europeo dei liberali, democratici e riformatori europei e, pertanto, sentiamo la necessità di esprimere le nostre congratulazioni al nuovo Presidente degli Stati Uniti Barack Obama esprimendo anche da parte di tutti i cittadini italiani, e certamente da parte di coloro che hanno votato per l'Italia dei Valori, i complimenti e l'augurio di un buon lavoro (*Applausi dei deputati del gruppo Italia dei Valori*).

PRESIDENTE. Avverto che è stata chiesta la votazione nominale mediante procedimento elettronico.

Per consentire l'ulteriore decorso del termine regolamentare di preavviso, sospendo la seduta.

La seduta, sospesa alle 9,50, è ripresa alle 10,05.

PRESIDENTE. Avverto che gli emendamenti presentati dall'onorevole Farina Coscioni sono stati sottoscritti anche dall'onorevole Mecacci.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Baldelli. Ne ha facoltà.

SIMONE BALDELLI. Signor Presidente, stiamo iniziando le votazioni su questo provvedimento sul quale si sta registrando, o almeno nei lavori preparatori si è registrata, una certa condivisione nell'intento e nel merito. È un provvedimento che giunge all'Aula dopo una discussione sulle linee generali molto serena, con un numero relativo di emendamenti, che fa seguito ad una iniziativa legislativa già avviata nella scorsa legislatura. La Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario riguarda diversi settori e l'esigenza della sua costituzione è stata condivisa in maniera diffusa, sia dal centro-destra che dal centrosinistra.

Abbiamo avuto questioni che hanno riguardato il deficit sanitario, oltre che gli errori medici specifici, su cui esiste una questione, come hanno rilevato numerosi colleghi che sono intervenuti, e penso al collega Fucci e ad altri intervenuti nel corso della discussione sulle linee generali. Esiste una questione relativa alla deontologia professionale, alla perizia dei medici ed a tanti casi di malasanià. Vi è, da un lato, una certa propensione a scaricare sulle figure dei medici situazioni difficili che si creano per una concomitanza di eventi e, dall'altro, anche una questione di natura giuridica, legata ad un aumento del contenzioso.

Quindi, c'è una questione che riguarda il punto di diritto in questo settore, men-

tre, sotto altro profilo, c'è una questione di deficit sanitario di alcune regioni e di gestione della sanità.

Non è raro che il Governo, la finanza pubblica, il centro di spesa dello Stato, intervengano a ripianare situazioni di deficit sanitario, che ci sia una sorta di riallineamento e di perequazione dei deficit sanitari. Evidentemente rimane sul tavolo dell'attualità politica la necessità di valutare con premialità le regioni virtuose e di cercare di sanzionare, o per lo meno di disinnesare e di disincentivare, i meccanismi viziosi di regioni che, invece, pur non avendo una quantità di popolazione sanitaria e un fenomeno migratorio sanitario importanti, si ritrovano con gestioni sanitarie in deficit.

Quindi, questo ci darebbe l'occasione — forse non è neanche questa la sede — di una riflessione molto ampia sul tema della sanità, sulle competenze sanitarie, sulla gestione della sanità in Italia, al netto del piano sanitario nazionale, sulle competenze specifiche regionali e di tutta quella casistica che sarà poi anche oggetto dell'indagine, dell'intervento e del lavoro della Commissione e dei commissari che la comporranno.

Riteniamo che si avvii un momento di confronto importante in questa fase dell'esame degli articoli e delle proposte emendative ad essi presentate, avendo già superato la fase della discussione sulle linee generali in altra seduta.

Si tratta di un provvedimento in realtà richiesto dalle opposizioni, a cui la maggioranza guarda con grande attenzione in un clima, riteniamo, collaborativo, che fa seguito a un passaggio importante di natura parlamentare come quello a cui abbiamo assistito da protagonisti nella giornata di ieri, vale a dire l'approvazione del disegno di legge collegato sullo sviluppo, A.C. 1441-ter.

Esso, di fatto, ha affrontato un nodo importantissimo come quello dell'avvio di una nuova fase in questo Paese non solo per l'internazionalizzazione delle imprese, per la tutela dei marchi italiani e per l'*antidumping*, ma anche per un appuntamento importante che ci auguriamo ci

porti verso l'autosufficienza energetica, cioè l'avvio di quei processi che porteranno il nostro Paese a munirsi di impianti nucleari di terza generazione.

In questo quadro, in questo clima, che credo di poter considerare virtuoso e collaborativo tra maggioranza e opposizione, si innesta anche il provvedimento che affronteremo oggi. Mi auguro che esso possa godere di una serenità, se possibile, ancora maggiore di quella di cui ha goduto il provvedimento collegato che abbiamo affrontato e votato nella serata di ieri.

PRESIDENTE. Avverto che è stata ritirata la richiesta di voto nominale.

Se non ci sono altri interventi, possiamo porre in votazione l'articolo 1 per alzata di mano. Passiamo dunque ai voti.

Pongo in votazione l'articolo 1.

(È approvato).

**(Esame dell'articolo 2
— Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)**

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 2 (vedi l'allegato A — Doc. XXII, nn. 1-2-4-A), al quale non sono state presentate proposte emendative.

Passiamo dunque ai voti.

Pongo in votazione l'articolo 2.

(È approvato).

**(Esame dell'articolo 3
— Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)**

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 3 e delle proposte emendative ad esso presentate (vedi l'allegato A — Doc. XXII, nn. 1-2-4-A).

Ha chiesto di parlare sul complesso delle proposte emendative l'onorevole Burton. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTON. Signor Presidente, la facoltà di istituire una Commissione di inchiesta con gli stessi poteri e limitazioni dell'autorità

giudiziaria deriva dalla Costituzione. Si impone, quindi, un supplemento di valutazione ogni qual volta, come in questo caso, la Camera dei deputati si avvia a decidere positivamente con largo consenso.

L'istituzione della Commissione di inchiesta, fortemente voluta da noi del Partito Democratico, non nasce dall'esigenza di dare semplice continuità al lavoro diligente svolto nella precedente legislatura in settori importanti e delicati della sanità pubblica e privata.

C'è una richiesta forte, che emerge da una larga fascia dell'opinione pubblica. Tanti, troppi sono gli errori sanitari che hanno pesato e pesano sulla comunità. Anche in questi giorni siamo stati particolarmente colpiti da alcune notizie di errori sanitari che hanno provocato delle morti dentro alcuni ospedali. Questo non vuole, però, essere un atto di accusa generico e qualunquista; non si vuole bollare con un marchio la sanità nel nostro Paese. Sappiamo che bisogna essere prudenti ed attenti; bisogna evitare di far perdere credibilità al nostro sistema sanitario e ai nostri operatori, che potrebbero essere tentati di svolgere un'attività di medicina difensiva.

Anzi, diventa doveroso nel momento attuale segnalare non soltanto le eccellenze, che ci sono, ma anche un dato centrale, più importante: il nostro sistema sanitario è tra i più apprezzati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Detto questo, però, con franchezza non possiamo essere sordi, rimanere insensibili, omissivi di fronte ad errori sanitari che causano morti, specie quando sono da legare a limiti strutturali, ad ospedali fatiscenti, o alla mancanza di controllo delle attrezzature o quando si pensa a produrre fatturato, come purtroppo avviene in qualche struttura privata, e non si danno garanzie ai pazienti.

Non ci può essere alcuna sottovalutazione anche di fronte agli errori umani: scambi di pazienti, somministrazione scorretta di farmaci ed altro. Certo, la responsabilità di un sinistro molto spesso non è da attribuire ad una singola persona, ma

all'intera organizzazione: vi sono nicchie particolarmente sensibili, i pronto soccorsi, i luoghi di terapia d'urgenza; vi sono fonti di rischio legate ai carichi di lavoro, alla diminuzione di personale, ma c'è soprattutto il problema del reclutamento del personale, che molto spesso in alcune aree avviene in modo clientelare: non si privilegiano i temi della professionalità, non si guarda alla capacità professionale, ma all'appartenenza politica. C'è troppa ingerenza della politica, che molto spesso guida, pilota alcuni concorsi. Queste motivazioni giustificano quindi ampiamente una Commissione conoscitiva: essa ha la funzione di svolgere un'analisi, ma anche di delineare una strategia organizzativa sanitaria che metta al centro delle strutture sanitarie anche il rischio clinico, caratterizzato dalla multidisciplinarietà. Ciò significa che a seguire questo importante settore non deve essere soltanto la competenza sanitaria, ma anche quella informatica, ingegneristica, tecnica, formativa, in modo che nel rischio clinico possano operare con interdisciplinarietà tanti professionisti, che dovranno avere cura di attivare misure di prevenzione e controlli per assicurare la sicurezza dei pazienti.

Certo, mentre ci accingiamo a varare una Commissione di inchiesta che dovrà accertare i limiti organizzativi e strutturali, non possiamo non sottolineare con preoccupazione la nostra contrarietà per i tagli che questo Governo ha operato nelle infrastrutture sanitarie. Il Governo Prodi aveva definito alcuni importanti finanziamenti soprattutto per il sud, e il Governo di centrodestra li ha cancellati. Non possiamo parlare di sicurezza e sottovalutare l'importanza dell'innovazione tecnologica, specie nell'ambito sanitario: la Commissione quindi dovrà indagare sulle cause che determinano errori, ma nel contempo avrà anche il compito di esaminare le cause del disavanzo delle regioni nella spesa sanitaria; è questo l'altro filone che dovrà vedere impegnata la Commissione. I due ambiti, infatti, sono mutuamente legati: c'è una correlazione tra errori nell'ambito clinico e cattiva gestione economica. In tal senso, i piani di rientro non

possono non essere considerati che positivamente. Devono essere però seri e credibili: non bisogna operare soltanto tagli ragionieristici, poiché occorre guardare alla razionalizzazione del settore.

Non voglio fare campanilismo: accennerò brevemente alla condizione per esempio che vive la Sicilia rispetto al piano di rientro sanitario.

Era stato concordato un piano di rientro tra il governo regionale e il Governo Prodi che prevedeva un taglio di 2.400 posti letto. Il piano che adesso il presidente Lombardo ha concordato con Berlusconi, senza alcun confronto con il Parlamento regionale, ne prevede più del doppio: 5.700 posti letto da tagliare. Da parte nostra non esiste un totem del posto letto, ma è evidente che calare la mannaia sugli ospedali senza aver prima creato le strutture di medicina del territorio significa determinare improbabili risparmi, privando i cittadini dei livelli essenziali di assistenza.

Ricordiamo, infatti, che la delibera con cui la giunta Lombardo definisce i tempi e i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto non dice nulla riguardo ai tempi, alle risorse e alle strutture con cui realizzare la rete dei posti letto per lunga degenza e riabilitazione e per potenziare tutto il settore della prevenzione e delle cure preospedaliere, i fantomatici PTA di cui non si conosce né cosa siano, né quando esisteranno. Ecco perché abbiamo il dovere di denunciare anche in quest'Aula limiti e contraddizioni di un piano che fa pagare ai cittadini il conto dei disastri provocati da una gestione dissennata della sanità operata da tutto il centrodestra.

Signor Presidente, noi vogliamo ribadire l'importanza di questa istituzione che, come abbiamo detto, abbiamo voluto soprattutto noi dell'opposizione. Le proposte emendative che sono state presentate sono migliorative. Ve ne è una, in particolare, che desidero segnalare e che è relativa al reclutamento del personale. Come ho detto in premessa, la professionalità è fondamentale per evitare gli errori sanitari e la Commissione dovrà accertare l'accaduto, specie in alcune zone del Paese dove

è stata dominante la presenza della politica clientelare. L'impegno della Commissione, però, deve essere anche quello di definire una strategia per uscire da questo vincolo e da questi limiti che, purtroppo, la sanità ha incontrato.

Concludendo, signor Presidente, in prospettiva del federalismo, la Commissione dovrà avere la funzione centrale di individuare e analizzare limiti ed errori del sistema sanitario e, nel contempo, di disegnare una nuova sinergia Stato-regioni per assicurare, ancora una volta, l'universalità del diritto alla salute di tutti i cittadini (*Applausi dei deputati del gruppo Partito Democratico*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Mario Pepe (PdL). Ne ha facoltà.

MARIO PEPE (PdL). Signor Presidente, intervengo solo per ammonire l'Assemblea sul pericolo che questa Commissione d'inchiesta diventi una specie di tribunale speciale che va a caccia di colpevoli, trascurando le ragioni profonde del malfunzionamento del nostro sistema sanitario.

È stata presentata una proposta emendativa, per cui è stato espresso parere contrario, che andava proprio in questo senso, quello di andare ad analizzare il meccanismo di formazione e di reclutamento dei nostri operatori sanitari. Oggi il sistema di accesso alle facoltà mediche è un sistema che favorisce l'accesso di studenti mediocri nelle università periferiche, mentre caccia dalle Università importanti studenti capaci. Oggi con 80 non si entra nella facoltà di medicina di Roma, mentre con 30 si entra nelle facoltà di medicina periferiche. Se non andiamo a vedere le radici della formazione e dell'accesso alle facoltà mediche questa Commissione fallirà il suo compito, come ha fallito la Commissione monocamerale del Senato che da anni opera in questa direzione.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Di Virgilio. Ne ha facoltà.

DOMENICO DI VIRGILIO. Signor Presidente, intervengo rapidamente per espri-

mere la mia meraviglia nei confronti dell'intervento dell'onorevole Burtone. Stiamo istituendo una Commissione di inchiesta per esaminare gli errori commessi in qualunque periodo e l'onorevole Burtone ha spostato il dibattito su un piano ideologico, facendo il panegirico dell'operato di due anni del Governo Prodi in materia di sanità. In realtà, non è stato fatto niente: vediamo cosa accade nel Lazio, in Campania e in altre ragioni. Questa è la verità.

Onorevole Burtone, stiamo istituendo una Commissione — ne abbiamo parlato in Commissione affari sociali — e siamo d'accordo nell'andare a verificare di fatto che succede, ma non possiamo assolutamente fare il panegirico di un Governo — il precedente — che nella sanità ha provocato i guai che stiamo osservando in questo momento.

Per cortesia, smettiamola quindi di fare ideologia ed andiamo avanti con la volontà unanime di procedere ad una verifica e di dare serenità ai cittadini per ripristinare quella fiducia che purtroppo è crollata, non voglio dire grazie al Governo Prodi, e che provoca tanti guai.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, invito il relatore ad esprimere il parere della Commissione.

PAOLA BINETTI, Relatore. Signor Presidente, la Commissione raccomanda l'approvazione del proprio emendamento 3.50 ed esprime parere favorevole sull'emendamento Contente 3.12, a condizione che sia riformulato nel modo seguente: « accertare il costo sostenuto dalle strutture sanitarie pubbliche e private per la copertura dei rischi connessi a errori sanitari, nonché l'ammontare delle somme corrisposte ai pazienti e ai loro aventi causa a titolo di risarcimento del danno subito in dipendenza da errori sanitari, verificando altresì le modalità adottate per l'affidamento del servizio di assicurazione ».

La Commissione esprime parere contrario sull'emendamento Farina Coscioni 3.5, mentre il parere è favorevole sull'emendamento Palagiano 3.1, a condizione che sia riformulato nel modo se-

guente: « indagare sulle modalità di selezione nei concorsi per il reclutamento dei quadri nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, e sulla scelta di criteri in base al merito e ai titoli. »

La Commissione esprime inoltre parere favorevole sull'emendamento Farina Coscioni 3.6, a condizione che sia riformulato nel modo seguente: « accertare l'istituzione e l'effettivo funzionamento delle unità di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie pubbliche e private ».

Il parere della Commissione è favorevole sull'emendamento Mura 3.2, a condizione che sia riformulato nel modo seguente: « verificare se la nomina della dirigenza sanitaria risponda al meglio alle esigenze ineludibili di efficienza, di professionalità, di qualità e soprattutto di trasparenza nella gestione ottimale delle strutture sanitarie pubbliche ».

La Commissione esprime altresì parere favorevole sull'emendamento Farina Coscioni 3.7, a condizione che sia riformulato nel modo seguente: « indagare sugli errori medico sanitari relativi a prestazioni effettuate al di fuori delle strutture ospedaliere, in particolare da ambulatori, medici di medicina generale, laboratori e servizi diagnostici, farmacie ».

La Commissione esprime parere favorevole sull'emendamento Farina Coscioni 3.8, a condizione che sia riformulato nel modo seguente: « accertare l'istituzione di servizi per la rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti, verificare le modalità di gestione dei reclami nonché l'istituzione di altri strumenti a disposizione dei cittadini che consentano loro di tutelare al meglio i propri diritti ».

La Commissione formula infine un invito al ritiro degli emendamenti Farina Coscioni 3.9, 3.10 e 3.11.

PRESIDENTE. Il Governo ?

FRANCESCA MARTINI, Sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali. Il parere del Governo è conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 3.50 della Commissione.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Livia Turco. Ne ha facoltà.

LIVIA TURCO. Signor Presidente, il parere del Governo è conforme e dunque rinunzio all'intervento.

PRESIDENTE. Sta bene.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento 3.50 della Commissione, accettato dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Contento 3.12.

Chiedo ai presentatori se accettino la riformulazione proposta dal relatore.

BARBARA SALTAMARTINI. Signor Presidente, visto che l'onorevole Contento non è presente in Aula, ed io sono la seconda firmataria dell'emendamento, intervengo per accettare la riformulazione proposta dal relatore.

PRESIDENTE. Sta bene.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Contento 3.12, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Farina Coscioni 3.5.

PAOLA BINETTI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PAOLA BINETTI, *Relatore*. Signor Presidente la Commissione invita al ritiro dell'emendamento Farina Coscioni 3.5.

PRESIDENTE. Prendo atto che il rappresentante del Governo esprime parere conforme a quello espresso dal relatore.

Prendo, altresì, atto che il presentatore dell'emendamento Farina Coscioni 3.5 lo ritira.

Passiamo alla votazione dell'emendamento Palagiano 3.1.

Prendo atto che i presentatori accettano la riformulazione proposta dal relatore.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Palagiano 3.1, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Farina Coscioni 3.6.

Prendo atto che il presentatore accetta la riformulazione proposta dal relatore.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Farina Coscioni 3.6, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Mura 3.2.

Prendo atto che i presentatori accettano la riformulazione proposta dal relatore.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Mura 3.2, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Farina Coscioni 3.7.

Prendo atto che il presentatore accetta la riformulazione proposta dal relatore.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Farina Coscioni 3.7, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Farina Coscioni 3.8.

Prendo atto che il presentatore accetta la riformulazione proposta dal relatore.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Farina Coscioni 3.8, nel testo riformulato, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Prendo atto che gli emendamenti Farina Coscioni 3.9, 3.10 e 3.11 sono stati ritirati.

Pongo in votazione l'articolo 3, nel testo emendato.

(È approvato).

***(Esame dell'articolo 4
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)***

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 4 e dell'unica proposta emendativa ad esso presentata *(vedi l'allegato A - Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)*.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ad esprimere il parere della Commissione.

PAOLA BINETTI. *Relatore.* La Commissione esprime parere favorevole sull'emendamento Palumbo 4.5.

PRESIDENTE. Il Governo?

FRANCESCA MARTINI, *Sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali.* Signor Presidente, il parere del Governo è conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'emendamento Palumbo 4.5, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 4, nel testo emendato.

(È approvato).

***(Esame dell'articolo 5
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)***

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 5 *(vedi l'allegato A - Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)*, al quale non sono state presentate proposte emendative.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'articolo 5.

(È approvato).

***(Esame dell'articolo 6
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)***

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 6 *(vedi l'allegato A - Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)*, al quale non sono state presentate proposte emendative.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione l'articolo 6.

(È approvato).

***(Dichiarazioni di voto finale
- Doc. XXII, nn. 1-2-4-A)***

PRESIDENTE. Passiamo alle dichiarazioni di voto finale.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Nunzio Francesco Testa. Ne ha facoltà.

NUNZIO FRANCESCO TESTA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, da molti anni la cattiva gestione della sanità ha generato notevoli disavanzi, ed errori nelle corsie, identificati come « malasanità ». Per questo il Parlamento, quando c'era il precedente Governo, ha istituito una Commissione analoga a quella in esame. Ci sarebbe poco da aggiungere a quello che hanno già affermato i colleghi nella discussione ge-

nerale e a ciò che andremo ad affermare successivamente, ma le dimensioni e la gravità del problema, hanno già unito la maggioranza e l'opposizione nell'impegno comune di indagare sulle cause che hanno determinato questa « malasànità ».

Bisogna dire che la medicina ha compiuto grandi progressi ma senza la sufficiente consapevolezza e senza un'adeguata risposta da un punto di vista organizzativo, perché è proprio la disorganizzazione che rappresenta una delle cause di errore. Raramente gli errori sono riferibili invece a mancanze del personale medico e paramedico, impegnato il più delle volte in turni massacranti, specie lì dove si lavora di più.

Al di là delle considerazioni che faremo poi in modo più dettagliato questi errori costano milioni di euro all'anno, come ci suggerisce l'associazione delle imprese assicurative che indica una crescita di circa il 66 per cento del risarcimento dei danni che si ripercuotono poi sulle polizze a carico, il più delle volte, delle regioni.

Ritengo che la burocratizzazione sia uno degli esempi più veri dei problemi che esistono in sanità. Mi riferisco, ad esempio, ai DRG, che rappresentano poi alla fine il compenso che le aziende percepiscono, ma anche il criterio di valutazione dell'efficienza di un reparto il più delle volte misurato in base alla pura somma dei DRG e non alla qualità della prestazione. Un'altra spesa enorme nel settore della sanità deriva dalla sovrapposizione di centri che si occupano delle medesime patologie e — mi duole dirlo — rappresenta uno degli aspetti negativi del connubio tra politica, direttori generali e scelta dei primari; rapporto molto discutibile per il passato, ma oggi improponibile in un momento di profonda crisi economica. Sono queste inappropriate gestioni della sanità che determinano diverse realtà sanitarie da regione a regione. E al di là dei LEA, i livelli essenziali di assistenza che lo Stato deve garantire a tutti i cittadini, vi sono regioni con punte elevate di eccellenza, e regioni che, al contrario, hanno maturato enormi disavanzi con discutibili livelli qualitativi. L'obiettivo, quindi, è quello di

garantire uno standard qualitativo in tutte le regioni al fine poi di abolire un'altra spesa, quella del turismo sanitario, che, oltre a sovraccaricare le strutture che meglio funzionano, nel contempo crea notevoli disavanzi alle regioni di provenienza. In tal senso, è opportuno lavorare per ottimizzare le strutture che funzionano meno bene. Vi è quindi bisogno di un cambio di rotta radicale perché le logiche della globalizzazione stanno investendo anche la sanità. Le spese del settore sanitario stanno aumentando al di là degli sprechi. Uno dei motivi è l'allungamento della vita media, il che significa che poi alla fine la medicina funziona bene. Secondo alcuni la vita media si allunga di tre mesi per ogni anno.

Le spese aumentano inoltre per il progresso scientifico e tecnologico che richiede investimenti in tecnologie sempre più sofisticate ed in continua evoluzione. La spesa sanitaria quindi è destinata a crescere e l'impegno a ridurre gli sprechi è uno degli obiettivi prioritari.

Considerate, colleghi, che la sanità incide nella spesa delle regioni dal 60 all'80 per cento circa, e molto spesso si sfora da queste percentuali. L'avvio della razionalizzazione del sistema sanitario deve necessariamente passare attraverso l'indagine conoscitiva della costituenda Commissione che avrà il compito di chiarire al Parlamento le inadeguatezze e gli sprechi in questo settore, nonché di suggerire le soluzioni adeguate.

Nell'annunciare il voto favorevole del gruppo Unione di Centro, auspico che questa Commissione parlamentare possa accertare fatti e responsabilità nel controllo della spesa e, soprattutto, stimolare il Governo, nella speranza che, in un quadro di collaborazione, si possa realizzare una moderna riforma sanitaria, non rivoluzionaria ma sicuramente sostanziale (*Applausi dei deputati del gruppo Unione di Centro e di deputati del gruppo Partito Democratico*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Palagiano. Ne ha facoltà.

ANTONIO PALAGIANO. Signor Presidente, l'ampio dibattito cui abbiamo assistito durante la discussione sulle linee generali ha ampiamente dimostrato che esiste un'esigenza di istituire una Commissione parlamentare d'inchiesta sull'argomento in questione.

Infatti negli ultimi dieci anni, esattamente dal 1996 al 2006, sono aumentate del 66 per cento le denunce nei confronti di medici, paramedici, ostetriche, strutture sanitarie e si calcola che ogni anno ci siano da 28 mila a 30 mila denunce nei confronti dei lavoratori della sanità.

Sicuramente sono aumentati anche i premi assicurativi: si calcola che oggi le strutture sanitarie spendano intorno ai 500 milioni di euro per assicurare le strutture sanitarie e aumentano anche i premi assicurativi nei confronti di ciascun singolo professionista che poi si vanno a ripercuotere ovviamente sulle tasche dei cittadini. L'aumento di contenzioso dipende dallo svuotamento del rapporto tra medico e paziente che si è andato incrinando anno per anno e, quindi, vi è un'esigenza da parte di tutti di fare chiarezza su questo punto.

Sicuramente l'Organizzazione mondiale della sanità, come prima riferiva il relatore che mi ha preceduto, considera il sistema sanitario nazionale italiano uno dei primi al mondo, il secondo al mondo dopo quello della Francia per efficienza e per qualità di servizi ma non possiamo non rilevare che anche nel nostro sistema esistono delle zone di ombra, zone nelle quali la sanità viene espressa non al meglio e in cui esistono quelle lacune che poi determinano un così elevato numero di denunce da parte dei cittadini.

La conseguenza di tutta questa litigiosità e di tutto questo contenzioso è stata la nascita di una nuova branca della medicina di cui non esiste scuola di specializzazione e di cui non esiste insegnamento nelle nostre università chiamata anche medicina difensiva, vale a dire quell'insieme di comportamenti che il medico attua non per tutelare la salute del paziente ma per una propria tutela giuridica. La medicina difensiva comporta aumento

delle spese da parte della sanità: ne fanno testo, ad esempio, i 52 milioni di esami radiologici che vengono effettuati ogni anno in Italia o il 60 per cento dei tagli cesarei che vengono effettuati in alcune regioni, come la Campania, non soltanto nell'ambito privato ma anche nell'ambito pubblico. Può bastare una minima distocia del parto, una difficoltà di espulsione del feto che il ginecologo preferisce impiegare il bisturi per evitare una successiva denuncia. L'esagerata prescrizione di TAC: basta un mal di testa per far scattare la prescrizione di una tomografia assiale computerizzata che il medico spesso è costretto a prescrivere per evitare successivamente una denuncia per ritardata diagnosi. È questo insieme di comportamenti che sicuramente contribuisce all'aumento della spesa e, quindi, all'aumento dei costi delle assicurazioni: comportamenti consoni alla medicina difensiva, tanto seguire una linea guida non ha senso. Infatti, le linee guida, cioè quei comportamenti codificati dalle numerose società scientifiche italiane o internazionali, sono tante; affidarsi ad un determinato tipo di protocollo non esonera naturalmente il medico da ricevere una denuncia per chi si appella ad un altro tipo di comportamento.

L'esigenza di costituire una Commissione parlamentare di inchiesta non vuole rappresentare — lo dico al collega che mi ha preceduto — una Commissione punitiva contro qualcuno. Si tratta di una Commissione per il sistema sanitario, per cittadini, per fare chiarezza sugli incidenti e sull'errore medico, per evitare che esista uno sperpero di denaro pubblico che si può attuare ovviamente attraverso varie forme. Quindi un panorama globale di tutta la sanità italiana, del metodo scientifico e amministrativo, che può consentire alla Commissione parlamentare di fare luce, di fare chiarezza e di correggere le storture in cui a volte il percorso sanitario va ad infilarsi.

Per tali ragioni, sia a favore della tutela della salute sia ovviamente indirizzate a poter attuare il piano di rientro che oggi in tante regioni italiane meno virtuose si sta cercando di effettuare, l'Italia dei Va-

lori appoggerà ovviamente tale provvedimento. Non importa da chi sia stato presentato, in questo caso dal Partito Democratico, ma vi è stata un'ampia convergenza in Commissione, in Assemblea, nel Comitato dei nove.

Vi è effettivamente questa esigenza di potere e di dover agire nei confronti dei nostri cittadini, tutelandoli dall'errore medico e correggendo le storture. Tali storture non sono solo l'effettuazione di un eventuale intervento chirurgico: per esempio, bisogna verificare se sono a norma le strutture sanitarie, verificare anche i criteri con cui vengono assunti i medici, bisogna intercettare il merito e vedere se effettivamente chi riveste un certo ruolo e chi occupa un certo posto ha le capacità, è stato assunto regolarmente ed ha un numero abbastanza elevato di pazienti che gli consente, ovviamente, di rivestire quell'incarico.

L'Italia dei Valori — e concludo, signor Presidente — voterà quindi a favore dell'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi regionali ed augura un buon lavoro a tutti i membri, di destra e di sinistra, che faranno parte di questa Commissione (*Applausi dei deputati del gruppo Italia dei Valori e di deputati del gruppo Partito Democratico*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Melchiorre. Ne ha facoltà.

DANIELA MELCHIORRE. Signor Presidente e onorevoli colleghi, l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali rappresenta una linea ideale di continuità e di sviluppo sul lavoro dell'analoga Commissione istituita nella scorsa legislatura sul medesimo tema. In applicazione delle previsioni costituzionali contenute nell'articolo 32 della nostra Costituzione, laddove è sancito espressamente il dovere dello Stato di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse

della collettività, alla Commissione di inchiesta, su cui oggi la Camera è chiamata a pronunciarsi, sono affidate funzioni delicatissime e di grande responsabilità agli occhi degli utenti del Servizio sanitario nazionale, del personale delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, ma anche nei confronti dello Stato, segnatamente nella sua gestione del sistema salute.

La Commissione è chiamata ad operare su due fronti: la prevenzione degli errori sanitari e l'individuazione delle cause dei disavanzi sanitari regionali. La duplicità ed eterogeneità di funzioni affidate alla Commissione, come vedremo, è solo apparente. La Commissione, come si legge nell'articolo 3 del testo unificato oggi all'esame dell'Aula, ha il compito *in primis* di indagare sulla quantità e sulla gravità degli errori sanitari che, verificatisi in strutture sanitarie pubbliche o private, hanno provocato la morte di pazienti o comunque danni alla loro salute. È evidente che tale disposizione vada letta non solo nella direzione di calcolare a fini statistici la rilevanza di tali errori medici, individuando contestualmente le categorie di intervento terapeutico a cui essi sono più frequentemente connessi, ma si proponga invece l'obiettivo più ambizioso di studiare ed approfondire quali tra essi siano sistemici, ovvero diretta conseguenza della scarsa igiene delle strutture sanitarie, dell'inefficienza organizzativa di esse, oppure siano riconducibili alla carenza dell'organico del personale medico e paramedico o per motivi connessi alla carenza delle dotazioni di apparecchiature clinico-diagnostiche.

Obiettivo della Commissione non è infatti quello di procedere ad un'elencazione sterile o alla mera costituzione di un archivio di fatti gravi o gravissimi che sono avvenuti nelle nostre strutture sanitarie pubbliche e private e su cui si è registrato ampio risalto nelle cronache nere dei nostri quotidiani: non aggiungeremmo molto, in questo modo. Siamo chiamati invece ad individuare le cause di errori sanitari per impedirne il loro ripetersi. Dobbiamo capire quando un errore medico sia un errore di sistema, sia cioè il

risultato di un'errata gestione del rischio clinico, che un'attività come quella medica per sua natura comporta. Si tratta di errori che inefficienze e disfunzioni gestionali possono concorrere a verificare. Per questo, l'incapacità gestionale ed amministrativa è trattata contestualmente agli errori sanitari da parte di questa Commissione. Non a caso, i risultati della Commissione che aveva lavorato nella precedente legislatura alla Camera, ma anche la sua omologa al Senato, si erano orientati proprio sulla caratterizzazione e tipizzazione del rischio da attività medica, in modo da produrre un sistema di garanzie atto ad evitare la possibilità di errori sanitari. L'obiettivo è quindi di garantire la sicurezza dei pazienti, ricercando, promuovendo e diffondendo in Italia i modelli e gli strumenti per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari accettati dalle maggiori istituzioni sanitarie internazionali.

Per questi motivi, un'indagine sugli errori medici e sulle loro cause deve procedere, a mio avviso, su questi binari: individuazione delle cause degli errori sanitari e proposte per evitarli. Altrimenti, il rischio che si corre è quello di approfondire quel senso di sfiducia e diffidenza nei confronti del personale medico e paramedico da parte di una larga fetta di cittadini che, alimentato dalla stampa, non rispecchia nei fatti l'intera realtà della sanità italiana. Non è vero, infatti, che gli errori sanitari si manifestino nel nostro Paese con una maggiore frequenza che altrove, né si può negare che il noto innalzamento delle aspettative di vita degli italiani non sia figlio anch'esso dell'efficienza e dell'eccellenza delle nostre strutture sanitarie e dell'abilità dei nostri medici. Bisogna prestare una particolare attenzione a questi temi, specialmente, se consideriamo che il personale, soprattutto medico, è sempre più fatto oggetto di azioni civili e penali per il riconoscimento dei danni subiti. Tale circostanza è il risultato sì di un'ampia casistica di errori sanitari, su cui oggi ci proponiamo di avere una più chiara e diretta conoscenza attraverso lo strumento della Commissione di inchiesta, ma è an-

che il risultato di un'apprezzabile e maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti.

Proprio in ragione di tali considerazioni, so che in quest'Aula si è richiamata la necessità di apprestare degli strumenti per accorciare la durata dei procedimenti che hanno come presupposto errori sanitari. Non possiamo non comprendere il dramma di vittime, o di famiglie di vittime, che attendono di vedere risarciti i danni subiti. Tuttavia, dobbiamo anche considerare che i medici impegnati in alcune aree dell'attività medica (*in primis*, ostetricia, ginecologia e chirurgia) sono i soggetti contro i quali si concentra il più alto numero di denunce. Ogni anno — pensate — si registrano circa trentamila denunce che i pazienti rivolgono a medici ed infermieri per colpe professionali o disservizi della struttura sanitaria. Il risultato è che quello che una volta il medico azzardava per il bene del paziente, spesso oggi si evita per paura di conseguenze legali.

In merito al secondo profilo, la Commissione è chiamata ad indagare, come recita l'articolo 1 del Testo unificato in oggetto sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che nelle regioni hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni medesime, anche al fine di accertare le relative responsabilità. Com'è noto, 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 citato decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, lo Stato concorre al ripiano del relativo disavanzo sanitario regionale. Questa seconda funzione della Commissione va inquadrata nel percorso che sta portando ad una responsabilizzazione dell'ente regione sul fronte della spesa sanitaria, iniziato con l'introduzione nella nostra Costituzione, articolo 119, ad opera della legge costituzionale 18 ottobre 2001,

n. 3. Si tratta di una norma sul federalismo fiscale, che richiama gli enti locali ad una nuova assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini residenti sul proprio territorio e, quindi, ad una necessaria, puntuale e corretta amministrazione delle risorse di cui ciascun ente può disporre, al netto di ripianamenti a fondo perduto da parte dello Stato che, inevitabilmente, derogano al principio della responsabilità delle regioni nella copertura degli eventuali disavanzi regionali.

Onorevoli colleghi, la Commissione che sarà chiamata a lavorare su questi e su altri importanti aspetti non dovrà, comunque, incentrarsi solo sull'inchiesta, ma dovrà, altresì, operare come è espressamente previsto dall'articolo 3 del Testo unificato in oggetto, per valutare l'efficacia e la funzionalità della normativa vigente. Essa, dunque, agirà anche quale stimolo e sollecitazione, in un'ottica *de iure condendo*, per conseguire un miglior rapporto di efficienza fra risorse utilizzate e risultati ottenuti in termini di qualità, tempestività, razionalità ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Per tali motivi, annuncio il voto favorevole dei Liberal Democratici-Repubblicani all'istituzione di detta Commissione (*Applausi dei deputati del gruppo Misto-Liberal Democratici-Repubblicani*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Di Virgilio. Ne ha facoltà.

DOMENICO DI VIRGILIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, solo alcune brevi considerazioni — riservandomi di consegnare il testo integrale del mio intervento — su questa iniziativa che oggi vede la luce, qui, dal Parlamento, e che è tanto attesa dal Paese.

Pressoché quotidianamente dagli organi di stampa apprendiamo notizie che tanto turbano l'opinione pubblica, riferite a presunti errori medici o a cattiva organizzazione del sistema sanitario e che fanno registrare, specialmente negli ultimi anni, un forte incremento anche del contenzioso

— bisogna sottolinearlo — in materia di responsabilità medica.

Queste vicende, oltre ad essere inconcepibili dal punto di vista umano, procurano danni enormi dal punto di vista del rapporto tra i cittadini e le istituzioni. Viene, infatti, gravemente minata la fiducia dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale e — peggio ancora — viene messo in forse il delicato rapporto di fiducia che deve sempre esistere tra medico e paziente, che è alla base della medicina e rappresenta un punto fondamentale di qualsiasi sistema sanitario avanzato.

Lo Stato — in forza anche del dettato costituzionale, che include tra le materie sulle quali esso ha legislazione esclusiva anche « la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale » — deve dare risposte chiare, immediate ed efficaci ai cittadini che chiedono garanzie affinché eventi del genere non si ripetano mai più.

La salute — occorre sottolinearlo — è un diritto assoluto, inalienabile e gratuito per tutti i cittadini ed è tutelata dallo Stato in quanto è una delle risorse fondamentali della nostra collettività. Occorre allora garantire, attraverso la tutela del diritto alla salute, anche un livello elevato di tutela del diritto alla vita, anche attraverso garanzie di qualità del sistema sanitario!

I problemi, poi, di stretta rilevanza economica, con il preoccupante fenomeno delle regioni « virtuose » e di quelle con grave disavanzo, e quindi con la complessità di interventi per la messa in opera di piani di rientro, rischiano di apportare ulteriori dubbi ed incertezze!

Voglio ricordare che già nella scorsa legislatura l'attuale presidente della XII Commissione, onorevole Palumbo, su sua iniziativa, presiedette una Commissione analoga che purtroppo ebbe vita breve come la legislatura: noi vogliamo ripartire da quella Commissione.

Ecco allora solo alcune e rapide sottolineature che impongono al Parlamento italiano di istituire, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare d'inchiesta con il compito di

indagare a tutto campo, senza reticenze, sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private, e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale, ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che nelle regioni interessate hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente.

Per tutti questi motivi, il Popolo della Libertà vota con convinzione a favore ed ha fiducia nell'istituzione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (*Applausi dei deputati del gruppo Popolo della Libertà*).

Signor Presidente, chiedo dunque che la Presidenza autorizzi la pubblicazione in calce al resoconto della seduta odierna del testo integrale della mia dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Onorevole Di Virgilio, la Presidenza lo consente, sulla base dei criteri costantemente seguiti.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Laura Molteni. Ne ha facoltà.

LAURA MOLTENI. Signor Presidente, a fronte dei ripetuti fatti di cronaca e delle ripetute azioni di ripiano a piè di lista dei disavanzi regionali, in tema di garanzia nell'accesso ai trattamenti sanitari e nella gestione del Servizio sanitario, si evidenzia con forza ancora oggi la necessità di istituire, per la seconda legislatura consecutiva, una Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

L'espressione « errori sanitari » comprende una pluralità di situazioni che si traducono poi in un danno per il paziente. Si tratta di situazioni che possono essere determinate da errori umani, da diagnosi mediche errate o, nei casi più gravi, anche da *mala gestio* e malversazioni. Questa situazione è ben presente ai pazienti, oltre che nelle cronache cittadine nazionali. Ricordo il caso verificatosi nell'azienda

ospedaliera Careggi (Firenze), all'inizio dello scorso anno, dove sono stati trapiantati organi provenienti da un donatore sieropositivo; e ancora, ricordo il caso relativo alla clinica milanese Santa Rita, nonché il caso di cronaca della settimana scorsa riguardante un'inchiesta sull'ospedale Jazzolino di Vibo Valentia, che è partita dopo la morte di una ragazza sedicenne deceduta a gennaio 2007 dopo alcuni giorni di coma causato da un *blackout* in sala operatoria durante un intervento di appendicectomia, e, via via, i casi emersi anche in questi giorni dalla stampa.

Si tratta di episodi complessivamente scandalosi e preoccupanti, per i quali vanno di sicuro e in tempi brevi adottati seri provvedimenti. Essi, insieme ad altri, hanno evidenziato la necessità di individuare eventuali falle nel sistema sanitario, al fine di evitare il ripetersi di simili episodi nonché di individuare i meccanismi che hanno portato al verificarsi dei disavanzi della spesa sanitaria regionale. Non dobbiamo dimenticare che i veri protagonisti di simili episodi sono i pazienti, ai quali siamo vicini e solidali e per i quali procediamo, anche oggi, con convinzione e determinazione, ad istituire una Commissione d'indagine e di inchiesta. È paradossale che luoghi di cura, dove deve essere tutelata la salute dei cittadini, possano invece essere, in diversi casi, luoghi cagionevoli per la salute.

Considerato lo *status* nazionale dei controlli, che si attestano intorno all'1,2 per cento, è chiaro che, in queste condizioni, il rischio, rispetto a certe situazioni a danno dei pazienti e dei contribuenti del Servizio sanitario, è che non emergano. Pertanto, oltre a incrementare il numero dei controlli regionali nel « pubblico » e nel « privato », andrebbe anche meglio calibrato e rivisto l'intero impianto del convenzionamento pubblico-privato, sul piano sanitario gestionale. Occorrerebbe altresì valutare l'introduzione dei cosiddetti « sistemi di gestione del rischio clinico » o meglio di *risk management*, finalizzati a evitare la possibilità di errori sanitari. Se, infatti, la logica della prevenzione del

rischio deve partire dal basso ovvero dagli stessi medici che rappresentano i veri protagonisti dei sistemi integrati di *risk management*, è altresì innegabile che solo attraverso un sistema organico di ispezione e controllo è possibile garantire l'omogeneità dei comportamenti e la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti sull'intero territorio nazionale. Per questo è, nel contempo, necessario superare l'attuale asimmetria di controlli di sistema per cui in regioni come la Lombardia la percentuale di controlli è intorno al 6 per cento, di cui il 5 per cento certificato, mentre la media nel resto del Paese si attesta intorno a tassi ben più contenuti, oscillanti tra l'1,2 e il 2 per cento. In questa chiave di lettura è necessario elevare la percentuale dei controlli ordinari anche sulle cartelle cliniche e portarla su valori nettamente superiori a quelli attuali, al fine di promuovere anche analisi comparative sui ricoveri. L'istituenda Commissione sarà anche chiamata ad intervenire in merito all'analisi delle cause dei disavanzi sanitari. A tal proposito voglio evidenziare che, delle proposte presentate per l'istituzione della Commissione di inchiesta, solo quella presentata dalla Lega Nord si rivolge anche all'esame alle cause dei disavanzi sanitari. Desidero rimarcare che già nella passata legislatura la Lega aveva sostenuto l'esigenza di ampliare le competenze dell'istituenda Commissione, incentrandone le funzioni sulla valutazione delle cause che hanno determinato il formarsi di ingenti disavanzi sanitari in alcune regioni. Non ci dovremmo trovare oggi di fronte a una natura incompiuta e disomogenea del decentramento sanitario, che si rinviene nei provvedimenti di copertura dei disavanzi sanitari regionali adottati dal precedente Governo Prodi. Con il decentramento sanitario attuato a partire dal 1992 e con il decreto-legge n. 347 del 2001 — con il quale è stato chiaramente sancito dalla legislazione ordinaria il fondamentale principio della responsabilità delle regioni nella copertura degli eventuali disavanzi gestionali —, nonché a fronte dei sopravvenuti patti di stabilità che, dal 2000, hanno regolato, in

chiave di reciprocità, gli impegni finanziari tra Stato e regioni, non ci dovremmo trovare, ancora oggi, nella situazione di pesanti disavanzi della spesa sanitaria. Tuttavia i patti di stabilità, per molte regioni, sono rimasti « lettera morta »: ciò ha differenziato le regioni virtuose da quelle che non lo sono e, soprattutto nell'ultima legislatura — Governo Prodi — ha originato pesanti operazioni di ripiano a piè di lista. Ebbene, tale atteggiamento dello Stato, appare non sostenibile in una logica di lungo periodo, a fronte dell'inerzia, ormai sistemica, di molte regioni del centro-sud, rispetto sia alla copertura dei disavanzi pregressi sia all'adozione di misure di razionalizzazione della spesa atte a garantire il rispetto del principio di pareggio di bilancio. Né, d'altro canto, il meccanismo dei piani di rientro istituito sotto il Governo Prodi con la stipula di accordi con le regioni che presentano maggiori disavanzi, in riferimento, in particolare, al Lazio e alla Campania, sembra aver conseguito determinati risultati sul piano del risanamento della situazione debitoria pregressa.

L'ultimo rapporto sulla finanza pubblica dell'ISAE pubblicato nel giugno ultimo scorso conferma che le otto regioni che nel 2007 hanno chiuso i bilanci in pareggio o in avanzo sono tutte localizzate nel centro-nord: Toscana, Marche, Friuli, Bolzano, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. Viceversa, le sei regioni — Lazio, Campania, Sicilia, Puglia, Liguria ed Abruzzo — interessate alla stipula dei piani di rientro in relazione ai disavanzi per gli anni 2001-2005 hanno continuato, anche nel 2006 e nel 2007, a collocarsi in cima alla classifica interregionale per l'entità dei debiti.

In particolare, si segnalano i disavanzi del Lazio: meno 1.941 milioni di euro nel 2006, meno 1407 milioni di euro nel 2007; della Campania: meno 17.087 milioni di euro nel 2006 e meno 697 milioni di euro nel 2007; della Sicilia: meno 699 milioni di euro nel 2006 e meno 524 milioni di euro nel 2007.

Proprio a causa dell'entità di tale situazione debitoria è evidente che l'attua-