

# CAMERA DEI DEPUTATI Doc. XXII n. 1

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LIVIA TURCO, DI VIRGILIO, LETTA, BARANI, BINETTI, BOC-  
CIARDO, BOSSA, BUCCHINO, CALGARO, CASTELLANI, DE NI-  
CHILLO RIZZOLI, D'INCECCO, FARINA COSCIONI, GRASSI, LENZI,  
LO MORO, MANCUSO, MIOTTO, MOSELLA, MURA, MURER, MUS-  
SOLINI, PATARINO, PEDOTO, SALTAMARTINI, SCAPAGNINI,  
NUNZIO FRANCESCO TESTA**

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta  
sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi  
sanitari regionali

*Presentata il 19 giugno 2008*

ONOREVOLI COLLEGHI! — La necessità di richiedere l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta, a norma dell'articolo 82 della Costituzione, sull'efficacia e sull'efficienza del Servizio sanitario nazionale nonché sugli errori avvenuti in campo sanitario e sui disavanzi sanitari regionali nasce dall'esigenza di acquisire tutti gli elementi conoscitivi sullo stato di « salute » della nostra sanità sia pubblica che privata.

Nell'ambito degli strumenti volti a consentire lo svolgimento dell'attività di controllo del Parlamento, dei quali le Camere 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 della autorità giudiziaria ». I poteri coercitivi che la Commissione 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 il Parlamento l'attività di controllo nasce dall'esigenza di monitorare continuamente l'applicazione delle nuove leggi, il loro aggiornamento nonché la tenuta delle politiche e delle 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 Parlamento e autonomie regionali, consentendo l'esercizio di quel ruolo di controllo che è esplicato normalmente con l'attività di sindacato ispettivo e che in ultima analisi proviene da quei poteri che l'articolo 82 della Costituzione attribuisce al Parlamento.

I compiti che la presente proposta di inchiesta parlamentare attribuisce alla Commissione 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 ». 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. Questo è quello che sta accadendo in questi giorni con l'ennesimo caso di malasanità che si è verificato alla clinica « Santa Rita » di Milano, dove ben dodici medici, nonché il proprietario e l'ex direttore sanitario sono stati arrestati con accuse che vanno dall'omicidio volon-

tario alla truffa aggravata ai danni del Servizio sanitario nazionale. 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.

Questa proposta di inchiesta parlamentare riassume in sé sia la necessità di un'indagine sugli errori in campo sanitario sia la necessità di un'analisi sull'efficacia e sull'efficienza del Servizio sanitario nazionale.

Infine, non bisogna dimenticare che su questa strada di un'analisi generale del sistema sanitario si sono mossi sia il Governo Prodi che quello precedente, cercando di dare risposte a una giusta domanda di sicurezza delle cure. 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 adottare 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.

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

—

## ART. 1.

*(Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali).*

1. Ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, è istituita, per la durata della XVI legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta, di seguito denominata « Commissione », con il compito di indagare sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che, nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni medesime, anche al fine di accertare le relative responsabilità.

## ART. 2.

*(Composizione della Commissione).*

1. La Commissione è composta da venti deputati, nominati 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 parlamentare.

2. Il Presidente della Camera dei deputati, entro dieci giorni dalla nomina dei componenti, convoca la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

3. La Commissione elegge al proprio interno l'ufficio di presidenza, composto dal presidente, da due vicepresidenti e da due segretari, secondo le disposizioni dell'articolo 20 del Regolamento della Camera dei deputati.

4. La Commissione, entro dieci giorni dalla conclusione dei suoi lavori, presenta all'Assemblea della Camera dei deputati la relazione finale sulle indagini svolte.

ART. 3.

*(Compiti della Commissione).*

1. La Commissione ha il compito di:

*a)* indagare sulla quantità e sulla gravità degli errori sanitari verificatisi nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

*b)* valutare l'incidenza degli errori di cui alla lettera *a)* in termini di perdite di vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti;

*c)* individuare le categorie cui sono riconducibili gli errori più frequenti, in particolare con riferimento a quelle relative all'inefficienza e alla scarsa igiene delle strutture sanitarie o all'inefficienza organizzativa, alla carenza dell'organico del personale medico e paramedico nonché alla carenza delle apparecchiature clinico-diagnostiche e delle strutture;

*d)* indagare sulle cause degli errori e su quanti di questi derivino da carenze di formazione del personale medico e paramedico o da carenze organizzative o comunque aziendali;

*e)* individuare gli eventuali correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale medico e paramedico o all'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;

*f)* 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 sia pubbliche sia private;

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

h) valutare l'efficacia dei controlli di qualità sulle strutture sanitarie pubbliche e private;

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

l) individuare ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del sistema sanitario nazionale;

m) verificare l'applicazione della disciplina in materia di consenso informato;

n) verificare l'entità delle risorse finanziarie destinate dalle strutture sanitarie pubbliche e private a interventi per la riduzione degli errori sanitari;

o) verificare l'esistenza di metodi di accertamento, rilevazione e raccolta dei dati sugli errori sanitari.

2. La Commissione verifica, in particolare:

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

b) la qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate nella fase acuta delle patologie;

c) lo stato di attuazione e di funzionamento, sull'intero territorio nazionale, del sistema di emergenza-urgenza « 118 » e di tutto il servizio ospedaliero di pronto soccorso e di rianimazione;

d) la diffusione delle metodiche di verifica e revisione della qualità (VRQ) e la conseguente ricaduta sulla programmazione e sulla gestione dei servizi sanitari;

e) lo stato di attuazione del 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;

f) la realizzazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) di cui all'articolo 1,

comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

3. 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 e 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) il livello della spesa direttamente sostenuta dai cittadini nelle aziende sanitarie locali, nelle aziende ospedaliere, nelle strutture socio-sanitarie e sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario nazionale;

4) l'appropriatezza delle prestazioni erogate, il livello di qualità ed efficacia dei trattamenti effettuati e la diffusione delle metodiche di verifica e revisione della qualità, valutandone la ricaduta sulla programmazione e sulla gestione dei servizi sanitari;

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

6) l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie, valutando in particolare l'attuazione degli adempimenti re-

lativi al programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni;

7) 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;

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

9) l'adeguatezza delle procedure regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici e di stipula degli accordi contrattuali, valutando la corrispondente esistenza di un'offerta di servizi sufficientemente ampia e adeguata alla domanda degli utenti;

10) 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;

11) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e di promozione di un consumo appropriato di medicinali, atti a garantire il rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla legislazione vigente;

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

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

14) 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;

15) 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;

16) lo stato di attuazione degli adempimenti in materia di riduzione delle liste di attesa, conformemente all'intesa 28 marzo 2006, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui al provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 92 del 20 aprile 2006, recante il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

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;

e) verificare la congruità delle misure di rientro dalla situazione debitoria contenute negli accordi stipulati con lo Stato dalle regioni in disavanzo 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.

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

3. Qualora l'autorità giudiziaria abbia inviato alla Commissione atti coperti dal segreto, richiedendone il mantenimento, la Commissione dispone la segretazione degli atti.

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 ad 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.

#### 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 dei lavori della Commissione).*

1. L'attività della Commissione è esercitata ai sensi degli articoli 140, 141 e 142

del Regolamento della Camera dei deputati.

2. La Commissione, prima dell'inizio dei lavori, adotta il proprio regolamento interno a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

3. Le sedute della Commissione sono pubbliche; tuttavia, la Commissione può deliberare, a maggioranza semplice, di riunirsi in seduta segreta.

4. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e di ufficiali di polizia giudiziaria, di magistrati ordinari, nonché 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 dal Presidente della Camera dei deputati.

6. Le spese di funzionamento della Commissione sono poste a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. Esse sono stabilite nel limite massimo di 40.000 euro per l'anno 2008 e di 100.000 euro per ciascuno degli anni successivi. Il Presidente della Camera dei deputati può autorizzare un incremento delle spese di cui al periodo precedente, 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.