CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXII** n. **8**-A-*bis*

RELAZIONE DELLA XII COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI SOCIALI)

presentata alla Presidenza il 12 luglio 2007

(Relatore: **PALUMBO**, *di minoranza*)

SULLA

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PALUMBO, DI VIRGILIO, BAIAMONTE, BIANCHI, BOCCIARDO, BURTONE, CAPITANIO SANTOLINI, CASTELLANI, CECCACCI RUBINO, GIULIO CONTI, GARAVAGLIA, GARDINI, LISI, LO MONTE, LUCCHESE, MANCUSO, MARINELLO, MAZZARACCHIO, MISURACA, MONTANI, MORMINO, MORONI, ANGELA NAPOLI, PORCU, PAOLO RUSSO, PELLEGRINO, PRESTIGIACOMO, SANNA, SANTELLI, STAGNO D'ALCONTRES, VITALI

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario

Presentata l'8 novembre 2006

ONOREVOLI COLLEGHI! — Notizie di stampa di questi ultimi mesi hanno denunciato un consistente fenomeno di « mala sanità » derivante da presunti errori di medici e paramedici che avrebbero provocato un numero impressionante di decessi e comunque danni gravi ai pazienti. Tali dati sono emersi dall'ultimo convegno

dell'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM) organizzato presso l'Istituto tumori di Milano.

In realtà si tratta di stime eccessive, dal momento che non esistono dati ufficiali sul fenomeno né in Italia né all'estero. Disponiamo di studi internazionali molto difformi tra loro. Il più recente è uno studio del 2005 realizzato dal sistema sanitario della Gran Bretagna, Paese simile al nostro per quanto riguarda la popolazione, i dati epidemiologici e il servizio sanitario pubblico. Ebbene, tale studio riporta dei dati di gran lunga inferiori rispetto a quelli forniti dall'AIOM, e d'altronde non ci sono elementi che ci permettano di ritenere che in Italia si verifichino più errori che nel resto d'Europa. Le stime diffuse in proposito, invece, si rifanno ad uno studio riferito agli Stati Uniti, Paese che ha una popolazione sei volte superiore alla nostra e dunque una situazione sanitaria ben diversa. Inoltre l'AIOM non ha esplicitato né il sistema utilizzato per la rilevazione delle stime, né il numero delle strutture sanitarie considerate nell'indagine, né l'arco di tempo preso in considerazione.

Al di là del sapore scandalistico della denuncia, non si può nascondere che una parte di verità ci sia. È pur vero che la durata della vita media ha subìto un incremento dovuto in parte all'aumento di reddito, e dunque al miglioramento delle condizioni economiche e di vita dei cittadini; tuttavia, parte del merito è anche della qualità dell'assistenza medico-ospedaliera di cui godono i cittadini italiani. Secondo due importanti demografi (Jim Oeppen, dell'Università di Cambridge e James Vaupel dell'Istituto Max Planck di Rostock, in Germania), negli ultimi 160 anni l'allungamento dell'aspettativa di vita è stato assai regolare, con un incremento di tre mesi ogni anno e non c'è nulla che lasci pensare che debba arrestarsi. Quindi, pur non negando l'esistenza del problema sanitario, senza dubbio di notevole entità, non è giusta una tale generalizzazione.

Data la delicatezza della questione si impone un approfondimento in sede parlamentare e si propone l'istituzione di una Commissione monocamerale di inchiesta per distinguere i casi di « *malpractice* » da quelli di « errore » vero e proprio e per approfondire in sede anche scientifica le cause di tali errori sanitari.

Il testo alternativo proposto con la relazione di minoranza è il risultato dell'integrazione di quello originariamente presentato con le principali disposizioni contenute nella proposta di legge n. 2814 di cui è primo firmatario l'onorevole Di Girolamo – presentata successivamente a questa – e con quanto contenuto negli emendamenti presentati in Commissione Affari sociali dall'onorevole Astore e dall'onorevole Montani, volti ad attribuire alla Commissione d'inchiesta anche compiti di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, della qualificazione dell'assistenza ospedaliera in direzione dell'alta specialità, nonché del controllo della spesa sanitaria sostenuta dai cittadini nelle aziende sanitarie locali (ASL) e, in generale nelle strutture accreditate presso il Servizio sanitario nazionale (SSN). Inoltre la Commissione d'inchiesta – nel testo alternativo che si propone – ha il compito d'indagare lo stato di attuazione e il reale funzionamento, nonché la realizzazione degli obiettivi, nell'ambito delle ASL, dei distretti socio-sanitari. Ulteriore obiettivo della Commissione, come giustamente sottolineato dagli onorevoli Astore e Montani nei loro emendamenti e inserito tra i compiti della Commissione, è quello di acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutte le informazioni per valutare le condizioni politiche, amministrative e gestionali che hanno contribuito a provocare i disavanzi sanitari regionali. Conseguentemente la Commissione avrà il compito di verificare, nelle regioni interessate da maggiori disavanzi sanitari, l'esistenza di sprechi nell'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento del SSN, l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie, valutando anche l'attuazione degli adempimenti relativi al programma straordinario di ammodernamento tecnologico a livello re-

gionale e la trasparenza ed efficienza del sistema regionale di finanziamento delle ASL e delle strutture erogatrici.

In particolare, l'articolo 1 prevede l'istituzione della Commissione di inchiesta e definisce lo scopo a cui è diretta.

L'articolo 2 definisce i criteri di composizione della Commissione e la durata della stessa.

L'articolo 3 definisce i compiti precipui della Commissione che, oltre che quello di indagare sugli errori sanitari delle strutture pubbliche e private, ha il compito di valutare le cause di tali errori e di indagare su eventuali carenze nella formazione del personale medico e paramedico, nonché di individuare eventuali correttivi da apportare nel percorso formativo delle suddette categorie e, eventualmente, di definire i criteri per il rafforzamento della responsabilità dei direttori sanitari. Ha inoltre il compito di migliorare i controlli sulle strutture sanitarie e di individuare ogni correttivo utile a migliorare il servizio sanitario. Come già illustrato, i compiti della Commissione sono stati implementati seguendo sia le indicazioni contenute nella proposta di legge n. 2814 Di Girolamo sia quelle contenute negli emendamenti presentati in Commissione dagli onorevoli Astore e Montani.

L'articolo 4 individua i poteri e i limiti della Commissione, che sono quelli dell'autorità giudiziaria; la Commissione deciderà anche sulla necessità del segreto di atti e documenti utilizzati ai fini dell'indagine.

L'articolo 5 disciplina l'obbligo del segreto.

L'articolo 6 prevede l'adozione di un regolamento interno per l'organizzazione dei lavori della Commissione, che sia comunque conforme alle norme del Regolamento della Camera dei deputati relative alle inchieste parlamentari, e pone a carico del bilancio della Camera dei deputati le spese di funzionamento della Commissione.

Il testo che si presenta, e che si invita l'Assemblea ad approvare, tiene conto in definitiva degli emendamenti più significativi presentati in Commissione e sui quali peraltro c'è stato il parere favorevole del relatore, nonché della proposta di legge n. 2814.

Giuseppe PALUMBO,
Relatore di minoranza.

TESTO ALTERNATIVO DEL RELATORE DI MINORANZA

(Ai sensi dell'articolo 79, comma 12, del Regolamento)

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

(Alternativo al titolo).

ARTICOLO 1.

(Istituzione della Commissione).

1. Ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, è istituita 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, 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 al formarsi di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente a livello regionale, anche al fine di accertarne le relative responsabilità.

(Alternativo all'articolo 1).

ARTICOLO 2.

(Composizione e durata 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 il presidente, due vicepresidenti e due segretari, ai sensi dell'articolo 20, commi 1, 2, 3 e 4, del Regolamento della Camera dei deputati.

4. La Commissione conclude i suoi lavori entro la fine della XV legislatura.

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

(Alternativo all'articolo 2).

ARTICOLO 3.

(Compiti della Commissione).

1. La Commissione ha il compito di:

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

b) valutare l'incidenza di tali errori 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 alla loro imputabilità all'inefficienza e alla scarsa igiene delle strutture sanitarie o alla inefficienza organizzativa, alla carenza dell'organico del personale medico e paramedico, alla carenza delle apparecchiature clinico-diagnostiche e delle strutture, spesso fatiscenti;

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

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

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) migliorare i controlli di qualità sulle strutture sanitarie sia pubbliche sia private;

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

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

l) individuare ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del Sistema sanitario nazionale.

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, per l'intero territorio nazionale, del numero per l'emergenza-urgenza 118 e di tutta l'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 statine 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 della 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 del « Progetto Alzheimer » e del protocollo per il trattamento farmacologico « Cronos »;

e) lo stato di attuazione del progetto obiettivo « Tutela salute mentale » e della normativa vigente in materia;

f) lo stato di attivazione delle Agenzie sanitarie regionali;

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

h) il 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 tetti stabiliti dalla legislazione vigente in materia;

m) lo stato di attuazione della revisione delle liste di prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Ministro della salute 25 febbraio 2004, e successive modificazioni;

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

o) il contrasto del dolore nelle sue diverse tipologie, sia croniche sia 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 di cui all'intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 92 del 20 aprile 2006, in relazione all'organizzazione delle attività professionali extramoenia o intramoenia, nel contesto del nuovo modello di organizzazione ospedaliera e delle aziende.

5. 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 hanno contribuito al formarsi dei disavanzi sanitari regionali;

b) verificare, nelle regioni interessate da 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, a livello regionale, 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 approvati a livello regionale con specifico riferimento al settore sanitario;

3) il livello della spesa privata sostenuta, a livello regionale, 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 attivati e la diffusione delle metodiche di verifica e revisione della qualità, valutandone la conseguente ricaduta sulla programmazione e gestione dei servizi sanitari;

5) la trasparenza delle procedure di affidamento delle forniture di beni e 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 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;

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 lungo-degenza;

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

10) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e di promozione dell'appropriatezza nel consumo di medicinali atti a garantire il rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla legislazione vigente;

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

12) la trasparenza ed efficienza del sistema regionale di finanziamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere e delle altre strutture erogatrici;

13) la presenza di adeguate procedure o sedi di monitoraggio e controllo della qualità, efficacia e appropriatezza del servizio erogato a livello infraregionale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili;

14) 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, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 92 del 20 aprile 2006, recante il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

15) lo stato di attuazione e funzionamento, a livello regionale, del numero unico per l'emergenza-urgenza 118 e della correlata organizzazione ospedaliera di pronto soccorso e rianimazione;

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, formulando le proposte di carattere legislativo e amministrativo ritenute opportune per rendere più coordinata e incisiva l'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 dalle regioni in disavanzo con lo Stato ai sensi all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni.

(Alternativo all'articolo 3).

ARTICOLO 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 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 ad 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.
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.

(Non vengono proposti testi alternativi).

ARTICOLO 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.

(Non vengono proposti testi alternativi).

ARTICOLO 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 ufficiali di polizia giudiziaria, di magistrati ordinari, nonché di tutte le collaborazioni che ritenga 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 100.000 euro. Il Presidente della Camera può autorizzare un incremento delle spese di cui al precedente periodo, 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.

(Alternativo all'articolo 6).