

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXII
n. 22

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MANDELLI, OCCHIUTO, CANNIZZARO, D'ATTIS, D'ETTORE, PELLA,
PRESTIGIACOMO, PAOLO RUSSO, MUGNAI, PEDRAZZINI, BAGNA-
SCO, BOND, BRAMBILLA, MINARDO, NOVELLI, VERSACE**

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

Presentata il 14 giugno 2018

ONOREVOLI COLLEGHI! — La necessità di richiedere l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, sulla sicurezza delle cure prestate e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali emerge dall'esigenza di acquisire informazioni precise, utili e puntuali sullo stato di « salute » della nostra sanità pubblica e privata.

L'Italia, così come l'intera Unione europea, sta attraversando un periodo di prolungato rallentamento economico, cui si accompagna una fase di importanti restrizioni di bilancio, che a loro volta si traducono in politiche volte a limitare o ridurre la spesa per i servizi sanitari.

La sanità è, infatti, un importante settore del bilancio pubblico e, in quanto tale, è inevitabilmente oggetto di ripetuti inter-

venti di contenimento, soprattutto nei momenti di crisi, con l'obiettivo di fare cassa ovvero di pervenire in tempi brevi ad una riduzione della spesa di parte corrente e di rinviare la spesa per investimenti (in infrastrutture e tecnologie).

In questo contesto, appare più corretto parlare di rilancio dei valori fondamentali alla base del nostro sistema di tutela della salute e di rinnovamento del Servizio sanitario nazionale che di sostenibilità dello stesso.

Il Servizio sanitario nazionale deve essere adeguato ed in grado di rispondere — in tutte le regioni italiane — ai bisogni di salute della popolazione.

Il Servizio sanitario nazionale sta diventando, infatti, sempre meno accessibile. Liste di attesa troppo lunghe, *ticket* economicamente insostenibili per molte famiglie,

inadeguatezze e criticità organizzative dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera rischiano di compromettere la fiducia dei cittadini nel « sistema salute » e di porli davanti alla scelta di rinunciare a prendersi cura della propria salute o di rivolgersi, quando ne hanno la possibilità, al privato.

Sulla base di alcune recenti indagini, la spesa sanitaria, nel 2016, ammonta a euro 157,613 miliardi, così suddivisi:

euro 112,182 miliardi di spesa pubblica;

euro 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:

euro 5,601 miliardi di spesa intermedia;

euro 3,831 miliardi da fondi sanitari;

euro 0,593 miliardi da polizze individuali;

euro 1,177 miliardi da altri enti;

euro 39,830 miliardi di spesa *out-of-pocket*.

In altri termini, nel 2016, il 28,8 per cento della spesa sanitaria è stata privata e di questa quasi l'88 per cento è stata *out-of-pocket*, di fatto un « quarto pilastro » in termini finanziari secondo solo alla spesa pubblica.

Peraltro, i cittadini trovano spesso difficoltà a ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno a causa delle complicate procedure di accesso ai servizi, in molti casi inutilmente intricate oltre che difformi tra le diverse strutture all'interno di una stessa azienda sanitaria o di una stessa regione. Un'azione di semplificazione, snellimento e unificazione dei percorsi per ottenere le prestazioni, in particolare per le persone con malattie croniche o non autosufficienti (a partire dagli ausili per l'assistenza a domicilio delle persone non autosufficienti) è un obiettivo perseguibile sin da subito e in gran parte a costo zero.

In tal senso, un importante contributo può essere fornito dall'informatizzazione

dei processi e dalla digitalizzazione dei documenti, strumenti che semplificano le procedure e agevolano gli utenti e gli operatori del servizio nella risoluzione dei problemi. Basti pensare alla semplice possibilità di usare il mezzo informatico per far arrivare a domicilio dei pazienti referti, esenzioni, prenotazioni, informazioni sui controlli necessari, messaggi per la verifica dell'aderenza alle terapie, moduli per il pagamento del ticket, eccetera.

Si tratta di esperienze che si sono dimostrate molto utili, soprattutto per gli anziani, già in uso in alcune realtà e che non necessariamente devono essere rinviate in attesa della realizzazione di più sofisticate tecnologie.

Un ripensamento del sistema sanitario non può, tuttavia, prescindere da un'analisi del quadro attuale. A tal fine, l'istituzione una Commissione parlamentare di inchiesta che operi ad ampio raggio sull'intero sistema organizzativo e gestionale del Servizio sanitario nazionale, dotata dei medesimi poteri di indagine e degli stessi limiti dell'autorità giudiziaria, contribuirà ad inquadrare meglio la problematica, a valutare meglio le dinamiche sottese al « sistema salute » e, soprattutto, a suggerire soluzioni idonee ed efficaci.

Un'analisi circoscritta, che non riguardi il funzionamento dell'intero sistema sanitario italiano, rischia, infatti, di far perdere la fiducia che i cittadini ripongono negli operatori sanitari e nell'intero sistema.

L'indagine dovrà, quindi, essere condotta secondo un approccio fondato su basi oggettive e scientificamente orientato e dovranno essere valutate la capacità delle regioni e delle aziende sanitarie di erogare servizi sanitari e di garantire livelli essenziali di assistenza qualitativamente adeguati ed appropriati. La Commissione dovrà, inoltre, acquisire informazioni sulle cause che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari regionali ed eventualmente accertare le relative responsabilità.

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

—

ART. 1.

(Istituzione e durata della Commissione).

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

ART. 2.

(Composizione della Commissione).

1. La Commissione è composta da venti deputati, oltre al presidente, nominati dal Presidente della Camera dei deputati, in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, assicurando la presenza di almeno un rappresentante per ciascun gruppo esistente. La nomina dei componenti della Commissione tiene conto della specificità dei compiti a essa assegnati.

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

3. La Commissione, nella prima seduta, elegge al proprio interno, a scrutinio segreto, l'ufficio di presidenza, costituito dal presidente, da un vicepresidente e da un segretario.

4. Il presidente è eletto a maggioranza assoluta dei componenti della Commissione. In caso di mancato raggiungimento della predetta maggioranza, si procede al ballottaggio tra i due candidati che hanno ottenuto il maggiore numero di voti. In caso di parità di voti è proclamato eletto il più anziano di età.

5. Per l'elezione, rispettivamente, del vicepresidente e del segretario, ciascun com-

ponente la Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggiore numero di voti. In caso di parità di voti si procede ai sensi del comma 4, terzo periodo.

ART. 3.

(Compiti della Commissione).

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

2. La Commissione verifica, in particolare:

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

b) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare, anche sotto il profilo della garanzia della continuità assistenziale e come filtro per l'eliminazione o, quantomeno, per la 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 del sistema dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (*diagnosis related groups*), effettuando un'analisi comparativa dei ricoveri;

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

3. La Commissione effettua il monitoraggio sull'attività di educazione continua

in medicina, di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al fine di verificare la sussistenza di livelli di efficienza e uniformità applicativa in ambito regionale del sistema della formazione continua dei professionisti sanitari soggetti agli obblighi di legge.

4. La Commissione indaga:

a) sullo stato di attuazione e di funzionamento, nel 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, ai criteri di attribuzione e distribuzione di organi, in particolare di quelli salvavita, e alle motivazioni di eventuali restrizioni all'iscrizione in lista di attesa di pazienti che necessitano di un trapianto d'organo, in particolare in relazione all'età dei pazienti, nonché sui risultati ottenuti dai vari centri italiani in termini di quantità e di qualità nell'attività di trapianto;

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 sanitari e sulla valutazione dei relativi esiti, anche con riferimento alle differenze di esito in base alla regione, all'azienda sanitaria locale, all'ospedale o al servizio di appartenenza e al livello socio-economico dei cittadini.

5. La Commissione acquisisce, altresì, elementi conoscitivi in merito a:

a) lo stato di conservazione e gli *standard* tecnologici delle strutture ospedaliere presenti nel territorio nazionale, al fine di verificarne i livelli di sicurezza, affidabilità, efficienza e conforto, nonché di prevedere, laddove necessario, la riqualificazione delle strutture esistenti indicando nuovi modelli di progettazione, realizzazione e gestione;

b) lo stato di attuazione dei dipartimenti di prevenzione e il loro coordina-

mento con l'attività delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente;

c) lo stato di attuazione, l'organizzazione e il reale funzionamento, nell'ambito delle aziende sanitarie locali, dei distretti socio-sanitari, con riferimento anche all'integrazione socio-sanitaria nella gestione delle fasi post-acute;

d) 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;

e) l'organizzazione e la verifica delle cure e dell'assistenza per i soggetti affetti dal morbo di Alzheimer e i relativi protocolli di trattamento farmacologico;

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

g) lo stato di attivazione delle agenzie sanitarie regionali;

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

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

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

m) l'efficienza delle modalità di dispensazione dei medicinali prescelte dai servizi sanitari regionali ai sensi dell'articolo 8 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405;

n) lo sviluppo e l'incremento dei servizi erogati dalle farmacie ai sensi della legge 18 giugno 2009, n. 69;

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

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

q) lo stato di attuazione degli interventi per il contrasto del dolore nelle sue diverse tipologie, croniche e oncologiche, negli ospedali e gli eventuali disagi derivanti da carenze organizzative;

r) le dinamiche delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche in relazione all'organizzazione delle attività professionali *extramoenia* o *intramoenia*, tenendo conto delle disposizioni della legge 3 agosto 2007, n. 120;

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

6. La Commissione ha altresì il compito di:

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

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

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

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

e) individuare soluzioni per il miglioramento dei controlli di qualità sulle strutture sanitarie pubbliche e private e ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del sistema sanitario nazionale.

7. La Commissione termina i propri lavori con la presentazione di una relazione finale nella quale illustra l'attività svolta e le risultanze da essa emerse.

ART. 4.

(Poteri e limiti della Commissione).

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

2. La Commissione può richiedere agli organi e agli uffici della pubblica amministrazione copie di atti e documenti da essi custoditi, prodotti o comunque acquisiti in materie attinenti all'inchiesta.

3. La Commissione può richiedere, nelle materie attinenti all'inchiesta, copie di atti e di documenti riguardanti procedimenti e inchieste in corso presso l'autorità giudiziaria o altri organismi inquirenti, nonché copia di atti e documenti relativi a indagini e inchieste parlamentari. L'autorità giudiziaria provvede ai sensi dell'articolo 117 del codice di procedura penale.

4. La Commissione mantiene il segreto fino a quando gli atti e i documenti trasmessi in copia ai sensi del comma 3 sono coperti da segreto nei termini indicati dai soggetti che li hanno trasmessi.

5. La Commissione stabilisce quali atti e documenti non devono essere divulgati, anche in relazione a esigenze attinenti ad altre istruttorie o inchieste in corso. Devono in ogni caso essere coperti dal segreto gli atti, le testimonianze e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari fino al termine delle stesse.

6. Per il segreto d'ufficio, professionale e bancario si applicano le norme vigenti in materia. È sempre opponibile il segreto tra difensore e parte processuale nell'ambito del mandato.

7. Per il segreto di Stato si applica quanto previsto dalla legge 3 agosto 2007, n. 124.

ART. 5.

(Obbligo del segreto).

1. I componenti della 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 4 e 5.

ART. 6.

(Organizzazione interna).

1. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno approvato dalla Commissione stessa prima dell'inizio dei lavori a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

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

3. Le sedute della Commissione sono pubbliche, tuttavia tutte le volte che lo ritiene opportuno la Commissione può deliberare di riunirsi in seduta segreta.

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

5. Per l'espletamento delle sue funzioni la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente della Camera dei deputati.

6. Le spese di funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite massimo di 40.000 euro per l'anno 2018 e di 80.000 euro per ciascuno degli anni successivi e sono poste a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. 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.

PAGINA BIANCA



180220015790