

Premessa.

La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali è stata istituita con deliberazione della Camera dei deputati del 5 novembre 2008, 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.

La Commissione, costituitasi con l'elezione dell'Ufficio di presidenza nella seduta del 1° aprile 2009, ha successivamente terminato la sua attività a seguito della conclusione anticipata della XVI legislatura, il 22 gennaio 2013.

Per quanto concerne il primo filone dell'inchiesta, la deliberazione istitutiva attribuisce alla Commissione il compito di verificare la quantità e la gravità degli errori commessi in campo sanitario, individuando contestualmente le categorie cui sono più frequentemente riconducibili, come l'inefficienza delle strutture sanitarie o eventuali carenze dell'organico del personale medico e paramedico; valutando l'incidenza degli stessi in termini di perdite di vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti; verificando l'appropriatezza del *risk management*, esaminando la gestione del rischio in medicina; provvedendo altresì ad indicare possibili correttivi, sia sul piano organizzativo che qualitativo del Sistema sanitario nazionale.

Per quanto invece riguarda i disavanzi sanitari, 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.

Le regioni che hanno dovuto predisporre i piani di rientro sono state il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, la Sardegna, l'Abruzzo, il Molise, la Calabria il Piemonte e la Puglia, tra le quali, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Calabria, sono state commissariate. Si ricorda che dal 2007, per effetto dell'articolo 1, comma 836 della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria per l'anno 2007), la Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Nello svolgimento della propria attività istituzionale, la Commissione ha proceduto ad acquisire atti e documentazione in merito ai casi di presunto errore sanitario, ad audire in forma libera e mediante esami testimoniali soggetti in grado di fornire informazioni e notizie utili all'oggetto dell'inchiesta, nonché a svolgere numerose missioni

fuori sede con particolare riferimento alle regioni interessate dai piani di rientro dal disavanzo sanitario.

A tale ultimo riguardo, la Commissione si è avvalsa del particolare e qualificato supporto delle sezioni di controllo e delle procure regionali della Corte dei conti, mediante dati ed elementi istruttori forniti anche nel corso di specifiche audizioni per alcune delle regioni in disavanzo, nonché della documentazione trasmessa dall'Ispettorato generale della spesa sociale presso la Ragioneria generale dello Stato e dalle singole regioni o aziende interessate dall'inchiesta.

In particolare nel 2011 è stato possibile finalizzare il lavoro istruttorio avviato nel biennio precedente, addivenendo all'approvazione delle prime due relazioni alla Camera (sulla Regione Calabria e sui punti nascita), per poi approvare, nel 2012, quelle sul disavanzo della ASL di Massa e Carrara e sullo stato della sanità in Liguria: obiettivi conseguiti all'esito di un'analisi ragionata dell'enorme mole di documentazione acquisita nell'ambito dei vari filoni di inchiesta, tributaria di una evoluzione in senso istituzionale della metodologia di interlocuzione con le singole realtà regionali.

Il lavoro non è stato affatto agevole: nei bilanci della sanità in questi anni si sono registrate situazioni largamente deficitarie, la cui entità è stata anche difficile da quantificare, in quanto è mancata, spesso, la rintracciabilità delle spese. Per questi motivi, la Commissione ha potuto completare l'istruttoria solo su alcune delle Regioni in disavanzo: Calabria, Liguria, Campania, Sicilia e alcune specifiche aziende sanitarie.

Nel caso della Calabria, ad esempio, la relazione alla Camera evidenzia come non sia stato facile, anche sotto il profilo politico, fissare obiettivi, sia finanziari, sia sociosanitari, non conoscendo, in fase di programmazione, la base di partenza dalla quale predeterminarli, calcolarli e valutarli.

La Commissione ha sempre espresso l'orientamento unanime a considerare prioritaria, nell'invarianza dei costi, l'attenzione per la tutela del diritto alla salute dei cittadini, e quindi a finalizzare gli interventi dei relativi piani di rientro, oltre che al doveroso recupero del disavanzo e al contenimento delle spese, anche al migliore utilizzo possibile delle strutture sanitarie esistenti.

Al tempo stesso, ha posto il tema dell'aumento della produttività e dell'efficienza del sistema per rispondere alla domanda assistenziale, che postula un incremento degli standard qualitativi delle prestazioni e che potrebbe concorrere, tra gli altri, all'obiettivo di ridurre la migrazione sanitaria, anche nel rispetto delle professionalità sanitarie operanti nei territori attenzionati, spesso mortificate da carenze e anomalie funzionali ed organizzative.

Nella sua attività di inchiesta la Commissione ha più volte auspicato un equilibrato rafforzamento delle funzioni di controllo interne e della vigilanza da parte delle regioni, nonché, in alcuni casi, un cambiamento radicale della gestione della cosa pubblica, attraverso una maggiore responsabilizzazione degli amministratori locali per restituire al sistema sanitario piena trasparenza di fronte alla popolazione e al Paese, anche sottolineando, laddove ritenuto necessario, le criticità che gestioni commissariali prolungate potrebbero determinare sul piano finanziario e sotto il profilo funzionale.

In ogni caso, la sottoposizione di alcuni servizi sanitari regionali ai piani di rientro ha costituito un'occasione di cambiamento, e a partire dalla loro prima attuazione si stanno già verificando, almeno in alcune realtà, fenomeni di riallineamento delle dinamiche finanziarie sia nel pubblico che nel privato.

In altri casi, e ci si riferisce all'inchiesta sulla ASL di Massa e Carrara, si può formulare una valutazione fortemente critica sulla gestione delle risorse economiche, con associate responsabilità individuali che attengono alla manipolazione dei bilanci aziendali, pur in un contesto di complessiva eccellenza degli standard di offerta sanitaria, propri della Regione Toscana.

Per giungere a queste valutazioni la Commissione ha necessariamente vissuto una fase preliminare di costruzione di un percorso metodologico che si è concentrato principalmente nel primo anno di attività: le audizioni dei rappresentanti ministeriali, delle società scientifiche, del mondo associativo ed imprenditoriale del settore, nonché della magistratura contabile hanno concorso all'acquisizione di un patrimonio conoscitivo di base, creando i presupposti per la *mission* che quest'organo parlamentare si è data nel tempo.

Anche grazie al contributo del mondo scientifico, la Commissione, partendo dalla doverosa attenzione verso gravi episodi di presunto errore sanitario verificatisi in diversi reparti di ostetricia e ginecologia, ha ritenuto opportuno intraprendere un'apposita attività di inchiesta sui punti nascita. La relativa relazione, approvata nel dicembre 2011, rappresenta, nei 150 anni dell'unità d'Italia, la prima ricerca parlamentare sulla nascita in Italia. Le cronache degli ultimi anni e le analisi formulate da esperti e istituzioni disegnano da tempo il quadro di un Paese che, nel suo complesso (e soprattutto nel Mezzogiorno), presenta un numero molto grande, e a volte eccessivo rispetto alla popolazione interessata, di punti nascita non sempre adeguatamente attrezzati: in alcune di queste strutture viene effettuato un numero di parti molto limitato. Ciò porta, in alcuni casi, il personale in essi impiegato a non avere i necessari standard di professionalità e a non godere dell'adeguato supporto tecnologico.

Dalle risultanze dell'inchiesta svolta sono emerse soprattutto le forti disomogeneità riscontrate tra i diversi territori riguardo ad alcuni dei più indicativi parametri di riferimento (come l'incidenza dei tagli cesarei), unitamente al significativo incremento, negli ultimi anni, dei casi di presunto errore sanitario verificatisi nei punti nascita portati all'attenzione dell'autorità giudiziaria.

Il lavoro svolto è risultato paradigmatico rispetto ai compiti istituzionali della Commissione, in quanto interroga sul ruolo che l'economia sanitaria dovrebbe rivestire in materia, individuando, secondo un'analisi costi-benefici, i parametri di equilibrio economici, scientifici e assistenziali; al tempo stesso ha posto l'esigenza di una riflessione sui diversi risvolti, anche assicurativi, della medicina difensiva.

Il dibattito che la relazione ha suscitato ha avuto un'ulteriore, rilevante eco parlamentare nell'Assemblea della Camera, che nel febbraio 2012 l'ha discussa nel merito addivenendo all'approvazione unanime di una risoluzione recante articolati impegni al Governo,

alcuni dei quali potrebbero costituire sintesi dell'intera attività della Commissione.

Nell'occasione si intendeva infatti promuovere, di concerto con le Regioni e le Province autonome, misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili; si evidenziava altresì l'importanza di una classificazione del rischio al momento del ricovero, a cui devono seguire specifici percorsi assistenziali, differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto, che deve rappresentare la base per una valida impostazione di un appropriato piano di assistenza e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Quanto all'ambito di attività relativa ai casi di presunto errore sanitario, numerose sono state le segnalazioni pervenute alla Commissione sin dalla sua istituzione. Per ciascuna di queste, la Commissione ha disposto approfondimenti mediante specifica richiesta di relazione alle competenti autorità regionali ed ha sottoposto all'esame della propria struttura consulenziale la documentazione acquisita. Analoga procedura è stata seguita per i casi appresi da organi di stampa, anche indipendentemente da esposti o denunce.

Nella gestione della relativa attività si è progressivamente consolidata la « messa a sistema » di un archivio interamente digitalizzato, che ha consentito, in tempi quasi reali, di estrapolare elementi di conoscenza di natura statistica, ancorché non ufficiali, su quanto segnalato alla Commissione in materia di *malpractice*.

Con aggiornamenti periodici sono state dunque elaborate schede riassuntive del numero dei casi, suddivisi per regione e per tipologia di criticità, all'occorrenza utilizzate per esigenze divulgative. Si allega al riguardo, l'ultimo prospetto, aggiornato al 21 dicembre 2012, che annovera 570 casi di presunto errore sanitario registrati in archivio (*allegato 1*).

In tale attività la Commissione, anche nel rispetto delle prerogative dell'autorità giudiziaria, non ha mai inteso perseguire singole responsabilità individuali (cioè indagare sul « chi » dell'errore), bensì analizzare le cause delle anomalie funzionali ed organizzative nel sistema sanitario (ossia accertare il « perché » dell'errore).

La presente relazione consta di tre parti. Nella prima parte si dà conto dell'evoluzione della domanda di salute, del rapporto tra sanità pubblica e privata e della prevenzione, con approfondimenti tematici condotti, in appositi capitoli, su modalità e oneri delle coperture assicurative delle aziende sanitarie contro il rischio clinico, nonché su costi e modalità di erogazione di prestazioni di procreazione medicalmente assistita nelle diverse regioni: tematiche oggetto di appositi filoni di inchiesta intrapresi dalla Commissione e che corrispondono ai due principali profili di sua competenza, quello della cd. *malpractice* e quello del disavanzo nella spesa sanitaria.

La seconda parte è dedicata alla trattazione dei filoni di inchiesta conclusi sullo stato della sanità nelle Regioni Sicilia, Campania e sull'ASL 1 di Massa e Carrara, preceduta da una ricognizione del quadro normativo di riferimento in materia di disavanzi sanitari, patto per la salute e piani di rientro, nonché da una sintetica

illustrazione dello stato di attuazione di questi ultimi come risultante dal lavoro dei competenti organi ministeriali, ed infine dall'enucleazione delle principali criticità rilevate dalla Commissione nel corso del complesso lavoro istruttorio condotto sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

La terza ed ultima parte contiene considerazioni conclusive su alcuni aspetti di particolare rilevanza come la compartecipazione alla spesa sanitaria, la medicina difensiva e le politiche nazionali di riduzione degli eventi avversi, nel rispetto delle attribuzioni delle autorità centrali e dei singoli sistemi sanitari regionali.

PARTE PRIMA

1. LA DOMANDA DI SALUTE

1.1. *Come cambiano le cure, la salute e la domanda di salute.*

Molti elementi concorrono a rendere più difficile e complessa la cura della salute degli individui, tanto da rendere l'obiettivo di prendersi cura delle persone con efficacia una sfida impegnativa. Il primo termine di questa sfida è il notevole aumento del numero e del tipo delle prestazioni che il sistema sanitario è chiamato a erogare.

Nonostante la stasi demografica in cui, come è noto, versa il nostro Paese, gli immigrati regolari e irregolari costituiscono una categoria bisognosa di assistenza, anche per le condizioni socioeconomiche in genere sfavorite, e ciò aumenta la platea degli utenti dei servizi della salute.

Anche in rapporto alla popolazione residente, tuttavia il numero delle prestazioni è comunque inesorabilmente in aumento. Ciò è dovuto allo stesso avanzamento della scienza, allo sviluppo di metodiche, farmaci e tecniche mediche e chirurgiche nuove, capaci di preservare dalla morte per malattia un numero sempre più ampio di individui o di curare in maniera più efficiente — ma spesso più impegnativa e costosa — patologie anteriormente non adeguatamente trattate.

Lo sviluppo scientifico comporta fatalmente l'incremento del numero dei trattamenti e del loro costo. Diviene pertanto essenziale la disponibilità di risorse per mantenere il livello qualitativo e quantitativo dell'assistenza. Proprio a causa delle aumentate esigenze di cura e dell'aumento dei costi specifici, la spesa sanitaria è in costante e severo incremento. Nel decennio 1995-2005 la spesa sanitaria corrente complessiva è quasi raddoppiata, passando da 48.136 a 92.804 milioni di euro (fonte Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

Anche se la spesa del 2011, pari a 112.039 milioni di euro, ovvero il 7,1 per cento del PIL, è diminuita di circa 700 milioni di euro rispetto a quella dell'anno prima (pari allo 0,6 per cento), essa è tuttavia destinata ad aumentare del 2,2 per cento secondo la previsione di spesa per il 2012 (fonte: *Documento di economia e finanza 2012*). Inoltre, il calo del PIL, stimato intorno al 2,4 per cento, comporterà una proporzionale maggiore incidenza percentuale della spesa. In realtà la spesa sanitaria è comunque maggiore, poiché devono esservi ricompresi una serie di costi di natura sociale e assistenziale che non vengono imputati necessariamente a centri di costo di carattere sanitario, ma che gravano comunque su amministrazioni pubbliche. In un'ottica generale del perseguimento del benessere dei cittadini, infatti, spesa sanitaria e spesa sociale divengono in gran parte indistinguibili.

Non il miglioramento, bensì il mero mantenimento degli attuali livelli dei servizi medicali impone non solo importanti scelte di politica generale ed economica, ma anche una revisione generale dei criteri della spesa, e, soprattutto, una radicale riforma del sistema, diretta