

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXII**
n. **2**

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BARANI, PALUMBO, DI VIRGILIO, ABELLI, BACCINI, BOC-
CIARDO, CALDORO, CICCIOLO, DE LUCA, DE NICHILLO RIZZOLI,
GAROFALO, GERMANÀ, GIRLANDA, MANCUSO, MUSSOLINI, PA-
TARINO, SALTAMARTINI, SCAPAGNINI, STAGNO D'ALCONTRES**

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

Presentata l'8 luglio 2008

ONOREVOLI COLLEGHI! — Notizie di stampa di questi giorni hanno denunciato ancora una volta 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. Il diritto alla salute può definirsi il primo diritto immediatamente ricollegabile al diritto alla vita universalmente riconosciuto a ogni essere vivente. Purtroppo sempre più nel nostro Paese si vedono denunce relative a errori medici, ovvero al citato fenomeno di cosiddetta « mala sanità ». L'incidenza di tale problema non è ancora effettivamente percepita in quanto non sempre il cittadino è disposto a effettuare tale tipo di denuncia.

In realtà 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'Associazione italiana di oncologia medica (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 ulteriori effettuate nel 2006 si rifanno a uno studio riferito agli Stati Uniti d'America, 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 subito 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 parlamentare 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.

La Commissione parlamentare di inchiesta avrà il compito di indagare le cause e le responsabilità degli errori sanitari, individuando contestualmente le categorie cui essi sono più frequentemente riconducibili, come l'inefficienza delle strutture sanitarie o eventuali carenze dell'organico del personale medico e paramedico, provvedendo altresì a indicare possibili corret-

tivi, sia sul piano organizzativo che qualitativo, e procederà a un'attività di monitoraggio e di verifica della qualità del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 1 prevede l'istituzione della Commissione parlamentare 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. Essa ha infine il compito di indagare sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

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'inchiesta.

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.

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 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 e funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e di 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 e durata della Commissione).

1. La Commissione è composta da ventuno 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 Commissione è nominato dal Presidente della Camera dei deputati tra i componenti della stessa Commissione.

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

4. La Commissione elegge al proprio interno due vicepresidenti e due segretari, secondo le disposizioni dell'articolo 20, comma 3, del Regolamento della Camera dei deputati.

5. La Commissione conclude i suoi lavori entro la fine dell'anno 2011.

6. La Commissione, entro dieci giorni dalla conclusione dei suoi lavori, presenta all'Assemblea della Camera dei deputati la relazione finale sulle indagini svolte. La Commissione, inoltre, una volta l'anno, presenta alla citata Assemblea una relazione sullo stato di avanzamento dei propri lavori e comunque ogni qualvolta vi siano casi di particolare gravità e urgenza che lo rendano necessario.

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 pubbliche e 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 2001-2008, 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 relativi 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 2009, 2010 e 2011. 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.