

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVIII LEGISLATURA

Doc. XXII

n. 16

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d’iniziativa dei senatori SILERI, CASTELLONE, MAUTONE, CASTIELLO, ANGRISANI, ENDRIZZI, GUIDOLIN, LANNUTTI, DESSÌ, ACCOTO, ROMAGNOLI, MORONESE, PERILLI, MARINELLO, DI MARZIO, TRENTACOSTE, PIARULLI, PIRRO, ORTIS, DONNO, FLORIDIA, PUGLIA, LUPO, FEDE, MORRA, LANZI, DI GIROLAMO e DI NICOLA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 DICEMBRE 2018

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

ONOREVOLI SENATORI. – La necessità di richiedere l’istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta, a norma dell’articolo 82 della Costituzione, sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sull’idoneità delle procedure e degli strumenti sino ad oggi individuati e messi in campo a livello nazionale, regionale ed aziendale che coniughino l’esigenza del rispetto dell’equilibrio

economico-finanziario con l’adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nasce dall’esigenza di acquisire tutti gli elementi conoscitivi in grado di fornire una risposta ad un dato fattuale ed incontrovertibile: a distanza di ormai oltre dieci anni sono sette le regioni italiane (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) ancora impegnate in un piano di rientro

dal disavanzo sanitario e/o in programmi operativi di riqualificazione ed efficientamento, mentre altre regioni non in piano di rientro sono interessate da piani di efficientamento e di riqualificazione aziendali. Benché in alcuni contesti si siano registrati notevoli progressi in termini di riduzione della spesa ed utilizzo più appropriato delle risorse disponibili, tale miglioramento del dato economico non è sempre stato accompagnato dall'altro e più importante dato relativo alla garanzia di elevati *standard* di qualità, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure, nonché sulla correttezza e trasparenza dei correlati processi. Invero, è proprio su questo terreno che sono emerse le più forti disomogeneità tra i diversi territori regionali che contribuiscono, tra l'altro, in maniera incisiva al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, ovviamente a discapito di quei sistemi sanitari già messi a dura prova dai piani di rientro.

Per tale ragione la Commissione, che si vuole istituire ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, intende, attraverso i poteri di indagine che le sono propri, analizzare l'effettivo «stato di salute» delle regioni ancora in piano di rientro sottoposte a programmi operativi per il loro proseguimento, i progressi raggiunti, gli ostacoli che ancora oggi si frappongono al definitivo superamento di tale condizione, il grado di autonomia di gestione raggiunto dalla regione, anche grazie all'affiancamento dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, che consentirà alla stessa regione di poter proseguire indipendentemente dal supporto statale.

A questo riguardo, è intendimento della Commissione approfondire, altresì, anche gli aspetti relativi all'effettiva attuazione delle previsioni contenute nel Patto per la salute 2014-2016 che, all'articolo 12 «Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali» aveva promosso, dopo diversi anni, una prima rivisitazione del sistema dei piani di rientro re-

gionali, sulla quale, Governo e regioni, sancendo il Patto, avevano convenuto, ovvero di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei Servizi sanitari regionali che garantissero il raggiungimento degli obiettivi indicati nel medesimo articolo. Tra l'altro, come noto, accanto ai piani di rientro, la legge 28 dicembre 2015, n. 208, all'articolo 1, commi 524 e seguenti, ha introdotto nel nostro sistema i piani aziendali di efficientamento e riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), stabilendo espressamente che i processi di riqualificazione ed efficientamento del servizio sanitario avrebbero dovuto interessare oltre che i livelli regionali, anche le singole articolazioni aziendali, in quanto ogni livello di *governance*, organizzativo e gestionale concorre, singolarmente ed in relazione con gli altri, alla sostenibilità dell'intero sistema.

È intendimento della Commissione, pertanto, approfondire ed analizzare anche il tema dei piani aziendali di efficientamento e riqualificazione, le modalità di utilizzo delle risorse economiche in tal senso impiegate, la correlazione con i piani di rientro, quale auspicabile strumento favorente la fuoriuscita della regione dal predetto piano regionale, nonché le attività di monitoraggio sino ad oggi messe in campo non soltanto con riferimento alla dimensione economico - finanziaria, ma anche organizzativo - gestionale, della qualità, della quantità, dell'efficacia e della sicurezza delle cure, anche a livello territoriale, proprio alla luce del divario tuttora presente tra le regioni.

Nel rispetto delle crescenti autonomie regionali che hanno trovato nel referente normativo di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione la possibilità di assumere forme e condizioni particolari nell'ambito delle materie attribuite alla potestà legislativa concorrente Stato-regioni, tra cui appunto la salute, l'esigenza del rafforzamento della funzione di verifica a livello centrale assume anche attraverso il lavoro

della Commissione un'importanza fondamentale nella considerazione che dall'accurata disamina delle criticità del sistema nelle varie articolazioni di *governance* rispetto alle attuali esigenze, potrebbero emergere nuovi spunti di miglioramento tali da richiedere anche una riconfigurazione del ruolo degli attori istituzionali che a vario titolo sono coinvolti.

In questa prospettiva, è utile anche mettere in luce i potenziali strumenti, di metodo ed analisi, che nelle realtà delle regioni non in piano di rientro, hanno consentito a queste ultime il mantenimento dell'erogazione dei LEA, nonché l'implementazione di processi di efficientamento.

Si ritiene pertanto necessario porre in essere ogni misura ritenuta idonea a prevenire le criticità del sistema, ivi compresi gli eventi avversi, valorizzando una costante attività di monitoraggio in tal senso, in una logica di prevedibilità-evitabilità dell'evento.

Centrale, quindi, ai fini dell'inchiesta di cui trattasi, è accertare se e quali attività di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle *performance* delle attività sanitarie, delle strutture, dei servizi sanitari il sistema ha adottato e con quali risultati, così da fornire alle istituzioni sanitarie e non, ulteriori elementi, anche al fine di individuare strumenti e procedure omogenei, nonché di aggiornare le modalità di intervento alle rinnovate esigenze del sistema.

I compiti che la presente proposta attribuisce alla Commissione non si limitano, come del resto già il titolo evidenzia, a una mera indagine sugli eventi avversi in sanità, in quanto l'analisi delle cause di tali eventi

non potrebbe effettuarsi senza un'adeguata conoscenza della complessità tecnico-organizzativa delle attività stesse, delle interazioni professionali che si stabiliscono e dei processi decisionali che intervengono, con la conseguenza di ricondurre le responsabilità in gran parte al cosiddetto «errore umano».

Troppo spesso, il personale sanitario si trova esposto a rischi tecnico-professionali a causa di difetti organizzativi e amministrativo-gestionali, con la conseguenza che i cittadini identificano nel medesimo personale sanitario le ragioni dei loro frequenti disagi. Scopo della Commissione è anche quello di verificare l'incidenza di questa tipologia di eventi.

Infatti, la necessità di occuparsi di questo delicato problema in un contesto generale nasce perché l'«errore» può riferirsi, spesso, ad un errore di sistema. Per tale ragione nel presente testo, da qui in avanti, in luogo del termine «errore» verrà utilizzata l'espressione «evento avverso». Altrettanto dovrà essere possibile stabilire la correlazione tra le politiche di revisione della spesa e l'entità del fenomeno degli eventi avversi o episodi di cosiddetta «malasanità», quando collegati a difetti di gestione o di organizzazione non imputabili direttamente al personale che eroga le cure. È necessario perciò un approfondimento che consenta di valutare meglio le cause e i possibili rimedi.

Un'analisi limitata, al di fuori di un contesto generale che riguardi il funzionamento di tutto il sistema sanitario italiano, mette a rischio la fiducia dei cittadini nei confronti dell'istituzione sanitaria e dei suoi operatori.

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

Art. 1.

(Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, nonché della inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza - LEA)

1. Ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, è istituita, per la durata della XVIII legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di seguito denominata «Commissione», con il compito di indagare sugli eventi avversi sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale attinenti ai sistemi 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 nonché alla mancata piena erogazione dei LEA, anche al fine di accertare le relative responsabilità.

Art. 2.

(Composizione della Commissione)

1. La Commissione è composta da venti senatori, nominati dal Presidente del Senato, in proporzione al numero dei componenti i gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo parlamentare.

2. Il Presidente del Senato, entro dieci giorni dalla nomina dei componenti, convoca la Commissione per la costituzione dell'Ufficio di presidenza.

3. La Commissione, entro dieci giorni dalla conclusione dei suoi lavori, presenta all'Assemblea del Senato la relazione finale sulle indagini svolte.

Art. 3.

(Compiti della Commissione)

1. La Commissione ha il compito di:

a) indagare sulla frequenza e sulle cause degli eventi avversi verificatisi negli ultimi cinque anni nelle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché sull'esistenza di metodi di accertamento, rilevazione e raccolta dei dati sugli stessi;

b) valutare l'incidenza degli eventi avversi 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 eventi avversi più frequenti, con riferimento a quelle relative ai difetti di organizzazione e amministrativo-gestionali, alla inadeguatezza delle strutture sanitarie per i profili strutturale, tecnologico e impiantistico, nonché alla carenza della dotazione del personale sanitario;

d) acquisire gli esiti delle attività di monitoraggio sul fenomeno delle infezioni ospedaliere;

e) indagare sulle cause degli eventi avversi e quanti di questi derivino da carenze di formazione e aggiornamento del personale sanitario;

f) verificare l'adeguatezza del sistema di gestione del rischio clinico e degli investimenti destinati all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private ad interventi per la riduzione degli eventi avversi;

g) individuare i seguenti interventi di sistema:

1) proporre eventuali correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale sanitario;

2) proporre modalità e strumenti di adeguamento all'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private con specifico riferimento allo sviluppo delle reti clinico assistenziali come previsto al punto 8.1.1. dell'allegato 1 al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;

3) rafforzare la formazione, il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei direttori sanitari, dei responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e dei responsabili degli acquisti e individuare altre misure utili per migliorare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture sanitarie e amministrative pubbliche e private;

4) valutare l'efficacia dei controlli sulle strutture sanitarie pubbliche e private e ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del sistema sanitario nazionale anche in riferimento alle modalità di accoglienza dei pazienti e ai percorsi di umanizzazione delle cure adottati dalle aziende sanitarie;

5) favorire a livello nazionale maggiore omogeneità nell'applicazione della disciplina in materia di consenso informato e di accesso alle informazioni secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2. La Commissione, verifica, in particolare:

a) l'adeguatezza dell'attuale sistema nazionale di classificazione e codifica delle diagnosi, delle procedure e degli interventi;

b) l'adeguatezza delle funzioni assegnate ai comuni e alle regioni e il livello di integrazione tra le competenze in materia di assistenza socio-sanitaria;

c) lo stato di attuazione e di funzionamento, sull'intero territorio nazionale, del si-

stema di emergenza-urgenza ospedaliero e territoriale e relativamente all'applicazione delle linee di indirizzo già emanate;

d) le modalità di adeguamento ai requisiti di *performance* assistenziali da parte delle strutture ospedaliere, ospedaliero universitarie e territoriali per l'accreditamento alla rete formativa delle scuole di specializzazione di area sanitaria.

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 di contesto politico, amministrativo, gestionale e operativo che contribuiscono alla formazione dei disavanzi sanitari e alla inadeguata erogazione dei LEA;

b) verificare, nelle regioni in piano di rientro e in quelle interessate dai piani di efficientamento e di riqualificazione aziendali, sulla base dei documenti, delle informazioni e degli elementi acquisiti:

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;

3) il livello della spesa direttamente sostenuta dai cittadini nel corso dell'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, ivi compresi *ticket* e prestazioni a pagamento;

4) le modalità di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, del livello di qualità ed efficacia dei trattamenti effettuati e dell'implementazione di un programma sistematico di *audit* clinico e organizzativo;

5) l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie;

6) la trasparenza dei processi e delle procedure con particolare riferimento a

quelle di affidamento delle forniture di beni e di servizi e di affidamento degli incarichi;

7) il rispetto degli obiettivi nazionali di ristrutturazione della rete ospedaliera per acuti e *post acuti* in aderenza agli *standard* previsti dal citato decreto del Ministro della salute n. 70 del 2015, nonché di soddisfazione della domanda di prestazioni assistenziali di riabilitazione e di lungodegenza, delle reti di assistenza territoriale e domiciliare e la corrispondente accessibilità del servizio da parte degli utenti;

8) l'adeguatezza delle procedure regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici e di stipula degli accordi contrattuali, valutandone la congruità con la normativa nazionale e la rispondenza rispetto ai fabbisogni;

9) l'adeguatezza delle strutture sanitarie accreditate pubbliche e private anche per l'assistenza ai soggetti fragili;

10) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici e di promozione di un consumo appropriato degli stessi;

11) il regolare funzionamento dei comitati etici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali;

12) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle relative procedure gestionali;

13) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle strutture erogatrici;

14) il rispetto dei tempi medi di pagamento dei fornitori;

15) l'esistenza di adeguate procedure di monitoraggio e controllo della qualità, efficacia e appropriatezza e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili con particolare riguardo all'analisi delle cause di mobilità *intra* ed *extra* regionale;

16) lo stato di implementazione degli interventi in materia di riduzione delle liste di attesa in aderenza al Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNLGA) e ai

piani e programmi regionali;

17) la congruità della normativa nazionale vigente, proponendo soluzioni di carattere legislativo e amministrativo per rafforzare l'incisività dei controlli e il coordinamento delle attività di monitoraggio della spesa e dell'erogazione dei LEA, nei vari livelli di responsabilità nazionale, regionale e locale.

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 segretezza degli atti.

4. 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 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.

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 dell'articolo 162 regolamento del Senato.

2. La Commissione, prima dell'avvio dell'attività di inchiesta, adotta il proprio regolamento interno.

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, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), nonché di tutte le collaborazioni che ritiene necessarie, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

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

6. Le spese di funzionamento della Commissione sono poste a carico del bilancio interno del Senato. Esse sono stabilite nel limite massimo di 100.000 euro per ciascuno degli anni dal 2019 al 2022 e nel limite massimo di 30.000 per l'anno 2023. Il Presidente del Senato 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.

