

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori DI ORIO, CARELLA, CAMERINI, CARPINELLI, DANIELE GALDI, MIGNONE, PARDINI, VALLETTA, PETRUCCI, LAVAGNINI, BRUNI, ZILIO, BARBIERI, STANISCIÀ, PASQUINI, CRSCENZIO, DE GUIDI, DE MARTINO Guido, BONAVITA, BUCCIARELLI, MORANDO, ROGNONI, FORCIERI, VELTRI, BISCARDI, BETTONI BRANDANI, CADDEO, BRUNO GANERI, BRATINA, SCIVOLETTO, GIOVANELLI, PELELLA, PAPPALARDO, MICELE, LARIZZA, PAROLA e GRUOSSO

COMUNICATA ALLA PRESIDENZA IL 5 GIUGNO 1996

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta
sul sistema sanitario

ONOREVOLI SENATORI. – Nella dodicesima legislatura il Senato ha istituito una Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie, al fine di integrare la conoscenza dello stato e del funzionamento del sistema sanitario nazionale, e di consentire così al Parlamento una eventuale modifica al decreto legislativo 7 dicembre 1953, n. 517, alla luce di informazioni adeguate alla complessità della

materia e alla sua importanza rispetto all'opinione pubblica.

In data 13 marzo 1996 la Commissione ha approvato la relazione conclusiva dei lavori, che attiene ad alcuni tra i punti più qualificanti della sua istituzione. In particolare, si segnala per i risultati conseguiti e per il rilievo riscontrato anche sulla stampa nazionale l'inchiesta sulle strutture ospedaliere incomplete. È opportuno sottolineare che tale situazione era misconosciuta nella

sua portata sia presso i competenti organismi del Ministero della sanità che presso le regioni interessate, a riprova della gravità di un fenomeno che può essere assunto come paradigma e indicatore di gravi inefficienze e responsabilità nella gestione di risorse pubbliche. Come la stessa Commissione ha rilevato, «la storia della costruzione infinita di complessi ospedalieri è fatta di opere generali prive di una dimensione finanziaria disponibile coerente, spesso anche per questo neppure complete nella fattibilità progettuale, funzionale ed economica». Non priva di interesse è inoltre la parte relativa alla stima dei costi che tale fenomeno ha fatto gravare negli scorsi decenni sulla spesa pubblica. Infatti, il costo del mancato completamento o della mancata attivazione di strutture edilizie completate non è riconducibile al costo necessario alla costruzione della struttura, bensì al costo che deriva dall'aver impiegato risorse pubbliche senza risultato.

Nel campo delle strutture sanitarie incompiute è doveroso ora procedere ad ulteriori verifiche dei dati in possesso del Ministero della sanità, nonché mettere in campo adeguati interventi tesi ad evidenziare il fenomeno di quegli ospedali incompiuti che, in quanto non inseriti nei piani sanitari regionali, non diverranno mai strutture sanitarie: tutto ciò, anche considerando l'attuale esubero di posti letto per numero di abitanti nell'intero territorio nazionale e, variamente, nelle diverse realtà regionali. Non può del resto tacersi il fatto che la costruzione di molti nuovi ospedali era la risposta – purtroppo solo teorica – a situazioni di faticanza di vecchie strutture, che certamente nel corso degli ultimi decenni sono andate incontro a fenomeni di intollerabile obsolescenza e inadeguatezza rispetto a moderni *standard* di qualità dell'assistenza. Il danno provocato dalle strutture ospedaliere incompiute assume pertanto una duplice valenza: da un lato di scandaloso spreco di risorse pubbliche, dall'altro di mancata risposta a esigenze crescenti e diritti reali dei

cittadini. Sarebbe infine opportuno verificare quale destinazione e reale utilizzo abbiano avuto i finanziamenti previsti per l'edilizia ospedaliera *ex* articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e se *in toto* o in parte siano stati destinati al completamento delle strutture ospedaliere incompiute.

Il lavoro della Commissione d'inchiesta si è inoltre articolato su altre tematiche sanitarie di notevole interesse di seguito sinteticamente illustrate.

Riguardo allo stato di attuazione della legge 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS) la Commissione ha preso atto dello spaventoso ritardo nell'attuazione del programma e la quasi totale perdita di controllo dell'operato (ove esistente) da parte della grande maggioranza delle regioni in un quadro organico e razionale di collegamento e coordinamento. Su questa disciplina occorre che il Parlamento si faccia garante di un effettivo funzionamento del raccordo tra fase programmatica e fase applicativa, garantendo adeguati interventi normativi sulla base delle evidenze che l'ulteriore lavoro della Commissione potrebbe produrre.

Altro fenomeno indagato è stato quello della sicurezza del sangue per emotrasfusione. Il lavoro della Commissione ha consentito di far emergere numerose irregolarità circa la certificazione delle autotrasfusioni, lo smaltimento del sangue non reinfuso, la corretta tenuta di una adeguata documentazione in materia di convenzione tra case di cura private e centri trasfusionali. A seguito di ispezioni condotte con l'ausilio dei nuclei antisofisticazione e sanità dell'Arma dei carabinieri, sono state riscontrate infrazioni anche molto gravi, con denunce di episodi legati al commercio

e all'importazione di plasma eccedente quello autorizzato, proveniente da sangue non testato, per la produzione di emoderivati commercializzati nell'intero territorio nazionale.

In materia di politica del farmaco, la Commissione ha tracciato le premesse per impostare un lavoro (necessariamente interrotto per lo scioglimento anticipato della legislatura) volto a documentare i rapporti tra industrie farmaceutiche e Commissione unica del farmaco (CUF). Dal lavoro è emersa, *in nuce*, la necessità di una riformulazione del regolamento della CUF, in merito a ineleggibilità e incompatibilità dei membri e alle competenze della stessa.

Infine, su proposta di uno dei componenti, la Commissione ha programmato una dettagliata indagine sugli ospedali psichiatrici. A poco meno di venti anni dalla riforma psichiatrica, a fronte della programmata e frequentemente sbandierata chiusura degli ospedali psichiatrici, rimane nel nostro Paese una diffusa realtà di manicomializzazione più o meno latente, che da un lato è indicatrice ancora una volta di inefficienze e ritardi di tipo culturale e scientifico. Sul versante dell'adeguatezza dei servizi territoriali psichiatrici non si ha alcuna ragionevole conoscenza delle disponibilità strutturali e degli interventi necessari per area geografica, tranne alcune lodevoli e isolate eccezioni. Da questo punto di vista si rende estremamente urgente che il Parlamento assuma piena responsabilità, attuando adeguati interventi normativi sulla base di dettagliati e precisi elementi di conoscenza.

Come appare da questa sintetica esposizione, la Commissione, per una serie di ragioni che non è qui il caso di richiamare, ha potuto esprimere solo una parte del potenziale contenuto nell'ispirazione e nella norma della

sua istituzione, e appare con tutta evidenza l'opportunità e la necessità che il Parlamento si doti di tale strumento operativo anche in questa legislatura.

Gli argomenti di così alto interesse che sono stati affrontati nella passata legislatura hanno visto la Commissione agire sia in funzione di inchiesta che di indirizzo, cercando di offrire prospettive di sviluppo a un tempo normative e gestionali su questioni aperte oggettivamente di forte impatto.

I proponenti intendono dunque collocare la propria iniziativa nella prospettiva operativa di una Commissione che, con la propria attività inquirente, riesca a evidenziare possibili ipotesi di soluzione per quei fenomeni che nel loro complesso l'opinione pubblica identifica come «malasanità». La Commissione intende infatti indagare su quel complesso quadro di difficoltà organizzative e gestionali, non scevre di incidenze pesanti sulla vita quotidiana dei cittadini, troppo spesso ma non impropriamente oggetto di martellanti offensive degli organi di stampa.

I proponenti ribadiscono in questa sede il proprio convincimento che un Paese misura la propria civiltà sulla qualità dei servizi che in campo sanitario, e in generale all'interno del cosiddetto stato sociale, riesce a fornire ai cittadini.

La Commissione, secondo la presente proposta, si pone nell'ottica di superare il troppo facile riferimento giornalistico alla «malasanità», volendo arrivare a comprendere nel modo più diretto possibile le disfunzioni e individuarne le cause che indubbiamente vanno ricercate anche all'interno del sistema sanitario. Il decreto legislativo n. 517 del 1993, punto di partenza per la riforma del nostro sistema sanitario, è stato solo in parte af-

frontato dalla Commissione di inchiesta nella precedente legislatura. Come abbiamo già illustrato, i risultati più compiuti della Commissione provengono da settori che non attenevano direttamente alla verifica del decreto legislativo n. 517 del 1993. Si propone ora di affrontare in termini valutativi la legge di riforma in merito al suo stato di applicazione, svolgendo una attenta indagine sui motivi che, con differenze talora vistose tra le diverse regioni italiane, non hanno consentito al sistema sanitario italiano di beneficiare sostanzialmente di un tale processo di riforma. In altri termini, c'è da verificare se il decreto legislativo n. 517 del 1993 sia uno strumento non applicato per mancanza di volontà politica o se alcune sue parti sono per se stesse inapplicabili e devono quindi essere profondamente riformante.

In conclusione, interpretando il comune sentire dei cittadini italiani di fronte al sistema sanitario, riteniamo inaccettabile il perdurare indefinito di un quadro di riforme non realizzate, di provvedimenti di aggiustamento normativo sempre rinviati, e in definitiva di incertezza del diritto dei cittadini alla salute.

Proprio per queste ragioni riteniamo utile e doveroso riproporre l'istituzione di una Commissione di inchiesta sul sistema sanitario in questa tredicesima legislatura.

L'articolo 1 del presente disegno di legge prevede l'istituzione della Com-

missione di inchiesta sul sistema sanitario, indicandone le finalità.

L'articolo 2 entra dettagliatamente nel merito degli specifici compiti della Commissione, elencando in particolare, tra l'altro, gli aspetti emergenti dal decreto legislativo n. 517 del 1993, dei quali verificare lo stato di attuazione.

L'articolo 3 stabilisce il termine di ultimazione dei lavori della Commissione, indicato in due anni considerando la complessità dei fenomeni oggetto dell'indagine.

L'articolo 4 stabilisce le modalità di nomina dei commissari e del Presidente della Commissione.

L'articolo 5 sancisce il diritto della Commissione all'acquisizione di atti, documenti e testimonianze di rilevanza per l'indagine in oggetto.

L'articolo 6 sancisce la segretezza degli atti del lavoro istruttorio della Commissione, allo scopo di tutelare i diritti degli indagati e l'efficacia stessa del lavoro della Commissione.

L'articolo 7 prevede la possibilità che la Commissione possa avvalersi di tutte le collaborazioni di natura professionale e non che si rendano necessarie per un adeguato svolgimento dei suoi lavori e per l'acquisizione di conoscenze di elevata qualificazione.

L'articolo 8 pone in fine a carico del bilancio del Senato della Repubblica gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione.

**PROPOSTA
DI INCHIESTA PARLAMENTARE**

Art. 1.

1. È istituita, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario, composta da venti senatori, oltre il Presidente, per acquisire tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie, organizzative ed economiche, nonché ai modelli produttivi delle strutture sanitarie pubbliche e private di ricovero o di assistenza extraospedaliera, e per verificare l'attuazione della normativa in materia al fine di fornire al Parlamento e all'Amministrazione dello Stato, centrale e periferica, i punti di riferimento in relazione all'applicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ed alla eventuale necessità di modifica di tale provvedimento. È compito della Commissione formulare proposte e indicare le possibili linee direttrici per l'ammodernamento del settore.

Art. 2.

1. La Commissione acquisisce elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie ed organizzative, nonché ai modelli produttivi delle strutture di cui all'articolo 1.

2. La Commissione acquisisce elementi conoscitivi in ordine all'applicazione e alla funzionalità dei punti qualificanti del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e verifica le cause della eventuale non applicazione delle norme ivi dettate. La Commissione in particolar modo procede:

a) alla verifica dell'attuazione della programmazione sanitaria e dei livelli uniformi di assistenza;

b) alla verifica dello stato attuativo del processo di aziendalizzazione delle ex unità sanitarie locali (USL) e delle strutture ospedaliere;

c) alla verifica dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università;

d) alla verifica dello stato e della diffusione dell'attività di prevenzione;

e) alla verifica dello stato e delle modalità attuative dei rapporti tra aziende sanitarie locali e soggetti erogatori delle prestazioni assistenziali specificatamente finalizzato al controllo di qualità;

f) alla verifica dello stato delle forme integrative di assistenza sanitaria;

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

h) alla verifica dell'attuazione delle norme di partecipazione, tutela dei diritti dei cittadini e della qualità dell'accesso ai servizi;

i) al controllo sulla formazione e sulla politica del personale nelle strutture erogatrici di servizi sanitari;

j) alla verifica dello stato d'attuazione del sistema dell'emergenza;

k) alla verifica dell'incidenza della migrazione sanitaria interna ed esterna del Paese;

l) alla verifica dell'adeguatezza delle strutture sanitarie;

m) alla verifica dei piani di utilizzo di strutture sanitarie in costruzione;

n) alla verifica dell'attuazione delle norme in materia di contenimento della spesa farmaceutica.

Art. 3.

1. La Commissione ultima i suoi lavori e presenta relazioni sulle risultanze emerse entro due anni dal suo insediamento.

Art. 4.

1. Il Presidente del Senato procede alla nomina della Commissione ai sensi dell'articolo 162, comma 3, del Regolamento del Senato, assicurando comunque la rappresentanza di tutti i Gruppi parlamentari.

2. Il Presidente del Senato provvede altresì alla nomina del Presidente della Commissione.

Art. 5.

1. La Commissione può acquisire atti, documenti e testimonianze interessanti l'inchiesta.

Art. 6.

1. I componenti della Commissione, i funzionari e il personale di qualsiasi ordine e grado addetti alla Commissione stessa ed ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta o vigilanza oppure ne viene a conoscenza per ragioni d'ufficio di servizio sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda le deposizioni, le notizie, gli atti e i documenti acquisiti al procedimento di inchiesta.

Art. 7.

1. La Commissione si avvale delle collaborazioni che ritiene necessarie.

Art. 8.

1. Le spese per il funzionamento della Commissione sono a carico del bilancio interno del Senato della Repubblica.

