



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori Ignazio MARINO, BENCINI, CASSON, CHITI, CORSINI, DE PIN, FAVERO, Elena FERRARA, FINOCCHIARO, GIACOBBE, LO GIUDICE, MICHELONI, PAGLIARI, PANIZZA, PEGORER, PEZZOPANE, PUPPATO, ROMANO, Gianluca ROSSI, SCAVONE e ZANONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013

Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge è volto a dare continuità al rilevante lavoro d'inchiesta che le Camere hanno svolto nel corso delle ultime legislature in materia sanitaria, addivenendo al contempo a una razionalizzazione: quest'ultima consiste nell'unificazione delle funzioni, in passato attribuite a distinti organi parlamentari inquirenti, in capo ad una apposita Commissione bicamerale.

Attraverso l'istituzione di un'unica Commissione parlamentare d'inchiesta si persegue un obiettivo duplice: efficientamento funzionale delle attività d'indagine e contenimento dei costi.

L'esperienza maturata sul campo dimostra infatti che, per quanto i rapporti fra distinti organi parlamentari inquirenti possano essere - e siano stati, in passato - informati al principio di leale collaborazione, la coesistenza rende sempre possibili sovrapposizioni di fatto o, al contrario, inerzie derivanti dalla necessità di *self-restraint*, che non giovano all'agilità e alla completezza delle attività istruttorie.

La materia di pubblico interesse su cui s'intende disporre l'inchiesta è articolata, e ricomprende tutti i settori d'indagine tradizionalmente suddivisi tra le singole Commissioni monocamerali d'inchiesta: le tematiche, generali e specifiche, legate all'efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, su cui hanno avuto modo di indagare gli organi inquirenti del Senato; e le tematiche peculiari legate agli errori in campo sanitario e ai disavanzi sanitari regionali, delle quali si sono occupate le Commissioni d'inchiesta istituite dalla Camera.

I poteri d'indagine della Commissione sono volutamente individuati mediante mero rinvio all'articolo 82 della Costituzione, in aderenza alla migliore dottrina costituzionalistica, secondo la quale il legislatore ordinario nulla potrebbe aggiungere, o togliere, alle prerogative attribuite dai Costituenti all'inchiesta parlamentare.

Si è ritenuto, peraltro, di prevedere espressamente l'applicabilità di alcuni articoli del codice penale alle eventuali condotte non collaborative verso la Commissione, al fine di tutelare al massimo grado l'azione parlamentare inquirente, nel pieno rispetto dell'articolo 25, comma secondo, della Costituzione.

Infine, quale ulteriore presidio alla peculiare sfera di indipendenza dell'organo inquirente, è parso opportuno specificare che la Commissione gestisce le risorse ad essa assegnate, per l'espletamento dei propri compiti istituzionali, in piena autonomia. In questo modo s'intende evitare qualsiasi possibile interferenza, anche solo involontaria, indiretta o mediata, sulle determinazioni della Commissione e sulle conseguenti attività operative. È appena il caso di notare che tale previsione è armonica e coerente con lo spirito delle norme regolamentari che disciplinano le attività *extramoenia* delle Commissioni d'inchiesta: queste ultime, come noto, sono esentate da qualsivoglia forma di autorizzazione, essendo soggette a un mero onere di informativa (articolo 163 del Regolamento Senato e articolo 142 del Regolamento Camera).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Istituzione della Commissione)

1. È istituita, per la durata della XVII legislatura, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, di seguito denominata «Commissione».

Art. 2.

(Composizione e durata della Commissione)

1. La Commissione è composta da venti senatori e da venti deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati, in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo esistente in almeno un ramo del Parlamento. La nomina dei componenti della Commissione tiene conto della specificità dei compiti a essa assegnati.

2. Il Presidente del Senato della Repubblica e il Presidente della Camera dei deputati, entro dieci giorni dalla nomina dei suoi componenti, convocano la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

3. L'ufficio di presidenza, è costituito dal presidente, da due vice presidenti e da due segretari.

4. Per l'elezione del presidente è necessaria la maggioranza assoluta dei voti dei componenti della Commissione; se nessuno riporta tale maggioranza, si procede al ballottaggio tra i due candidati che hanno otte-

nuto il maggiore numero di voti. Nel ballottaggio è proclamato eletto colui che ottiene il maggiore numero di voti. In caso di parità di voti è eletto o entra in ballottaggio il più anziano di età. Se nel primo scrutinio ottiene voti un solo candidato, entra in ballottaggio con questi il componente più anziano d'età.

5. Per l'elezione, rispettivamente, dei due vice presidenti e dei due segretari, ciascun componente della Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che ottengono il maggior numero di voti. In caso di parità di voti si procede ai sensi del comma 4.

Art. 3.

(Compiti della Commissione)

1. La Commissione verifica lo stato di attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie sull'intero 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 di risorse, anche in relazione a fenomeni di cattiva gestione o corruzione, 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 della 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-sa-

nitare e nelle strutture sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario nazionale;

e) l'applicazione dei *Diagnosis Related Groups* (DRG), effettuando un'analisi comparativa dei ricoveri;

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

3. La Commissione indaga altresì:

a) sullo stato di attuazione e di funzionamento, per l'intero 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 e dei trapianti di organi;

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

4. La Commissione acquisisce, inoltre, elementi conoscitivi su:

a) lo stato di attuazione dei dipartimenti di prevenzione e il loro coordinamento con l'attività delle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA);

b) lo stato di attuazione, l'organizzazione e il reale funzionamento, nell'ambito della azienda sanitaria locale, del distretto socio-sanitario, con riferimento anche all'integrazione socio-sanitaria nella gestione delle fasi post-acute;

c) l'attività e l'organizzazione delle unità di terapia nei reparti di medicina neonatale, nonché le esperienze in campo ma-

terno-infantile presso i distretti socio-sanitari;

d) l'organizzazione e la verifica del «Progetto Alzheimer» e del protocollo per il trattamento farmacologico «Cronos»;

e) lo stato di attuazione del progetto obiettivo «Tutela salute mentale» e della normativa vigente in materia, con particolare riguardo alla normativa per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

f) lo stato di attivazione delle Agenzie sanitarie regionali;

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

h) 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, a livello regionale, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni;

i) la realizzazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

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

m) il processo di revisione delle liste di prestazioni ricomprese nei LEA;

n) l'organizzazione delle strutture per le cure odontoiatriche sul territorio nazionale;

o) il contrasto del dolore nelle sue diverse tipologie, sia croniche sia oncologiche, negli ospedali e i disagi derivanti da carenze organizzative;

p) le dinamiche delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche in relazione all'organizzazione delle attività professionali *extramoenia* o *intramoenia*.

5. 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 altri danni alla salute dei pazienti;

e) individuare le categorie cui sono riconducibili gli errori più frequenti, in particolare con riferimento alla loro imputabilità all'inefficienza e alla scarsa igiene delle strutture sanitarie oppure al personale medico o paramedico;

f) indagare sulle cause degli errori di cui alla lettera c) e su quanti di essi derivino da carenze di formazione del personale medico e paramedico;

g) individuare gli eventuali interventi correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale medico e paramedico;

h) 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;

i) 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.

6. La Commissione ha, inoltre, il compito di:

a) acquisire tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni politiche, amministrative, gestionali, operative che hanno contribuito alla forma-

zione dei disavanzi sanitari nelle regioni interessate dai piani di rientro;

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, anche in relazione a fenomeni di cattiva gestione o corruzione;

2) la sostenibilità e l'adeguatezza della programmazione economico-finanziaria e contabile e dei relativi provvedimenti attuativi, con specifico riferimento al settore sanitario;

3) la trasparenza delle procedure di affidamento delle forniture di beni e servizi e l'economicità delle scelte effettuate in base ad esse;

4) 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;

5) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare e la corrispondente accessibilità del servizio da parte degli utenti;

6) 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;

7) 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;

8) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle pro-

cedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali;

9) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle altre strutture erogatrici;

10) 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;

11) la esistenza di adeguate procedure e di sedi di monitoraggio e di controllo della qualità, efficacia e appropriatezza del servizio erogato a livello infraregionale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili;

c) individuare eventuali responsabilità di apparato nella gestione del Servizio sanitario nazionale nelle regioni interessate ai piani di rientro, relativamente alle aree di indagine di cui alla lettera *b)*;

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 sanitario.

7 La Commissione presenta una o più relazioni sulle risultanze delle indagini, al termine dei suoi lavori nonché ogni qualvolta ravvisi la necessità di riferire alle Camere.

Art. 4.

(Obbligo del segreto)

1. I componenti della Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie, 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 le deposizioni, le notizie, gli atti e i documenti acquisiti al procedimento d'inchiesta di cui è stata vietata la divulgazione.

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. 5.

(Organizzazione interna)

1. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno adottato dalla Commissione stessa a maggioranza assoluta dei propri componenti, prima dell'inizio dei lavori. Ciascun componente può proporre la modifica delle norme regolamentari.

2. I lavori della Commissione sono pubblici, salvo che la Commissione disponga diversamente.

3. La Commissione si avvale dell'opera di agenti e di ufficiali di polizia giudiziaria e di tutte le collaborazioni che ritenga necessarie ai propri lavori, anche in deroga alla normativa in materia di incarichi dei pubblici dipendenti.

4. Per l'espletamento delle sue funzioni la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dai

Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, di intesa tra loro.

5. Le spese per il funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite massimo di 100.000 euro per l'anno 2013 e di 200.000 euro per ciascuno degli anni successivi e sono poste per metà a carico del bilancio interno del Senato della Repubblica e per metà a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. I Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, con determinazione adottata di intesa tra loro, autorizzano annualmente un incremento delle spese di cui al precedente periodo, comunque 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.

6. La Commissione provvede all'autonoma gestione delle spese, nei limiti delle disponibilità di cui al comma 5, attraverso gli organi a ciò deputati dal regolamento interno.

Art. 6.

(Poteri della Commissione)

1. La Commissione, nell'espletamento delle sue funzioni, è titolare dei poteri e soggetta ai limiti previsti dall'articolo 82 della Costituzione.

2. Gli articoli 366, 372, 373 e 374-*bis* del codice penale si applicano anche alle condotte poste in essere contro l'attività della Commissione, salvo che le stesse costituiscano più gravi reati.

3. Ai fini dello svolgimento dei compiti ad essa assegnati, la Commissione può acquisire la documentazione prodotta o raccolta dalle precedenti Commissioni parlamentari d'inchiesta in materia sanitaria.

Art. 7.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.