SENATO DELLA REPUBBLICA

XVIII LEGISLATURA

Doc. XXII
n. 19

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori ZAFFINI e CIRIANI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 GIUGNO 2019

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

ONOREVOLI SENATORI. – Dotare il Parlamento di un organo investito della funzione ispettiva e conoscitiva su una materia di pubblico interesse, come lo è la materia della gestione efficiente e responsabile del Sistema sanitario nazionale nell'ottica dell'adeguatezza dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rappresenta un adempimento istituzionale necessario ed indispensabile, in ragione dei controversi risultati che si registrano sul piano delle *performance* nel settore sanitario e dell'elevata differenziazione in termini di qualità dei servizi e di tutela e salvaguardia della salute nelle diverse aree regionali del Paese.

Il Sistema sanitario nazionale nella sua complessità comprende, o contiene, al contempo elementi contrastanti: sul piano esterno e nella comparazione internazionale, gli indici di *performance* consentono al nostro Paese di attestarsi su livelli di assoluta qualità ed in posizioni di primato, specie in termini di equità e universalità di accesso alle cure, come confermano le più recenti rilevazioni elaborate dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e dall'Organizzazione mondiale della sanità;

TIPOGRAFIA DEL SENATO

tuttavia profondamente diversa è la rappresentazione del sistema sul versante interno e della sua articolazione e organizzazione a livello territoriale (regionale e locale): è qui che si registrano infatti le maggiori criticità, considerata la sistematica presenza di forti squilibri, sia di natura economico-finanziaria, che in termini di pari opportunità di accesso da parte dei cittadini residenti nelle diverse aree del Paese ai servizi essenziali di prestazione e assistenza, e dunque con un grado estremamente diversificato rispetto all'adeguata tutela e salvaguardia della salute, all'erogazione e fruizione dei servizi e alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Una serie di criticità che, proprio sul piano domestico e della gestione interna, necessita di prioritaria attenzione e costante monitoraggio da parte del Parlamento nazionale, in continuità, del resto, con la tradizione istituzionale che storicamente, nel susseguirsi delle diverse legislature, non ha mancato – sia pure con diverso approccio e diverso grado di tenuità o accentuazione – di riservare alla questione sanitaria una posizione di centralità nel dibattito politico e istituzionale; a riprova del fatto che le disparità di accesso al sistema sanitario e la percezione delle disparità di trattamento sul territorio nazionale hanno rivestito un ruolo cruciale nell'orientamento e nella formazione della pubblica opinione e nel comune sentire della società civile, specie sul versante della configurazione e dell'aderenza tra le condizioni reali della sanità del Paese e il principio costituzionale di eguaglianza sostanziale, ad essa applicato.

E di fatto nella tradizione del Parlamento nazionale la questione sanitaria è ed stata presente, e formalmente affrontata in diverse occasioni, portando con frequenza, sia pure con carattere di discontinuità e a fasi alterne, alla costituzione, in ambedue o in almeno uno dei rami del Parlamento, di un apposito organo parlamentare di inchiesta, di norma monocamerale, dedicato all'attività di investigazione e all'acquisizione di elementi informativi, al monitoraggio e al controllo del settore sanitario.

Volendo ripercorrere brevemente l'evoluzione di tale dinamica istituzionale, notiamo infatti come una «Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie» abbia dispiegato le sue funzioni presso il Senato della Repubblica nel corso della legislatura XII; successivamente (legislatura XIII) sempre presso il Senato, si deliberò l'istituzione della «Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario». Organo che vide nuovamente la luce, e per tre legislature consecutive, durante la XIV, XV e XVI, ed è poi scomparso nella legislatura XVII.

In detta ultima legislatura tuttavia la questione sanitaria ha rivestito un ruolo importante nei lavori parlamentari, pur non essendo stata oggetto di un'apposita inchiesta con relativa costituzione di un organo parlamentare dedicato. Sono rintracciabili infatti due indagini conoscitive deliberate dalle Commissioni parlamentari permanenti con competenza in materia socio-sanitaria: «Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica» (deliberata alla Camera dei deputati nell'ambito dei lavori della V Commissione, Bilancio, tesoro e programmazione e XII Commissione, Affari sociali), e «Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità», svolta presso il Senato della Repubblica nell'ambito dei lavori della Commissione 12ª, Igiene e Sanità.

Nell'orientamento dei lavori della legislatura corrente, in considerazione delle persistenti e crescenti criticità che investono questo delicato e fondamentale comparto, lo strumento dell'indagine conoscitiva adottato nella precedente legislatura non appare sufficiente; risulta invece più appropriato optare per la deliberazione di un'inchiesta parlamentare che consenta, ai sensi dell'articolo

82 della Costituzione, al Parlamento della Repubblica, ed in questo caso al Senato nella sua organizzazione, di avviare ed espletare le opportune investigazioni, in condizioni di equiparazione di poteri con l'autorità giudiziaria. Un passaggio che appare obbligato e che non può essere demandato, e questo a causa delle crescenti criticità registrate in ambito sanitario.

Si tratta di fare tutto ciò che serve, e tutto ciò che è possibile, per far fronte a una situazione sull'orlo dell'emergenza e che rischia non soltanto di investire i supremi interessi costituzionali in gioco, quali la tutela della salute e la parità di accesso di tutti i cittadini al sistema sanitario, ma rischia di avere effetti dirompenti sulla coesione territoriale e sociale, con effetti potenzialmente corrosivi per la «tenuta» dell'apparato istituzionale.

Ed è invero una preoccupazione che balza agli occhi guardando semplicemente alla mappa delle regioni attualmente sottoposte alla disciplina dei «piani di rientro», cioè i programmi operativi di riorganizzazione, potenziamento del Servizio sanitario regionale: si tratta di ben sette regioni, per lo più collocate nel Centro e nel Sud del Paese (Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise). Una situazione geograficamente ma anche socialmente al limite della sostenibilità, che configura l'emersione di un Paese letteralmente «diviso a metà» e contrassegnato da profonde iniquità, suscettibili peraltro di generare ulteriori aggravi.

Si consideri infatti che per le regioni sottoposte ai piani di rientro dai *deficit* sanitari, in sede di verifica annuale, il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, può comportare l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'IRAP e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti. Come chiarito dal Ministero dell'economia e delle finanze, lo *status* del piano di rientro aggrava dunque la pressione fiscale su tutti i cittadini residenti, indipendentemente dallo scaglione di reddito. E il dato aggregato relativo al disavanzo delle regioni continua a registrare un considerevole aumento: + 1,1 miliardi nel 2017, in crescita di 168 milioni rispetto ai 934 milioni del 2016.

Ancora, si considerino gli effetti sul versante della mobilità sanitaria tra le regioni: un fenomeno che registra un *trend* inevitabilmente crescente e con un importante impatto economico *pro capite*: secondo l'ultimo rapporto elaborato dall'Osservatorio della Fondazione GIMBE, questo valore nel 2017 ha superato la soglia dei 4,635 miliardi di euro, una percentuale che, come correttamente evidenziato, assume particolare rilevanza per diversi ordini di ragioni: per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune regioni, sia in saldo positivo (ad esempio Lombardia + euro 808,7 milioni), sia in saldo negativo (ad esempio Calabria – euro 319,5 milioni, Campania – euro 302,1); per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle regioni con offerta carente di servizi; per l'espansione del privato accreditato, favorito dall'assenza o dalla scarsa efficacia dei tetti di *budget* regionali.

Il tutto mentre continua a crescere l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, che, come rilevato dall'ultimo Rapporto sul monitoraggio sulla spesa sanitaria italiana della Ragioneria generale dello Stato, è passata dal 5,9 per cento del 2002 al 6,9 per cento del 2017; il disavanzo delle regioni, invece, registra un considerevole aumento di 1,1 miliardi, in crescita di 168 milioni rispetto ai 934 milioni del 2016.

Una situazione patologica persistente che in alcuni casi ha determinato la configurazione di situazioni di emergenza e urgenza, che hanno necessitato di interventi straordinari come nel caso del recente decreto-legge in materia sanitaria varato dal Consiglio dei ministri, e recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria», del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35.

Proprio dall'analisi di queste dinamiche appare assolutamente necessario procedere alla deliberazione dell'inchiesta parlamentare in argomento, nel convincimento che la sede naturale per la ricerca delle cause e responsabilità degli squilibri del sistema e per l'identificazione di corrispondenti e congrue soluzioni debba e non possa che essere quella parlamentare, concorrendo all'elevazione dei livelli di responsabilità amministrativa e all'affermazione dei principi di pubblicità, trasparenza, buon andamento, efficienza ed efficacia che si ritiene debbano permeare il sistema sanitario a tutti i livelli e nelle diverse articolazioni territoriali e organizzative. Un metodo di intervento in via preventiva ed in sede parlamentare, quello dell'inchiesta parlamentare, che si ritiene certamente più proficuo e funzionale al perseguimento dell'interesse pubblico superiore ad una sanità più equa, sana, responsabile e sicura; un metodo preferibile rispetto a quello della decretazione d'urgenza da parte del Governo e della «legislazione per emergenze», al quale il Governo non ha potuto che ricorrere recentemente con il citato decreto-legge che ha riguardato la situazione del sistema sanitario calabrese: un metodo, questo, che può semplicemente limitare parzialmente gli effetti più evidenti delle distorsioni del sistema, ma che appare inadeguato o insufficiente rispetto alla necessaria azione di responsabilizzazione e riequilibrio degli assetti generali del Sistema sanitario nazionale.

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

Art. 1.

(Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sull'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 sull'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 e 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 dei 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, all'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 determinare 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 a 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 regolamento di cui 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 sistema 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 all'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 regolamento di cui al 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 infra- 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 (PNGLA) e ai piani e programmi regionali;

17) la congruità della normativa nazionale vigente, proponendo soluzioni di carattere legislativo e amministrativo per raf-

forzare 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 segretazione 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.

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 euro 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.

€ 1,00