



PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

Misure urgenti per il sostegno della Sanità pubblica e il diritto alla Salute

Relazione

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

Questo è quanto previsto dal primo comma dell'articolo 32 della Costituzione.

La qualità dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale nella sua funzione di sanità pubblica è indice della civiltà di una Nazione, e dovere fondamentale di uno Stato.

Per decenni la sanità pubblica italiana è stata riconosciuta come la migliore al mondo, ma negli ultimi anni si è osservato un progressivo decadimento della qualità dei servizi garantiti, tale da far presupporre una volontà non dichiarata di smantellamento del modello pubblico, in favore di una sempre maggiore centralità della sanità privata, ad oggi in massima parte gestita da multinazionali e fondi di investimento, e delle assicurazioni private.

Da una parte lo svilimento della figura professionale del personale sanitario, medico ed infermieristico, con retribuzioni tra le più basse d'Europa, sottoposto ad un carico di procedure burocratiche del tutto inutili e costantemente a rischio di procedure penali, sta progressivamente portando i giovani laureati a preferire strade differenti dall'impiego pubblico, trovando maggiori garanzie nel privato o, sempre più spesso, nell'emigrazione in altri paesi europei con garanzie economiche e di crescita professionale di gran lunga maggiori di quelle che trovano in Italia.

Questo impoverimento è tanto più grave in quanto medici, tecnici ed infermieri, formati nelle università italiane, sono tra i migliori al mondo, con un costo nella formazione importante, che viene del tutto disperso a favore di altre nazioni, lasciando l'Italia in una situazione di impoverimento numerico e qualitativo, che viene pagato dai pazienti in termini di qualità e rapidità dei servizi offerti.

Nei prossimi tre anni il numero di medici di medicina generale, fondamentali nella medicina territoriale e primo approccio dei cittadini alla sanità pubblica, è destinato

ad avere un crollo drammatico stante la desertificazione dei corsi di specializzazione destinati a formare i nuovi medici ed il gran numero di pensionamento previsti.

Attualmente nella maggioranza dei nosocomi italiani l'attività di pronto soccorso è garantita attraverso medici cosiddetti "gettonisti", ovvero sia non inseriti nella struttura ma pagati a prestazione, e infermieri interinali, con un'evidente deresponsabilizzazione di professionisti che non hanno un rapporto organico e strutturato con le aziende e nessuna prospettiva di crescita futura.

Parallelamente la carenza oramai cronica di medici, tecnici ed infermieri nei reparti e negli ambulatori diagnostici, nonché i rallentamenti dovuti all'epidemia COVID19, hanno trasformato le liste d'attesa anche per esami fondamentali in una specie di terno al lotto, con tempistiche assolutamente inadeguate all'esigenze terapeutiche.

La desertificazione dei concorsi pubblici nella stragrande maggioranza delle aziende sanitarie, dimostra la perdita di attrattività del Servizio sanitario nazionale, creando gravissimi problemi di ricambio nei reparti, che sempre più spesso debbono rivolgersi a medici in pensione per poter garantire un minimo di servizio.

Parallelamente è cresciuto a dismisura il numero di impiegati amministrativi assunti dalle aziende sanitarie, che invece di alleviare le incombenze burocratiche le hanno ulteriormente appesantite, costringendo sempre di più i medici a trasformarsi essi stessi in impiegati, impegnati a districarsi tra mille procedure, per lo più del tutto inutili rispetto a quello che dovrebbe essere l'obiettivo primario del loro lavoro, ovvero sia curare il paziente.

La regionalizzazione della sanità, ha comportato inoltre una diseguaglianza della qualità dei servizi offerti, la creazione di cortocircuiti nella richiesta della prestazione, nella loro erogazione, con fenomeni di migrazione sanitaria oramai difficilmente gestibili e controllabili, imponendo ai pazienti spesso e volentieri dei veri e propri viaggi della speranza, spesso resi inutili da cavilli e norme differenti tra regione e regione.

La somma di queste criticità ha creato una situazione sempre meno sostenibile, con il progressivo allontanamento dei professionisti dal Servizio sanitario nazionale, ed un aumento della sfiducia dei pazienti, regalando al privato, spesso qualitativamente inferiore al pubblico, un aumento importante della quota di mercato.

L'impressione è che il mantenimento di questa situazione tenda a convincere i pazienti che la sanità pubblica sia costosa e dannosa, orientandoli pertanto verso la scelta di un modello di sanità privata, convenzionata o meno, nella speranza di ottenere una migliore offerta di servizi.

In questo quadro e in attesa di una più organica riforma, le misure urgenti che bisogna emanare con forza di legge sono le seguenti.

È necessario il ritorno ad un governo centralizzato del Servizio sanitario nazionale, riducendo il peso delle pressioni politiche sulle nomine dei dirigenti, tornando ad uniformare e a controllare il livello dei servizi sanitari offerti su tutto il territorio nazionale, lasciando alle Regioni la piena responsabilità solo delle scelte politiche e di sviluppo. Poiché secondo l'art.117 della nostra Costituzione la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente, l'unica strada per perseguire questo

obiettivo è quella di istituire un'Agenzia nazionale di controllo e governo a livello nazionale delle aziende sanitarie, posta sotto il controllo prevalente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. A tal fine si propone la trasformazione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) da semplice strumento di supporto e consulenza quale è attualmente, in strumento pienamente operativo e dotato di poteri d'intervento diretto. (Art.1)

Si deve equiparare gli stipendi di medici, tecnici ed infermieri alla media delle nazioni dell'eurozona (attualmente un medico italiano guadagna nel servizio sanitario nazionale circa 105000 euro l'anno, in Germania arriva a 188000 euro) per evitare la fuga all'estero di queste professionalità. (Art.2)

Con lo stesso principio si deve equiparare il numero dei posti letto alla media dei paesi dell'eurozona, tenendo anche presente l'età media della popolazione (attualmente in Italia i posti letto sono 3.1 per mille abitanti, in Germania 7.94 per mille abitanti, in Russia 12 per mille abitanti, in Giappone, dove l'età media della popolazione è simile a quella italiana, 12.8 per mille abitanti). In Italia tra il 2000 ed il 2020 sono stati persi quasi 80.000 posti letto e tutto questo è stato drammaticamente visibile durante la pandemia COVID19. (Art.3)

Per garantire l'effettività del diritto alla salute garantito dall'art.32 della Costituzione si devono definire e imporre tempi massimi per le liste di attesa per le prestazioni sanitarie in relazione alla gravità delle diverse patologie. Per raggiungere questo obiettivo, fino ad ora utopico, la proposta di legge prevede investimenti, l'introduzione di ticket sanitari per gli accertamenti non indispensabili in base al reddito degli utenti e, nelle situazioni di reale emergenza, l'utilizzo obbligatorio di tutte le strutture pubbliche e private disponibili, nonché la previsione di turni di lavoro continuato del personale addetto. (Art.4)

Va evitato che le prestazioni sanitarie siano viziate dall'applicazione di diversi standard tecnici, che, soprattutto nella sanità privata, possono essere ridotti per ragioni di profitto. Per questo si prevede che il Ministero e le strutture centrali del Servizio sanitario nazionale stabiliscano in maniera chiara questi standard che poi devono esser imposti su tutto il territorio nazionale. (Art.5)

La proposta di legge prevede che quanto disposto negli artt. 3, 4 e 5 venga attuato attraverso i nuovi poteri conferiti all'AGENAS, di concerto con il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) e con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oltre che con le singole regioni interessate.

Infine, utilizzando norme di legge proposte nelle precedenti legislature dall'Osservatorio sulla responsabilità medica, si affronta l'annosa questione della depenalizzazione della responsabilità medica, per ridurre il numero dei contenziosi, e combattere il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva", che alza i costi della spesa sanitaria. Si fa salva, ovviamente, la responsabilità civile degli operatori e delle strutture sanitarie pubbliche e private, imponendo assicurazioni obbligatorie, ma si limita la responsabilità penale solo ai casi di dolo, eliminando i casi di omicidio colposo o di lesioni personali colpose conseguenti all'attività sanitaria. (Art.6)

PROPOSTA DI LEGGE

(Misure urgenti per il sostegno della Sanità pubblica e il diritto alla Salute)

Art. 1

(Trasformazione dell'AGENAS in Agenzia nazionale per il controllo e il governo della sanità sul territorio)

1. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), istituita con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m.i., è trasformata in Agenzia nazionale di controllo e governo a livello nazionale delle aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure, di uniformità e adeguatezza su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, del valore tecnico e professionale di tutte le nomine effettuate. A tal fine l'AGENAS può intervenire direttamente sulle aziende sanitarie, impartendo direttive, disponendo controlli, offrendo supporto tecnico-scientifico, disponendone il commissariamento con provvedimento motivato in caso di gravi inadempienze.
2. Il Consiglio di Amministrazione dell'AGENAS è composto da cinque membri, di cui tre, tra cui il Presidente, di nomina della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e due di nomina del Ministro della Salute. Il Direttore generale dell'AGENAS è nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Ministro della Salute.
3. La nuova organizzazione dell'AGENAS è disposta con un decreto del Ministro della Salute, sottoposto all'approvazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Art. 2

(Equiparazione degli stipendi di medici e paramedici alla media dell'eurozona)

1. Il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, emana ogni anno un decreto per garantire che degli stipendi base di medici, tecnici ed infermieri della sanità pubblica siano superiori alla media delle nazioni dell'eurozona. La legge di bilancio garantisce le risorse necessarie nel Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

Art. 3

(Equiparazione del numero di posti letto alla media dei paesi dell'eurozona con riferimento all'età media della popolazione)

1. Il Ministro della Salute, sulla base dei dati forniti dall'AGENAS, ogni anno emana un decreto che stabilisce il numero di posti letto in relazione al numero degli abitanti e con riferimento alla distribuzione territoriale e all'età media della popolazione, in linea con la media delle nazioni della area Euro. La legge di bilancio garantisce le risorse necessarie nel Fondo sanitario nazionale.

Art. 4

(Definizione dei tempi massimi delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie)

1. L'AGENAS, di concerto con Consiglio Superiore di Sanità (CSS) e con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), stabilisce i tempi massimi delle liste di attesa per ogni singola prestazione sanitaria in relazione alla gravità delle diverse patologie.
2. L'AGENAS, di concerto con le Regioni e le aziende sanitarie, garantisce il rispetto effettivo di questi standard su tutto il territorio nazionale, disponendo i necessari investimenti, l'introduzione di ticket sanitari per gli accertamenti non indispensabili in base al reddito degli utenti e, nelle situazioni di reale emergenza, l'utilizzo obbligatorio di tutte le strutture pubbliche e private disponibili, nonché la previsione di turni di lavoro continuato del personale addetto. La legge di bilancio garantisce le risorse necessarie nel Fondo sanitario nazionale.

Art. 5

(Equiparazione degli standard tecnici obbligatori delle prestazioni nella sanità pubblica e nella sanità privata)

1. Il Ministro della Salute, sulla base dei dati forniti dall'AGENAS, dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), stabilisce con proprio decreto gli standard tecnici obbligatori delle diverse prestazioni sanitarie erogati sia dalle strutture pubbliche che da quelle private.
2. L'AGENAS, di concerto con le Regioni e le aziende sanitarie, controlla il rispetto di questi standard su tutto il territorio nazionale, disponendo il sequestro delle strutture inadempienti.

Art. 6

(Depenalizzazione della responsabilità medica)

1. Chi esercita professionalmente l'attività sanitaria diretta alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura della salute e dell'integrità fisica e psichica delle persone è personalmente responsabile ai sensi dell'articolo 1176, secondo comma, del codice civile.
2. Le strutture sanitarie pubbliche e private rispondono contrattualmente per i danni alle persone derivanti da prestazioni sanitarie, comprese quelle prestate in regime di intramoenia erogate dal proprio personale sanitario.
3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rispondono direttamente per i danni alle persone o alle cose derivanti dall'inadeguata organizzazione, dalle carenze o dalle inefficienze delle dotazioni o delle attrezzature delle stesse strutture sanitarie.
4. I soggetti di cui ai commi 1 e 2 hanno l'obbligo di stipulare un'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile in favore di terzi. I medesimi soggetti che non siano legati da un rapporto di dipendenza, di subordinazione o di preposizione con strutture sanitarie pubbliche o private hanno comunque l'obbligo di stipulare l'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile in favore di terzi.
5. Il danneggiato ha diritto a esercitare l'azione diretta per il risarcimento del danno subito nei confronti dell'impresa di assicurazione, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione di cui al comma 4.

6. La struttura sanitaria avvia un'azione di rivalsa contro il proprio personale sanitario responsabile del danno. Il nominativo dell'impresa di assicurazione e le clausole del contratto di assicurazione devono essere portati a conoscenza dei pazienti, attraverso opportuni strumenti informativi, da parte del personale sanitario e dei responsabili sanitari delle strutture sanitarie pubbliche e private.
7. Le disposizioni degli articoli 589 e 590 del codice penale non si applicano ai casi di omicidio colposo o di lesioni personali colpose conseguenti all'attività sanitaria svolta dai soggetti di cui ai commi 1 e 2 della presente legge.
8. I soggetti di cui ai commi 1 e 2 rispondono penalmente solo in caso di dolo.