DDL su ammodernamento del SSN

Data 20 novembre 2007
Categoria professione

Disegno di legge: Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008)

Il Consiglio dei ministri ha dato via libera al DDl sull'ammodernamento del SSN .

I) Nuovi principi per far crescere il sistema

Sono rivisitati e aggiornati i principi ispiratori del Ssn già individuati dalla legge del 1978 e dagli interventi normativi del 1992 e del 1999, in particolare:

1. è confermato il principio della dignità della persona in tutte le fasi della vita, anche quella terminale, con particolare attenzione alle implicazioni derivanti dalle applicazioni mediche
2. la tutela della salute si trasforma in assunzione globale di responsabilità di tutte le politiche pubbliche non sanitarie che influiscono direttamente sui determinanti dello stato di salute della popolazione;
3. è chiamata in causa anche la responsabilità della singola persona, quale artefice del proprio stile di vita e delle conseguenze di salute che ne derivano;
4. è rafforzata la centralità del territorio nella logica di sussidiarietà tra gli enti di governo del sistema
5. è introdotto il principio del governo clinico come modalità di coinvolgimento delle professioni sanitarie nelle decisioni sulla gestione dell'azienda o dell'ospedale
6.la partecipazione dei cittadini diviene strumento diffuso di verifica per un costante miglioramento continuo della qualità deiservizi
7. la valutazione diviene una funzione imprescindibile del Ssn a tutti i livelli di governo

Le novità più rilevanti
Il principio della dignità della persona è espressamente collegato al diritto a ricevere le cure più appropriate anche nelle fasi terminali della vita. Il disegno di legge si collega, in questo modo, sia con il dibattito in corso in Parlamento in materia di dignità del fine vita, sia con il più ampio confronto relativo alle implicazioni degli sviluppi etici della ricerca biomedica (ART. 1).
La responsabilità della tutela della salute esce dai confini del Ssn e diviene obiettivo delle politiche pubbliche non sanitarie, in coerenza con gli orientamenti espressi dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione europea. Attraverso la sistematizzazione di uno strumento adottato per la prima volta nel 2007 - il piano Guadagnare salute - le politiche pubbliche settoriali saranno orientate a influenzare i c.d. determinanti della salute. Al contempo i singoli individui sono richiamati, attraverso campagne di prevenzione mirate, ad adottare stili di vita salubri (ART. 2).
La centralità del territorio - pilastro del Ssn già dai primi anni Novanta - è adeguata alla riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione. In questa ottica le più rilevanti decisioni riguardanti il Ssn sono prese d'intesa con Regioni ed Enti locali, nella consapevolezza che lo sviluppo della sanità pubblica è concretamente garantito dalla condivisione degli obiettivi (ART. 6).
Il governo clinico chiude il processo di aziendalizzazione del Ssn: la buona sanità è il prodotto della convergenza fra manager attenti alla gestione delle risorse - come condizione imprescindibile per il governo del sistema - e professionisti a contatto quotidiano col bisogno di salute delle persone (ART. 7).
Ai fini di una effettiva realizzazione della partecipazione dei cittadini al funzionamento e al miglioramento del Ssn, il disegno di legge prevede che l'audit civico divenga strumento ordinario di valutazione e che un accordo tra Stato e Regioni individui le forme di partecipazione che ciascun livello di governo è tenuto ad assicurare (ART. 5).
La valutazione è strumento indispensabile per la governance del sistema, specialmente in un contesto istituzionale ispirato al decentramento territoriale entro il quale il governo nazionale elabora con l'ausilio delle Regioni indirizzi ed obiettivi e ciascun livello di governo è responsabile delle proprie scelte strategiche. Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati ad alimentare il Sistema nazionale di valutazione incaricato di misurare costantemente il rispetto dei livelli di servizio, la loro qualità, l'andamento dei conti del Ssn (ART. 3).

II) Gli strumenti di governo del SSN: una strategia nazionale per un più forte ruolo delle regioni

Il disegno di legge ridisegna l'impianto di governo del Ssn e rimodula gli strumenti che compongono in maniera coerente la cabina di regia del sistema:

il Piano sanitario nazionale;
gli accordi tra Stato e Regioni;
la programmazione regionale;
il Sistema nazionale di valutazione;
i poteri sostitutivi.

La programmazione nazionale diventa cornice di orizzonte temporale più ampio per definire in forma partecipata i target di salute del paese
Le priorità della programmazione nazionale sono attuate tramite accordi fra Stato e regioni che definiscono programmi di intervento per il raggiungimento degli obiettivi di salute
Il Sistema nazionale di valutazione monitora e verifica il livello di perseguimento degli obiettivi nazionali e regionali.
L'attivazione di poteri sostitutivi costituisce lo strumento di chiusura del sistema.

Si potenziano inoltre i luoghi della cooperazione tra Stato e Regioni:
l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali si configura con una missione e un quadro di obiettivi più chiari

Le novità più rilevanti
Lo strumento principale della programmazione sanitaria, il Piano sanitario nazionale, acquista un orizzonte di cinque anni rispetto ai quali individua i bisogni di salute della popolazione e definisce le linee di indirizzo generali.
Inoltre, il coordinamento con il Piano Guadagnare salute punta a fare convergere in modo integrato tutte le politiche pubbliche sul miglioramento dei determinanti della salute (ART. 2).
Le sinergie tra Stato e Regioni saranno fissate nell'ambito di specifici accordi che rispondono ai macro obiettivi dettati dal Piano sanitario nazionale.
Gli accordi intervengono prioritariamente nelle aree definite dal disegno di legge: erogazione dei LEA, programmi di prevenzione, ricerca, sviluppo della qualità, formazione, linee guida ecc. (ART. 2).
La programmazione regionale, in coerenza con il Piano nazionale e con gli accordi, definisce l'orizzonte di azioni, obiettivi e risorse delle singole Regioni.
La chiusura del sistema si realizza attraverso la verifica degli adempimenti previsti dagli accordi svolta dal Sistema nazionale di valutazione anche attraverso il network di soggetti che lo alimenta (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, all'Agenzia italiana del farmaco, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA ecc.) (ART. 3)...
... nel caso di inerzia delle Regioni si attiva il potere sostitutivo: un accordo tra Stato e Regioni stabilisce a monte quali impegni sono soggetti a verifica e quindi all'attivazione del potere sostitutivo, a riprova che il raggiungimento degli obiettivi di salute e/o di gestione di una singola Regione è interesse non solo dello Stato nella sua funzione di garante dell'unitarietà del sistema, ma anche delle singole Regioni (ART. 3).
Il disegno di legge fissa le competenze dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per (ART. 15):
promozione della qualità delle prestazioni e dei servizi resi al cittadino;
valutazione dell'impiego delle risorse in relazione alla qualità erogata;
monitoraggio e promozione della sicurezza delle cure e del rischio clinico;
promozione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa;
elaborazione di linee guida cliniche e di percorsi diagnostico-assistenziali

III) Qualità, appropriatezza e valutazione

Il disegno di legge orienta il modo di operare del Ssn verso gli obiettivi di qualità, appropriatezza e valutazione.
Tali principi devono essere agiti quotidianamente nell'azione di dirigenti, medici e operatori delle strutture sanitarie, ma queste pratiche diventano diffuse se il Governo nazionale si fa promotore di funzioni coordinate, aperte e partecipate da tutti i soggetti istituzionali volte a fornire un quadro nazionale di riferimento sui modelli, gli strumenti, le informazioni.
In questa ottica virtuosa - che interpreta in modo di essere del Governo nella cornice della riforma costituzionale federale - il disegno di legge prevede l'istituzione di due Sistemi nazionali di riferimento:

il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie;
il Sistema nazionale di valutazione del Ssn.

Le novità più rilevanti
Il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie nasce come funzione di coordinamento finalizzato a due obiettivi:

- stabilire le linee guida di riferimento per i percorsi diagnostico terapeutici;
- valutare l'impatto sanitario ed economico dell'introduzione di nuovi dispositivi medici e nuove tecnologie sanitarie.

Attraverso il Sistema nazionale linee guida si promuove in maniera diffusa il miglioramento continuo della qualità nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche in riferimento ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici ed errori clinici, alle patologie più complesse, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi.
Per raggiungere questo obiettivo il Sistema nazionale linee guida si organizza come sede di collegamento e coordinamento tra il Ministero della salute, le Regioni, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro, l'Agenzia italiana del farmaco, il Coordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il Consiglio superiore di sanità, la Commissione unica dei dispositivi medici, la Commissione nazionale sull'appropriatezza, della Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri (ART. 17).
Il Sistema nazionale di valutazione del Ssn si configura, a sua volta, come il cruscotto nazionale attraverso cui monitorare e valutare lo sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate dalle strutture sanitarie e gli andamenti economici del sistema. Il Sistema nazionale di valutazione deve svilupparsi come la sede nella quale sono presenti tutte le informazioni che riguardano l'evoluzione del Ssn, in riferimento alle caratteristiche quantitative e qualitative delle prestazioni garantite, all'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata, all'evoluzione dei modelli organizzativi dei servizi ecc. (ART. 3). Il Sistema nazionale di valutazione viene pertanto alimentato di informazioni

provenienti da tutti i soggetti del Ssn, tanto che la sua stessa progettazione viene effettuata attraverso modalità negoziate con le Regioni.

IV) Il cittadino conosce, partecipa, valuta

Con il disegno di legge il Ssn si avvicina al cittadino perché anche il cittadino si avvicina alle strutture ed ai servizi sanitari con funzioni di valutatore.
Da un lato, attraverso l'accesso alla rete di call center, pagine web, informazioni telematiche il cittadino e le organizzazioni cui partecipa accedono in forma più consapevole (e quindi più rapida ed efficace) ai servizi e alle prestazioni che il Ssn gli garantisce.
Dall'altro, attraverso tale migliore conoscenza il cittadino, in forma singola o associata, concorre a meglio definire e implementare le diverse politiche sanitarie o anche solamente una parte dei servizi sanitari con i quali è entrato in contatto

Le novità più rilevanti
Con la predisposizione del Patto per la partecipazione alla tutela del diritto alla salute si siglano gli impegni di reciprocità che le strutture del Ssn devono attivare per garantire forme e modalità di auditing civico e pubblicità dei risultati di valutazione
Le informazioni che i singoli pazienti o le organizzazioni di tutela dei diritti forniscono alle aziende consentono ad esse di alimentare il circuito di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza e, a livello più aggregato, vanno a fornire di contenuti sempre più completi il quadro di controllo nazionale previsto con il Sistema nazionale di valutazione del Ssn (ART.5).

V) Gli strumenti di governo dell'azienda: direttori generali e medici cooperano nella direzione delle aziende

La trasformazione in senso aziendale del Ssn ne ha caratterizzato l'evoluzione a partire dal 1992. La scelta del modello aziendale viene oggi confermata ma si arricchisce di risvolti nuovi e coerenti con l'aggiornamento dei principi fondamentali del Ssn: all'azienda, sede più efficace ed efficiente di erogazione delle prestazioni sanitarie, è necessario ricondurre il contributo dell'esperienza clinica (medici ed altri operatori) e di governo del territorio (sindaci).

Le novità più rilevanti
Il governo clinico si traduce in un meccanismo di gestione dell'azienda. Il collegio di direzione, espressione della globalità delle professioni sanitarie, diviene organo dell'azienda incaricato di esprimere un parere obbligatorio su alcuni rilevanti momenti della vita gestionale dell'ente: l'atto aziendale, i programmi di ricerca e formazione, la contrattazione aziendale, la formazione del personale, le modalità di esercizio della professione intramuraria (ART. 7).
Il collegio di direzione è composto da: direttore sanitario e direttore amministrativo, direttori di distretto, direttori di dipartimento e di presidio, responsabile del servizio infermieristico, rappresentante dei medici di medicina generale e rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati.
Il disegno di legge consolida le fondamentali articolazioni delle aziende sanitarie (i dipartimenti e i distretti) e degli ospedali (i dipartimenti). I dipartimenti operano secondo un criterio di omogeneità di area d'intervento, i distretti come articolazioni territoriali dell'azienda. Il disegno di legge chiarisce quale sia la responsabilità di tali strutture stabilendo un legame chiaro tra obiettivi e risorse e consentendo ai direttori di dipartimento e di distretto di operare in una condizione di "autonomia negoziata" con il direttore generale
(ARTT. 9, 11, 12).
Centrale è altresì l'integrazione dell'azienda nello spazio territoriale entro cui opera, per tale ragione il disegno di legge (ART.4):

- rafforza il legame tra l'azienda sanitaria e le amministrazioni locali, che non si limitano a partecipare alla fase ascendente della programmazione delle attività sul territorio, ma dispongono di una risorsa in più, l'individuazione di una prassi standard di public review attraverso la quale il direttore generale dovrà, periodicamente, rendere conto dello sviluppo delle attività gestionali e del loro impatto sul territorio.

- Dall'altro lato si intensificano gli sforzi per potenziare l'integrazione dei percorsi assistenziali, partendo dall'impegno a definire ambiti territoriali coerenti per l'assistenza sociale e sanitaria, passando per l'affidamento congiunto di servizi (piattaforme appaltanti uniche Asl/Comuni) e chiudendo con la definizione di percorsi di accesso nella rete dei servizi e di presa in carico coordinati tra loro.

VI) Nuove regole per scegliere manager e primari competenti e con procedure alla luce del Web

Al fine di rendere più rigorose le procedure di selezione delle migliori competenze per i ruoli apicali delle aziende sanitarie e ospedaliere sono introdotte misure volte a garantire la trasparenza delle valutazioni e l'efficacia della rendicontazione dell'operato dei direttori generali nei confronti di amministratori locali e organizzazioni di cittadini.

Le novità più rilevanti
Il procedimento di nomina dei direttori generali delle aziende si caratterizza per una forte spinta alla trasparenza. Dall'attuale massima discrezionalità del vertice politico della Regione si passa ad un modello diviso in due fasi (ART. 8).

- Nella prima è garantita la valutazione tecnica dei CV orientata a individuare i candidati più idonei a realizzare le strategie aziendali. Tale valutazione è effettuata da una commissione di tecnici: un direttore generale già in servizio, il dirigente apicale dell'amministrazione regionale, un docente universitario in materia di management. La commissione

individua la terna dei migliori candidati.
- Nella seconda si svolge la decisione del Presidente della Regione, che tuttavia è tenuto a scegliere uno dei migliori CV selezionati dalla commissione tecnica. In questa maniera si salvaguarda il margine di discrezionalità della politica senza compromettere la selezione tecnica delle professionalità.
La procedura si svolge alla luce del sole, poiché i CV dei candidati sono pubblicati on line e gli esiti della valutazione tecnica devono essere trasmessi al Sistema nazionale di valutazione e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ART. 8).
Anche il procedimento di nomina dei medici dirigenti di struttura complessa (i primari) si ispira al medesimo regime di trasparenza (ART. 13).

- Con bando pubblico viene data comunicazione della vacanza del posto.
- I CV dei candidati sono pubblicati su internet.
- Una commissione di selezione presieduta dal direttore sanitario dell'azienda, e composta da primari della stessa branca estratti a sorte dall'elenco di quelli operanti nella Regione interessata, individua la terna dei migliori candidati.
- Il direttore generale nomina con motivazione scritta all'interno della terna di nomi selezionata dalla commissione.

VII) Il medico specialista di domani

Lo specialista del futuro acquisisce formazione teorico pratica, guidato da un tutor e avendo a disposizione un network formativo articolato. Teoria e pratica sul campo viaggiano insieme, attraverso la partecipazione attiva a momenti di approfondimento sulla specializzazione che si intende conseguire. Questo percorso formativo - certificato sulla totalità della attività formativa - costituisce requisito per l'ammissione alla prova finale.

Le novità più rilevanti
Formare lo specialista del futuro deve implicare la partecipazione diretta del medico in formazione a tutte le attività mediche: dalla medicina preventiva al pronto soccorso. Con assunzione di responsabilità nei compiti assistenziali ed esecutivi secondo le linee guida del tutor che accompagna il processo formativo.
Durante la formazione diviene obbligatorio per lo specialista la partecipazione ad approfondimenti teorico pratici per la specializzazione che si intende conseguire attraverso seminari, stage, confronti periodici sull'esperienza formativa.
L'attività professionalizzante ha a sua disposizione la rete formativa costituita da: strutture universitarie, sedi ospedaliere ed extra ospedaliere afferenti alla specializzazione che si intende conseguire. Si viene a disporre, in tal modo, di un network nel quale lo specializzando consolida la propria preparazione, attraverso un percorso di learning by doing che il tutor individuale certifica quale titolo per l'ammissione alle prove ed alla discussione delle tesi di specializzazione.

VIII) Esclusività del rapporto di lavoro

Fidelizzazione al sistema, al cittadino, alla propria crescita professionale.
L'esclusività di rapporto costituisce allo stesso tempo un impegno e una opportunità:
assicura la presenza costante e continuativa del personale medico nelle strutture ospedaliere per offrire maggiore tutela alle esigenze di cura dei pazienti;
favorisce un più ampio ambito di esercizio della professione attraverso quella libera ed intramuraria per rafforzare la libertà di scelta del medico verso cui si ha fiducia;
consente di onorare gli impegni assunti nei contratti di lavoro sottoscritti verso il Ssn per la durata dell'impegno avendo comunque a disposizione la libertà di scelta professionale dopo aver concluso il periodo dell'incarico di responsabilità.

Le novità più rilevanti
Chi dirige una struttura complessa deve avere l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale.
Anche chi dirige strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale deve avere l'esclusività del rapporto per la durata del suo incarico.
Per altri incarichi dirigenziali è consentito, al termine dell'impegno assunto, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa.
A tutti è consentita la libera professione intramuraria con assunzione di responsabilità e di modalità organizzative dalla struttura verso il medico e dal medico verso la struttura (ART. 16).

IX) Verso una nuova salute del territorio: migliore assistenza primaria e più integrazione socio-sanitaria

Il miglioramento della medicina territoriale è un obiettivo centrale del disegno di legge. Solo quando le persone coglieranno concretamente l'avanzamento in termini di qualità e presenza della rete della medicina di base, si potrà riequilibrare il rapporto con la sanità ospedaliera. Quindi l'obiettivo è di realizzare delle reti che, salvaguardando gli studi dei medici generali, concentrino in strutture del territorio che diventano immediatamente percepite dalla cittadinanza (le Case della salute), la continuità dell'assistenza ambulatoriale, tutti i giorni della settimana, 12 ore al giorno, e l'assistenza medica domiciliare - anche pediatrica - sempre senza interruzione.
Il potenziamento dell'assistenza primaria con le nuove reti di medici di famiglia fa da piattaforma per un'operazione ancora più ambiziosa sull'integrazione socio-sanitaria. Perché una salute del territorio organizzativamente più robusta, permette di integrarsi in maniera più efficace con le reti territoriali dei servizi sociali.
Nella medesima ottica di definire la rete di servizi territoriali più completa possibile, acquista significato anche l'ampliamento delle funzioni delle Farmacie che, in quanto tradizionale presidio territoriale, ampliano la propria gamma di attività all'assistenza domiciliare integrata, alle analisi di laboratorio, al monitoraggio sui farmaci prescritti.
I cittadini, specie le persone con problemi di cronicità, devono essere presi in carico all'interno di un percorso di cura e

assistenza unitario. Le molte risposte di cui necessita un problema così complesso (risposte mediche, sociali ed economiche) non devono essere composte insieme dal paziente o dalla sua famiglia, ma devono entrare tutte in una modalità di presa in carico globale, attraverso sportelli unici ed équipe muiltidisciplinari. Questo è l'obiettivo fondamentale della strategia del disegno di legge.

Le novità più rilevanti
Vengono costituite le Unità di medicina generale e le Unità di pediatria come strutture organizzative di almeno 15 medici per una platea di assistiti di almeno 15.000 persone (ART. 6).
Le Unità di medicina generale garantiscono l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza domiciliare continua, diurna e notturna (ART. 6).
Le Unità di pediatria assicurano l'assistenza ambulatoriale tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza notturna, prefestiva e festiva in collaborazione con le Unità di medicina generale (ART. 6).
Le Regioni, per trovare soluzioni organizzative adeguate ad assicurare la presa in carico integrata del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso di cura e di assistenza (ART. 4):

rendono coerenti il disegno dei distretti sanitari e degli ambiti territoriali sociali;
sviluppano una programmazione unitaria per le prestazioni ad alta integrazione;
verificano che quando i servizi relativi alle prestazioni integrate sono affidate in outsourcing, si svolgano gare uniche di ASL e comuni.

Le Farmacie attivano le seguenti specifiche funzioni (ART. 21):

supporto all'assistenza domiciliare integrata per i pazienti residenti nell'ambito della sede farmaceutica;
analisi di laboratorio di prima istanza (esclusa l'attività di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe);
supporto all'attività del medico di medicina generale ai fini del monitoraggio dell'utilizzazione dei farmaci prescritti;
educazione sanitaria al pubblico.

X) Sicurezza delle cure, risarcibilità degli errori medici e lotta alle truffe

Anche se i casi di errore medico sono statisticamente rari, essi provocano, specie nei casi più drammatici, un diffuso timore che incide sui comportamenti dei pazienti e dei medici.
Per questo il disegno di legge individua un pacchetto di norme finalizzate a massimizzare il controllo su ciascun evento avverso, a favorire la denuncia degli errori da parte degli stessi operatori, in modo da perfezionare ogni procedura di lavoro, infine a mettere i cittadini in condizione di ottenere in tempi rapidi l'indennizzo nel caso di un danno subito.
Sicurezza del sistema significa anche espellere dalla rete del Ssn gli operatori privati accreditati, estendendo a questi il meccanismo già previsto per farmacisti e medici convenzionati.

Le novità più rilevanti
Il disegno di legge si occupa della c.d. "messa in sicurezza del paziente", al fine di ridurre il potenziale margine di errore presente in ogni prestazione o intervento nel campo dell'assistenza sanitaria. La gestione del rischio clinico, ossia dell'errore che provoca un danno alla salute del paziente, diviene una delle funzioni attribuite alle aziende. A questo scopo le Regioni creeranno le condizioni ottimali affinché in ogni struttura sanitaria siano previsti organismi appositamente dedicati, dotati di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento ed per il monitoraggio nel tempo (ART. 17).
Gli enti territoriali dovranno altresì assicurare nei "luoghi delle cure" un servizio di ingegneria clinica unicamente riservato all'accertamento dell'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, ad esempio prevedendo procedure di accettazione e collaudo di apparecchi e impianti, sottoponendo gli stessi a manutenzione preventiva e correttiva (ART. 17).
Il disegno di legge affronta il tema della c.d. medicina difensiva. Si tratta di un fenomeno sempre più frequente che ha conseguenze potenzialmente gravi per la qualità e i costi dell'assistenza sanitaria. Esso consiste nella scelta di una condotta professionale che sia al riparo da rischi o da eventuali danni, anche a scapito del perseguimento dell'interesse del paziente. Nella migliore delle ipotesi ciò comporta la prescrizione di prestazioni o accertamenti diagnostici inutili, nella peggiore il rifiuto di curare taluni pazienti o alcune patologie. Con l'obiettivo di contrastare tale fenomeno il disegno di legge estende la responsabilità civile per la condotta del personale medico e non medico alla struttura sanitaria di appartenenza e prevede che le Regioni provvedano a regolare la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Ssn (ARTT 18, 19).
Il disegno di legge prevede che laddove il titolare o il direttore sanitario di una struttura accreditata sia condannato, con sentenza passata in giudicato per il reato di truffa, con danno patrimoniale a carico del Ssn, venga dichiarata la sospensione dell'accreditamento fino a sei mesi o, in caso di recidiva, la decadenza definitiva. La decadenza scatta se, anche in prima condanna, sia stato accertato un danno d'importo pari o superiore a un decimo del tetto annuale di spesa fissato per la struttura interessata. La norma completa il quadro di garanzie già reso operante con la finanziaria per il 2007 per quanto riguarda le farmacie ed i medici convenzionati (ART. 10).

Per leggere il testo integrale del Disegno di legge clicca qui:
http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads.asp?id=282

Fonte: Ministero della Salute

Avvertenza: Il testo riporta stralci del DDL e non rispecchia necessariamente il punto di vista della redazione, che per certi aspetti è fortemente critico verso il tono trionfalistico, le aspettative di fidelizzazione alla causa, tanto in voga nel

ventennio, le indulgenze modaiole ai lemmi telematici, che fanno tanto in e chic, le concessioni al politically correct, le derive ora ideologiche ora oniriche, le strizzatine d'occhio consumistiche degli esami in farmacia, le prospettazioni di un cittadino ora consumatore-valutatore di servizi sanitari, come si trattasse di lavatrici, ora da prendere in carico... globalmente.