



5 febbraio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Referto nella scheda assistito dei mmg: è disputa sui rischi legali

Far pervenire i referti dei pazienti direttamente nelle schede assistito archiviate nei gestionali dei medici di famiglia, come avviene in Emilia Romagna e in Trentino: lo chiedono i medici Snam presenti giorni fa all'incontro con il Direttore generale sanità lombardo **Walter Bergamaschi**. Dall'incontro è emerso che l'88% dei referti è in rete in 5 giorni, il 60% dei pazienti lombardi consulta i propri esiti in rete ma tra i mmg solo uno su nove apre referti giornalmente, la media ne apre meno. La richiesta dei colleghi per **Mauro Martini** - responsabile medicina generale di Sumai-Intesa sindacale - è pericolosa. «Oggi quando il referto è inviato, il medico può o meno leggerlo. Se apre il file, sia lui sia il sistema sanno che ha letto i dati e se un dato è sballato il paziente va avvertito, se c'è una complicazione va presa in carico pena potenziali rischi medico-legali. Noi mmg lombardi oggi abbiamo margini nello scegliere se e chi ha bisogno di noi. Ove il referto invece entrasse nella scheda il sistema sa che il mmg può leggere tutti i dati e il medico è tenuto a prendere in carico potenzialmente tutti i pazienti di cui gli s' invia informazione. Un paziente con un valore di 80 mila piastrine entro 2 ore deve essere avvisato. Oggi tengo nota io di chi attenzionare, in Trentino no». «Non credo che il referto diretto sulla scheda possa portare rischi medico legali. A parte che non è possibile per noi passare altre quattro ore al giorno ad aprire tutti i referti - replica il presidente Snam lombardo **Roberto Carlo Rossi** - se il rischio medico legale esiste, c'è già ora e non distingue tra i medici che oggi non aprono le e-mail con il pdf e quelli che domani non apriranno le schede assistito (magari con un testo, si auspica, più fruibile); infatti seguendo il ragionamento se io oggi rifiuto di scaricare le e-mail con referti sono ancora più colpevole, avendo uno strumento di cura che non uso». L'unico modo per mettersi al sicuro è per Rossi «trovare un meccanismo di allerta condiviso per attenzionare i referti con il dato sballato che chiedono un intervento urgente. Occhio, non mi contento della dicitura "urgente" utilizzata da qualche ospedale, non riferita alle condizioni del paziente. Esami da considerare e relativi scostamenti gravi andrebbero concordati da medici e Regione: una Pcr aumentata in genere è meno "sensibile" di un'emoglobina a terra, e quanto deve dirlo la professione».

Mauro Miserendino

Bianco a Rossi: nessun fine promozionale da visite Sanofi in Omceo

«Sono altrettanto esterrefatto». Così, con "amichevole franchezza", il leader Fnomceo **Amedeo Bianco** replica a **Roberto Carlo Rossi**. Il leader dell'ordine dei medici di Milano aveva criticato una lettera del segretario Fnom Luigi Conte ai presidenti di Ordine in cui li si invita a predisporre la distribuzione del manuale Nuovo Roversi ai neoabilitati della sessione d'esame di stato (in programma oggi) ed "eventualmente" a ricevere un rappresentante dell'azienda farmaceutica Sanofi, proprietaria dell'opera "curata da 110 autorevoli clinici". Le critiche di Rossi attingono all'opportunità di far sedere in consiglio dell'ordine (in genere chiuso al pubblico) un "informatore" farmaceutico, e al fatto che ricevere negli Omceo un rappresentante dell'industria possa introdurre nei giovani medici sospetti di infrazione al codice deontologico da parte proprio di quegli ordini che sono chiamati a farlo rispettare. «Questa interpretazione della nota - scrive Bianco - è del tutto estranea alla cultura e alla prassi di ognuno di noi, Presidenti come Te. Averla pubblicamente rappresentata è una lettura delle intenzioni e dei fatti a dir poco forzata e al limite del grottesco. La disponibilità a ricevere un rappresentante Sanofi (non un informatore) ha il fine di sottoporre alla valutazione autonoma di ciascun ordine che lo ritenga l'opportunità o meno di avvalersi dell'omaggio». Bianco afferma che l'iniziativa era stata illustrata ai 106 presidenti d'ordine che costituiscono il consiglio nazionale, incluso Rossi. E sottolinea, sottendendo un'avvenuta vigilanza della Fnom sui contenuti del Manuale, che il comitato centrale oltre a tempi e modalità dell'iniziativa si è impegnato a definire l'editing del testo «che come si può facilmente constatare è privo di qualsiasi inserto promozionale, nel rispetto della nostra deontologia». Per Bianco il rilievo di Rossi nulla aggiunge al patrimonio di valori etici e deontologici "immanenti e determinanti in ogni nostra scelta", Piuttosto, alimenta una polemica "leggera" in un contesto delicato su un merito "inesistente".

Mauro Miserendino

Esperti Nisan: a Patto Salute non si parla di veri costi standard

«I costi standard di cui si parla al tavolo governo regioni non sono veri costi standard. Fanno riferimento a prezzi sostenuti dalle regioni con la più bassa spesa pro capite e partono dal dato di spesa storica degli anni precedenti, che è fuorviante perché - in tempi di crisi - porta le Amministrazioni a tagliare sia sui servizi inefficienti sia su quelli efficienti e sugli investimenti. I veri costi standard indicano il consumo di risorse calcolato sul prodotto sanitario "in loco": visite, ricoveri, interventi; e vanno analizzati evento per evento per ricostruire la variabilità di una patologia e tutte le altre variabili che possono portare inefficienze e sprechi da rimediare.

Questo lo fanno solo poche strutture». La provocazione arriva da Adriano Lagostena direttore generale dell'Ospedale Galliera di Genova e coordinatore del Network Italiano Sanitario (NISan), che mette le proprie "medie" per tipologie di prestazione a disposizione di un gruppo crescente di Asl e ospedali – ormai una ventina. NISan nasce dall'idea di quattro istituzioni – Galliera, Provincia di Bolzano, Irccs Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo e Asl Rovigo –che dal 2007 conferiscono in una banca dati i propri costi effettivi di personale, apparecchiature, farmaci etc, prestazione per prestazione e li confrontano con la media dei costi sostenuti nelle altre strutture iscritte per verificare sacche di spreco ovvero di efficienza. Obiettivo: migliorare i bilanci evitando di penalizzare le eccellenze. Sei anni di ricerca sono serviti a scoprire che un terzo delle spese (dal 18 al 40%) è riconducibile alla macchina organizzativa e non all'attività sul paziente, in un contesto in cui i direttori generali durano troppo poco per godere dei frutti di una puntuale analisi dei costi. «Guardando solo la spesa, se una struttura spende 110 e un'altra 100, si dice alla prima di tagliare il 10% ma senza analizzare se fa interventi più difficili o sostiene più complicanze. Per questo – spiega Alberto Pasdera, direttore scientifico NISan- un'analisi corretta dei costi non può prescindere dal caso per caso e dalla banca dati. Quella Nisan è la terza d'Europa dopo Gran Bretagna e Germania. Peccato che l'Italia con l'Albania è l'unico paese sviluppato a non applicare i costi standard nella distribuzione delle risorse, a partire dalla conferenza stato-regioni, anche se la legge 133/2008 specifica che le tariffe delle prestazioni sanitarie devono discendere dall'analisi di questi costi».

Mauro Miserendino