



La cartella clinica tra obbligo e reale necessità

A pensarci, viene in mente il famoso detto: "Hai voluto la bicicletta, adesso pedala". Per quanto una cartella clinica possa essere utile, un medico libero professionista non ha e non può avere alcun obbligo di approntare, aggiornare e conservare una cartella clinica per ogni suo paziente. Ma se accetta un rapporto preferenziale o esclusivo con un ente assicurativo privato o pubblico, se nel pacchetto la tenuta della cartella clinica è prevista da contratto, le cose cambiano e il medico è obbligato a tenerla. Fin qui è tutto chiaro e dovrebbe anche essere chiara l'allusione al nostro rapporto di convenzione con l'assicuratore pubblico, cioè con il Ssn. Però i nostri sindacati, quando hanno accettato per noi l'obbligo di costituirsi in "fulcro" del sistema sanitario italiano - col relativo obbligo di far passare da noi tutta la vita sanitaria dei pazienti, con il corollario che di tale vita dovevamo prendere nota per uso nostro e altrui - avrebbero dovuto far presente che, se la compilazione di una cartella clinica è atto medico, la sua conservazione non lo è. Per la conservazione delle cartelle cliniche, e gli ospedali pubblici e privati lo insegnano, è necessaria un'organizzazione amministrativa che ha costi che possono arrivare al cinquanta per cento dei compensi pagati dal Ssn ai medici massimalisti. È quindi evidente che il ruolo di "fulcro", non solo accettato, ma anche "voluto" dai nostri sindacati, avrebbe dovuto comportare un notevole incremento dei nostri compensi, e un incremento *ad hoc*, da non confondersi con gli incrementi dovuti per altre prestazioni o per l'adeguamento al costo della vita. Tutto questo non è avvenuto e i sindacati hanno sbandierato il ruolo di "fulcro" assegnato ai medici di famiglia come una conquista di qualcosa voluto da noi, a prezzo di dure battaglie condotte da loro. A questo punto forse dovremmo modificare il detto citato in apertura: "La parte pubblica scaltra e sorniona

ha voluto la bicicletta? I nostri sindacati gliel'hanno data? E adesso noi pedaliamo!" E tra le varie salite su cui dobbiamo arrancare pedalando ci sono appunto tutte le complicazioni burocratiche che derivano dal nostro essere "banca dati", ancorché gratis, per i pazienti e per il Ssn. Mi riferisco per esempio all'obbligo di mettere in atto una lunga e complicata serie di procedure per la conservazione dei dati dei nostri pazienti, così da evitare che possano andare perduti o cadere nelle mani di persone non autorizzate. Non ottemperare a questo obbligo e al vincolo di comunicare il relativo piano alla competente autorità comporta sanzioni di non poco conto. Ma da dove derivano tutte queste complicazioni? In ultima analisi derivano proprio dalla nostra presunzione di costituirsi depositari di vita, morte e miracoli dei nostri pazienti, referenti unici delle loro *res gestae* sanitarie. A suo tempo questa può essere sembrata una strategia vincente, necessaria per conservarci in vita, per dare un senso all'esistenza del medico di famiglia, per trovare un ruolo da svolgere. In realtà però questo ruolo in molte Regioni è già scomparso quasi del tutto. Sicuramente è scomparsa la necessità di depositare nei nostri personal computer i dati dei nostri pazienti, considerato che per ogni ricovero, per ogni visita, per ogni esame di laboratorio o di diagnostica per immagini eseguiti presso strutture pubbliche o convenzionate esiste o dovrebbe esistere la relativa documentazione informatica negli archivi computerizzati della Asl. L'obbligo convenzionale di aprire, aggiornare e conservare una cartella clinica per ogni nostro paziente, macroscopicamente disatteso quando, prima dell'era informatica, poteva avere un senso logico e pratico, adesso che non ha più senso alcuno trova conferma non solo a ogni rinnovo di convenzio-

ne, ma addirittura in leggi e circolari di varia origine e natura. Dato il carattere dello studio del Mmg, gestito per lo più da un unico professionista, senza personale amministrativo e senza una continuità organizzativa, se da un lato l'inviolabilità dei dati è quasi garantita *ipso facto*, dall'altra pretendere che tali dati siano conservati in modo tale da poter essere accessibili al paziente, a terzi da lui autorizzati o dal Ssn è incredibilmente ingenuo. È evidente che la conservazione, l'integrità e l'accessibilità dei dati può essere garantita solo da un loro deposito presso banche dati costituite presso enti pubblici o privati con un alto livello organizzativo, quel livello che non abbiamo e non possiamo permetterci. Però siamo ugualmente tenuti non solo a creare una nostra banca dati a prova di bomba, ma anche a stendere entro il 31 marzo di ogni anno un Documento Programmatico di Sicurezza, a norma del DL 196/2003 e a "validarlo con data certa" presso un notaio o un ufficio postale. Stendere il DPS è facile per chi possiede un ufficio archivio, ma per la maggior parte dei Mmg è il cane che si morde la coda: non possediamo un ufficio archivio perché non possiamo permettercelo e quindi dobbiamo fare da noi le cose che sarebbero di competenza dell'ufficio archivio, ammesso che sappiamo come fare. E se non sappiamo come fare ci sono - pronti ad aiutarci dietro lauto compenso - commercialisti, ragionieri, ditte di informatica e faccendieri vari. Credo che sia chiaro che siamo arrivati al limite: cornuti e mazziati. *Quo usque tandem abutere Catilina patientia nostra?*

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Errata corrige

In riferimento al titolo dell'articolo: "Il comunicato congiunto dei sindacati, Fimmg, Shami, Smi", relativo alla protesta contro il blocco dell'accordo di governance 2009 tra l'Asl di Milano, Mmg e Pls, pubblicato su *M.D.* numero 19 - 27 maggio 2009 - a pagina 13, precisiamo che nel titolo è stata involontariamente omessa la sigla del Sindacato Medici Insieme (S.I.M.I.) che ha aderito alla protesta e ha confermato il comunicato sindacale.

Dipendenza? Una opportunità dal sapore utopico

Da indagini statistiche si rileva che, in Italia, il cittadino è sempre più insoddisfatto del Ssn. Non si conoscono però indagini simili che, al contrario, riportino il pensiero dei medici e dei Mmg in particolare. Oggi il Mmg ha raggiunto il massimo della demotivazione. Chi abbia operato in questo settore per tanti anni non può non avvertirlo. Si dice che la società è cambiata, sono cambiati gli stili di vita, i rapporti umani, ecc. Tali cambiamenti, evidentemente in negativo, non potevano non infarcire tutto ciò che ci circonda e, quindi, anche la sanità, il rapporto medico-paziente, l'approccio alle malattie. Le persone sembrano meno propense a lasciarsi guidare, credono molto a quanto proclamato dai media, sono convinte che la solu-

zione risiede solo e comunque nei farmaci e che la prevenzione sia solo strumentale e non si contempli invece in un corretto stile di vita e nei sani comportamenti. Il Mmg è sempre più solo, sovraccaricato da burocrazia e diktat normativi. Non è più libero nelle scelte terapeutiche, perché tutto o quasi è in funzione del risparmio, della logica del budget e del marketing.

Come ridarci dignità? L'ex ministro della sanità Livia Turco a suo tempo aveva paventato per i Mmg l'ipotesi della dipendenza. La proposta fu subito avversata dai sindacati. In realtà tale proposta, seppure utopica, avrebbe aperto nuovi insperati spiragli. Il Mmg non avrebbe avuto soltanto doveri, ma anche diritti che oggi non ha. In poche parole, il suo ruolo nella sanità sarebbe stato equiparato agli ospedalieri con, ovviamente, tutti gli oneri relativi. Il punto saliente sarebbe stato lo sdoganamento del filo improprio che lega ogni paziente al proprio Mmg. Lo scioglimento di questo rapporto obbligato avrebbe fatto acquistare al professioni-

sta un maggior *peso specifico* nei confronti del malato e la possibilità di migliori scelte terapeutiche consapevoli e ragionate. Sarebbe caduto, inoltre, un altro fattore improprio: una retribuzione corrispondente al numero di pazienti in carico. Non è giusto che un Mmg all'inizio della professione debba guadagnare in modo irrisorio, soltanto perché ha pochi assistiti. L'equiparazione a dipendenti avrebbe consentito uno stipendio base uguale per tutti, con una progressione della retribuzione in funzione dell'anzianità lavorativa. Questa ipotesi avrebbe potuto favorire una migliore utilizzazione delle risorse, una razionalizzazione del sistema, una utilizzazione dei medici a seconda delle necessità in vari settori di pubblico intervento (mobilità), misure diagnostiche più celeri, perché il medico avrebbe operato in ambulatori messi a disposizione dalle Asl, assicurando una copertura assistenziale di 24 ore con turni di otto ore.

Carlo Padula

Medico di medicina generale, Fondi (LT)