

Milano - MAURO MISERENDINO

Che accadrebbe se ogni medico di famiglia dovesse inviare al ministero dell'Economia ogni dato prescrittivo e anamnestico relativo al paziente che lo ha scelto? Quanto durerebbe il rapporto fiduciario? Sono domande ormai ricorrenti dacché la convenzione ha istituito l'obbligo dei flussi informativi. E la società italiana di telemedicina e sanità elettronica (Sit) - non certo una potenza oscurantista sui temi dell'informatica - le ha girate di fatto alla Sisac (controparte dei sindacati alla trattativa convenzionale), agli ordini e alla Federazione delle società scientifiche (Fism). La Sit, guidata da Gianfranco Gensini ordinario all'Università di Firenze, ha prodotto due documenti preoccupati nei confronti della preintesa. Da una parte c'è una riflessione sulle cure primarie che dice sì all'informaticizzazione e ad ogni miglioramento strutturale, organizzativo, tecnologico dell'azione del medico, ma teme la sostituzione del rapporto medico-paziente con un ipotetico rapporto paziente-struttura - sia quest'ultima l'aggregazione territoriale/équipe o la più consistente unità di cure primarie con sede principale - perché porterebbe a un'ospedalizzazione del territorio e a un'induzione di prestazioni (si veda box). Dall'altra parte, però, c'è soprattutto un documento critico nei confronti degli articoli 5 e 6 della preintesa (flussi informativi e ricetta elettronica) che ricorda come l'ultima convenzione, fino a prova contraria, imponga al medico di famiglia di comunicare all'Asl e al ministero dell'Economia prescrizioni e certificati oltre a dettagliare bene la ricetta. Entrambi i documenti - condivisi con la società Promed Galileo, guidata dal generalista Luca Puccetti, e messi sul sito www.fimmgroma.org - stanno facendo discutere il mondo medico. Di mettere il codice ICD9 nella ricetta e far viaggiare in rete i dati con il nome dell'assistito lo impone, prima ancora della nuova convenzione, il decreto della presidenza del consiglio dei ministri del 26 marzo 2008. Il Dpcm ispirato dal ministro dell'Innovazione nella pubblica amministrazione Renato

Monito della Società di telemedicina: le norme pro-privacy vietano di citare codice ICD9 e dati dell'assistito

# Inopportuna la diagnosi in ricetta

## La Fimmg dice no, ma la impone un decreto del 2000

Brunetta (undici pagine concluse da un disciplinare tecnico) dice che il medico deve trasmettere al ministero dell'Economia (oltre che alla regione e all'Asl) i seguenti dati obbligatori:

- codice fiscale dell'assistito ovvero codice Stp per lo straniero temporaneamente presente (si veda *Corriere Medico* 7 marzo '09) o indicazione dell'area geografica (Ue/extra-Ue) di provenienza;
- codice della ricetta;
- diagnosi e codice ICD9;
- eventuali esenzioni;
- note Aifa;
- dati delle prescrizioni;
- tipo di ricetta;
- data

di compilazione; • se la visita è visita ambulatoriale o domiciliare.

Anche le 21 regioni e province autonome devono dotarsi di sistemi di accoglienza centrali che monitorano i dati sanitari inviati dal generalista.

Quanto ai cer-

tificati di malattia, il pacchetto dei dati trasmessi dal medico dovrà comprendere:

- dati anagrafici del lavoratore e codice fiscale;
- residenza e domicilio di reperibilità;
- diagnosi e codice nosologico;
- date inizio malattia/ricaduta certificato/presunta fine malattia/proseguimento/ricaduta;
- visita ambulatoriale o domiciliare

I dati all'articolo 5 relativi alle visite, ai ricoveri, alle prestazioni particolari e alle visite a casa serviranno invece all'Asl per la misurazione qualitativa dell'attività dei medici del territorio.

La Sisac ventila che, in que-

sto caso, si accontenterebbe di dati anonimi. Tuttavia i medici vogliono certezze.

Fino a prova contraria, il comma 2 - ricorda il documento Sit - chiede "di riferirsi al singolo caso con specifica indicazione dell'assistito". Si profila il trattamento di dati affiancati su identità

(dati personali) e vita sessuale/salute (dati sensibili) dell'assistito. Ma l'articolo 3 del codice della privacy vieta il trattamento di dati identificativi

"quando le finalità perseguite possono essere realizzate mediante dati anonimi o modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità". "Risulta quindi molto importante - chiara il documento - chiarire quali siano di volta in volta le finalità di governance".

Quanto all'invio delle ricette con la diagnosi, oltre ai problemi clinici e burocratici prospettati (inizialmente le

regioni hanno proposto che il medico raccogliesse con penna ottica ad hoc il codice numerico a barre di ogni ricetta prescritta) la finalità smaccata è il controllo della spesa. Più che correttivi all'uso dell'ICD9, Sit qui pone la priorità di informare il paziente di come si estenderà il

*La richiesta ai medici è pure nella convenzione*

trattamento dei suoi dati sensibili, con un'informativa - acquisita dal medico di famiglia - "adeguata e esauriente, evidenziando ai

sensi del codice della privacy "eventuali trattamenti che presentino rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali".

In un documento sulle politiche del farmaco il sindacato Fimmg ha già fatto sapere che rifiuta categoricamente di scrivere la diagnosi nelle ricette. Ma la Sisac ribadisce che per gli adempimenti di cui all'articolo 5 della preintesa si accontenterebbe di dati anonimi.



## RAPPORTI DI FIDUCIA A RISCHIO? SI FA AVANTI LO SPECIALISTA

MILANO - Con la riflessione sulle cure primarie, medici specialisti e di famiglia si interrogano su una possibile perdita del rapporto fiduciario da "ospedalizzazione" degli ambulatori. Intanto, in pieno centro a Milano, fondi privati puntano sul rapporto fiduciario tra medici specialisti e clienti. Presentato di recente, il Centro medico Santagostino assicura accesso diretto a una dozzina di specialisti inclusi pediatra, ginecologo, dentista, palliativista, ortopedico, cardiologo e anche fisioterapista e riabilitatore. Tutto a 50 euro a visita e 35 per psicologo e logopedista; l'odontoiatria è a prezzi inferiori a quelli dei dentisti privati. Un domani saranno disponibili pacchetti di prestazioni a prezzi calmierati per visite e test di diagnostica strumentale. Fondato da Oltre Venture, prima società di private equity in Italia (partecipata da fondazioni, persone fisiche e società mobiliari ed immobiliari), il Centro conta di effettuare 50 visite al giorno, 20 mila annue, per appuntamento, applicando alle tariffe i principi del minimo profitto. Il Centro si sostituisce allo specialista Asl ed offre tutta la gamma delle principali specialità coperte dal Ssn; ma copre anche due settori extra (riabilitativo e odontoiatrico) per i quali il governo punta sui fondi inte-

grativi del Ssn. Il paziente può accedere senza passare dal medico di famiglia per l'impegnativa; in teoria, entra in un circuito fuori dai controlli regionali dove può intessere un rapporto fiduciario con lo specialista. I medici del Centro dichiarano però di puntare molto sulla gestione integrata con il generalista. Frattanto quest'ultimo sente cedere il rapporto fiduciario, ventilano Società italiana di telemedicina e Promed Galileo nella riflessione sulle cure primarie: «Da una serie di provvedimenti recenti (...) si evidenzia il rischio che il rapporto medico-paziente tipico dell'assistenza territoriale dove prevalgono le valenze empatiche e di personalizzazione delle cure possa essere sostituito da un rapporto paziente-struttura». La tendenza «a creare una sorta di ospedalizzazione della medicina del territorio» è ribadita dalla richiesta di usare «elementi e procedure tipici della medicina nosocomiale e specialistica» come il sistema di codifica diagnostica ICD9. Si aggiungano il dovere di comunicare i dati dell'assistito all'Asl e al fisco; e si aggiunga che molte regioni non hanno reti informatiche attrezzate quanto meno a non far perdere tempo di cura al medico.

La frittata è fatta: il vincolo tra medico Ssn e il

cittadino si allenta. A vantaggio di chi? Una ricerca del Cergas dell'Università Bocconi sottolinea l'incalzare dell'ospedalità privata (oggi le residenze ospitano il 73 per cento dei pazienti non autosufficienti contro il 5 del 1997). Nel contempo impazza il dibattito sui fondi integrativi, ai quali si rivolgeranno presto molti italiani, secondo Pier Luigi Bartoletti, leader della Fimmg laziale e fondatore del primo ospedale territoriale (il Medical Corner a Roma) che ha ospitato la riflessione sul sito del sindacato. «Anche noi generalisti - dice Bartoletti - dovremo abituarci a offrire prestazioni fuori dai Leacoperti dal Ssn. Fin qui ai cittadini abbiamo offerto la ricetta come passepartout per non pagare le cure. Ma ora, specie a Centro-Sud, si accorgono di dover sborsare. E' l'inizio della fine del rapporto fiduciario: i ceti medi rischiano di aggrapparsi ad una sanità parallela proprio a partire dalle cure all'anziano disabile. Anche il nostro potere prescrittivo può saltare. Ecco perché credo dovremo abituarci a offrire servizi nuovi anche extra Ssn (collegamenti con le bandanti, assistenza ai fragili nei festivi, gestione di patologie croniche) prima che qualcun altro ci tolga le fette di mercato che ci spettano».