

Le novità in materia di spese alberghiere e di ristorazione introdotte dalla Manovra d'estate portano più svantaggi che benefici alla Sanità italiana

Manovra dell'estate: più ombra che luce per la Sanità



Laura Bellicini, Camozzi Bonisani Varrenti & Associati Studio Legale e Tributario

È ormai a tutti noto che l'art. 83 del D.L. n. 112/2008 (convertito nella L. n. 133/2008), dal 1° settembre 2008 ha reso interamente detraibile l'IVA sulle somministrazioni di alimenti e bevande e sulle prestazioni alberghiere. Detto intervento (che ha determinato la modifica dell'articolo 19-bis1, comma 1, lettera e) del D.P.R. n. 633/1972) si è reso necessario per il fatto che da tempo la Commissione Europea aveva avviato nei confronti dell'Italia una procedura

di infrazione per mancato adeguamento della normativa nazionale a quella comunitaria in materia di detraibilità IVA su alberghi e ristoranti. Peraltro, la portata dell'indetraibilità IVA su tali servizi era già stata ridimensionata dalla Finanziaria 2007, che aveva reso pienamente detraibili le prestazioni fruite in occasione di convegni e congressi.

La parziale indeducibilità dei costi

Occorre, tuttavia, evidenziare che, per compensare la perdita di gettito imputabile al riconoscimento del diritto alla detrazione, ai fini delle imposte dirette è stata ridotta al 75% la deducibilità dei costi relativi alle prestazioni di vitto e alloggio, eccezion fatta per le spese sostenute da dipendenti e collaboratori in trasferta fuori dal territorio comunale. Pertanto, se all'inizio l'eliminazione dell'indetraibilità in parola è stata accolta con grande entusiasmo da

gli operatori economici, ora, facendo un po' di simulazioni, ci si è resi conto che i vantaggi appaiono spesso del tutto limitati. Infatti, i sopra indicati interventi in materia di IVA e imposte dirette, calati sulle singole realtà operative, fanno emergere differenze tra i vari operatori, con categorie di soggetti che conseguiranno sensibili vantaggi fiscali ed altre che, invece, ne saranno danneggiate.

I concreti effetti sugli operatori economici

Ad una prima analisi, le imprese che effettuano operazioni attive imponibili con un numero rilevante di dipendenti in trasferta avranno vantaggi fiscali dalla detrazione integrale dell'IVA in esame: le aziende farmaceutiche ad esempio, avendo significative spese dovute alle trasferte dei propri informatori medico scientifici, a nostro avviso dovrebbero ottenere un buon risparmio di imposta dalle novità legislative in commento. Al contrario, i soggetti con considerevoli spese alberghiere e di ristorazione ma non riguardanti le trasferte dei dipendenti (poiché legate, ad esempio, a finalità commerciali interne), a partire dall'anno 2009 vedranno di fatto annullato il possibile effetto positivo derivante dalla detraibilità dell'IVA, a causa del maggior onere fiscale conseguente dalla riduzione al 75% della percentuale di deduzione di siffatte spese. Infatti, tenendo conto che l'aliquota IVA sulle spese in parola è pari al 10%, è facilmente dimostrabile come detto risparmio d'imposta sia economicamente annullato

dalle maggiori imposte dovute a titolo di IRES e IRAP calcolate sulla quota indeducibile di dette spese, con un conseguente aggravio economico di più dell'8% delle spese stesse (con oscillazioni date dalle diverse aliquote IRAP a livello regionale).

A ciò si aggiunga che la recente Circolare Ministeriale del 5 settembre 2008, n. 53/E/2008 ha chiarito come la piena detrazione IVA compete solo ai costi qualificabili come spese di pubblicità e non anche a quelli ascrivibili tra le spese di rappresentanza. Pertanto, prima di procedere alla detrazione dell'imposta sui costi in parola, occorrerà verificare il pieno rispetto del principio dell'inerenza. Al contrario, la medesima circolare sostiene che la limitazione di deducibilità del 75% delle spese in parola si applica anche alle spese qualificabili come spese di rappresentanza con il risultato che, nonostante l'IVA sia indetraibile, l'ammontare di deduzione risulterebbe comunque ugualmente ridotto.

Gli effetti negativi sul mondo sanitario

A nostro avviso, risultano poi particolarmente svantaggiate particolari categorie, tra cui molte delle realtà che operano nel mondo sanitario; ciò in quanto le medesime, effettuando principalmente operazioni attive esenti, incontrano rilevanti limiti al proprio diritto di detrazione IVA (il cd. pro-rata di indetraibilità). Per tali soggetti, infatti, la piena detraibilità dell'IVA su alberghi e ristoranti non solo non costituisce alcun vantaggio a causa del pro-rata di indetraibilità (totale o parziale) che li contraddistingue, ma si accompagna ad una generalizzata limitazione al 75% della deducibilità dei relativi costi. Dalle disposizioni normative in commento, dunque, non assisteremo ad alcun risparmio di imposta, bensì di fatto ad un aggravio delle imposte d'esercizio dovute. Le considerazioni sopra esposte valgono sia per i sog-

getti IRES che per i professionisti che operano nel mondo sanitario. Per questi ultimi, in particolare, occorre aggiungere che le novità normative in argomento produrranno effetti negativi anche per coloro che hanno optato per il regime dei contribuenti minimi. Infatti costoro, non addebitando alcun importo a titolo di IVA e - corrispondentemente - non versandola, da un lato non conseguiranno alcun effetto positivo dalla detraibilità dell'IVA su alberghi e ristoranti, dall'altro vedranno ridursi la percentuale di deducibilità di siffatti costi dal 100% al 75% aumentando in tal modo la base imponibile su cui applicare l'imposta sostitutiva del 20%.

Concludendo

In conclusione a nostro avviso, calando l'applicazione delle norme in commento nel mondo sanitario, il risparmio di imposta inizialmente previsto risulta non solo di fatto inesistente - proprio per il particolare meccanismo del pro-rata di indetraibilità generalmente applicabile agli operatori del settore - ma, al contrario, addirittura penalizzato in quanto comunque colpito dalle nuove disposizioni in materia di limitata deducibilità delle spese in parola. Tenendo conto del già pesante prelievo fiscale esistente in Italia rispetto ad altri Stati, sarà auspicabile un intervento legislativo che corregga tale pesante e distorsivo effetto.

Avv. Laura Bellicini e Avv. Alessio Briganti
Camozzi Bonisconi Varrenti & Associati
Studio Legale e Tributario

Scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ed eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla. Queste alcune delle facoltà correlate al consenso informato, tema approfondito da un nuovo Cd, edito dall'Enpam

Medicina e consenso informato

Gli autori del Cd "Consenso informato in medicina" (edito dall'Enpam nella collana Universalità Multimediale) affrontano i temi relativi al rapporto, molto spesso conflittuale, tra il consenso informato e il corretto esercizio della professione medica, esaminando le disposizioni di legge e del Codice deontologico, ma soprattutto l'orientamento giurisprudenziale non solo di Cassazione, ma anche di vari Tribunali. L'intento è quello di un approfondimento della tematica, affrontando le diverse fattispecie e non ultima quella assicurativa, alla luce della più recente dottrina e giurisprudenza che in questi ultimi anni si è sviluppata in modo copioso. Infatti su un argomento così importante, dove sono stati versati fiumi di parole, purtroppo non vi sono norme di legge specifiche di comportamento, ma è stata solo la dottrina giurisprudenziale a tracciare delle linee nel rispetto dei canoni costituzionali dei diritti della persona, della libertà personale e del diritto alla salute, con puntualizzazioni nel Codice di deontologia medica.

Rapporto medico paziente

D'altro canto il rapporto medico-paziente è passato dal paternalismo benevolo per configurarsi come contratto d'opera per una condotta condivisa in una alleanza terapeutica in cui il medico, che ha il dovere di curare, propone al paziente, che ha la libertà decisionale, la propria condotta diagnostica terapeutica illustrandone le varie fasi e le eventuali alternative e insuccessi e solo dopo il consenso del paziente è legittimato ad agire: il medico si impegna alla informazione e il paziente, reso cosciente, si affida alla compe-

tenza del medico. Il bisturi usato senza il consenso può essere equiparato a un coltello, "l'aggressione" nell'atto medico viene legittimata col consenso del paziente. Questa nuova impostazione culturale non è stata facile: agli inizi il medico ancora avvolto dal rapporto paternalistico riteneva disumano dire al proprio paziente determinate condizioni morbose di male imperdonabile. Era umano dire a un malato "tu hai un cancraccio?" L'evoluzione culturale del cittadino con pressanti pretese di guarigione ha fatto sì che l'atto medico che presuppone una prestazione di mezzi, secondo le regole del buon padre di famiglia e non una garanzia di risultato, venga visto ora in una ottica spinta al successo assoluto: ma va ricordato che il medico può solo dare una buona prestazione secondo scienza e coscienza, ma non garantire l'immortalità. E ora il paziente vuole sapere, solo pochi hanno paura di sapere.

Le diverse fasi del consenso

Gli autori alla luce della giurisprudenza hanno sintetizzato le varie fasi dell'acquisizione del consenso all'atto diagnostico-terapeutico, cercando una esposizione semplice con chiarezza di linguaggio, da medico a medico, forti di una vita di esperienza sul campo a contatto coi malati. In una tabella hanno tentato di sintetizzare la struttura del consenso informato che il medico deve raccogliere dal paziente, quale individuo capace di intendere e volere, previa una adeguata, completa e reale informazione, sottolineando anche le modalità di espressione, ma ricordando pure come può essere revocato in qualsiasi mo-



mento. Un apposito capitolo viene riservato al consenso informato in geriatria con la problematica dell'amministratore di sostegno e un'altro al consenso all'atto diagnostico-terapeutico nella pratica corrente del medico di famiglia. Viene affrontata anche la titolarità al consenso in caso di minori. Vi sono poi le dovute correlazioni inerenti gli effetti assicurativi. Viene anche ricordato che, oltre ai pochi casi previsti dalla legge, l'unica condizione nella quale il sanitario è esonerato dall'obbligo di acquisizione del consenso è quella contemplata nell'art. 54 del codice penale (stato di necessità): "non è punibile chi ha commesso il fatto per essere stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo". Sono inoltre riportate le leggi e le normative di maggior rilievo e i dispositivi di oltre 50 sentenze. Ormai è coscienza comune che il consenso del paziente, che deve necessariamente essere preceduto da una sua corretta informazione, non può limitarsi a una semplice sottoscrizione, che a volte si richiede in modo quasi furtivo e nella più grande indifferenza sia di chi lo propone sia di chi lo sottoscrive, di un mod-

lo di poche righe tendenti a fornire uno scarico da ogni responsabilità per i sanitari interessati.

Obiettivi finali

Scopo degli autori, oltre a illustrare le modalità e le casistiche di acquisizione di un consenso informato all'atto diagnostico terapeutico, sottolineando che, anche quando un consenso sembra presunto, non è mai implicito, è soprattutto anche quello di far capire l'importanza legale di questa modalità che afferisce alla libertà morale del soggetto e alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto delle proprie integrità cor-

porree, le quali sono tutte profili della libertà personale, proclamata dall'articolo 13 della Costituzione. Infatti nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Da qui la illiceità di ogni trattamento, anche se salvifico, eseguito contro la volontà del paziente, a prescindere dal diverso e più complesso profilo dello stato di necessità. Quindi la non punibilità del medico che si astenga dall'intervenire rispettando la volontà del paziente e per contro la punibilità del medico quando violi il diverso volere del paziente anche se per salvargli la vita. Infine va tenuto presente che il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.

G.C.

Terzo appuntamento, di una serie di interventi, dedicati ad approfondire la narrative based medicine, la più antica e preziosa forma di comunicazione fra medico e paziente

Il questionario: lo strumento per ottenere una storia



Maria Giulia Marini,
Responsabile Area Sanità,
Fondazione Istud

Oggi, medici e professionisti sanitari lavorano in organizzazioni che dispensano carichi di lavoro maggiori in tempi sempre più compressi: il contatto con il paziente è frettoloso e la mancanza di continuità di cura sono fattori che rallentano o impediscono la costruzione della storia del paziente. È utile, quindi, disporre di strategie concilianti tra il poco tempo disponibile e la raccolta del patrimonio informativo del paziente. Inoltre, la disciplina dello scrivere una storia non è oggetto di studio durante i corsi

di laurea in medicina e nelle materie scientifiche, più abituate a usare un linguaggio numerico e siglato. La laurea nelle facoltà mediche e scientifiche è frutto di competenze tecniche e cliniche, tralasciando le competenze “umanistiche”. Durante gli studi universitari scientifici, si atrofizzano le capacità di scrittura che invece erano state oggetto d’allenamento continuo nelle scuole primarie e nei licei. Le resistenze allo scrivere un racconto da parte dei professionisti di cura rappresentano un ostacolo alla realizzazione della medicina narrativa; è buona cosa scardinare il pregiudizio che non sia compito del curante l’attività della scrittura, pregiudizio che spesso diventa alibi e nasconde paure d’incapacità e pigrizia intellettuale. L’arte di scrittura deve essere allenata con una ginnastica perlomeno settimanale, se non è possibile farla quotidianamente.

Un prototipo di questionario

Per superare tali difficoltà, è stato sviluppato un prototipo di questionario che può essere strumento d’ausilio nel facilitare la ricostruzione del racconto¹. Questi sono alcuni esempi di domande che il professionista sanitario può usare per raccogliere le informazioni di base, quando accoglie il paziente per aiutare il paziente a trovare il suo significato e comprendere come progettare le future azioni di cura. Come premessa, il paziente va incoraggiato a usare descrizioni sensoriali: dai suoni, agli odori, ai colori, alle sensazioni cinestesiche, percezioni che spesso scatenano le memorie del racconto.

Il paziente può dunque:

- Descrivere l’evento, incidente, situazione riferendosi al tempo, luogo situazione e partecipanti...

- Questo evento/incidente/situazione ha delle conseguenze su altre persone? Se è così, può portare degli esempi concreti?

Per strutturare il copione del racconto, si possono porgere le seguenti domande:

- Nell’evento/incidente/situazione lei ha appena descritto, quale era la sequenza degli eventi? Cosa è accaduto prima?

- Cosa è accaduto poi? E dopo cosa è successo?

- E alla fine cosa è accaduto?

Il racconto deve essere portatore del significato che l’evento malattia/incidente ha rappresentato per la persona coinvolta. Le domande da porgere potrebbero essere:

- Che cosa significava per lei l’evento/inci-

dente/situazione al tempo esatto in cui era accaduto?

- Che cosa ha rappresentato quell'evento/incidente/situazione da allora fino ad oggi?
- E oggi che significato dà all'evento/incidente/situazione nella sua vita?

Queste ultime tre domande sono quelle che assegnano un significato esistenziale alla malattia, incidente o evento di decadimento della salute che sia. In genere, tali domande non sono poste dai curanti per imbarazzo e insufficiente capacità nel gestire emozioni "negative": il professionista sanitario può sentirsi spiazzato dalle atrocità e dall'intimità delle risposte dei loro pazienti. Forse è per anche per questo che sono fioriti i termini medici, sigle, numeri utili come codice di comunicazione tra gli stessi professionisti sanitaria ma che costituiscono "un linguaggio barriera" verso il paziente, il familiare ed in generale il cittadino. Ivan Illich non avrà le risposte, perché non sono proprie del mondo scientifico, sul "vivere e morire" e nemmeno un colloquio senza finale su questo "vivere o morire" con il suo medico curante, ma ironicamente saprà tutto sulla sua appendice e sui suoi reni.

Qualità percepita, consenso informato sino alla progettazione con la storia raccontata

Ascoltare la storia dei pazienti significa predisporre uno spazio mentale d'accoglienza dei loro desideri e delle loro aspettative: mediamente i clinici interrompono i pazienti entro un minuto dall'inizio della visita e quest'informazione è un indicatore di quanto sia scarsa la cultura dell'ascolto all'interno della classe medica. Negli ultimi anni, il farsi carico di indagare il "punto di vista" del paziente è diventato obbligo nel processo della certificazione di qualità adottate nelle organizzazioni sanitarie: si chiama misura della "qualità percepita". La sintesi numerica di valutazione espressa da un questionario a punteg-

gio di qualità percepita stride con la medicina narrativa; ma l'introduzione dello strumento di valutazione della qualità percepita è stato un corridoio utile per prendere finalmente in considerazione ciò che vive, sente e pensa l'utenza. In passato non era legittimo che il paziente potesse esprimere il proprio giudizio di valutazione: oggi proprio l'inserimento obbligatorio delle indagini di qualità percepita nelle strutture sanitarie sta cambiando l'atteggiamento degli operatori verso i pazienti, rendendo i primi più accoglienti e attenti alle persone ammalate e i secondi più liberi di esprimersi. Un altro strumento che ha assegnato un ruolo di protagonista decisore al paziente è il consenso informato: nel testo di questo documento la persona viene resa informata "alla pari" e quindi messa nella condizione di scegliere liberamente, sulla base della propria volontà. Il consenso informato che oggi è usato per legge nelle organizzazioni sanitarie non è solo un documento di tutela legale, ma un mezzo di conquista di consapevolezza e autodeterminazione. Sia questionari di qualità percepita che consenso informato sono mezzi d'attenzione verso il paziente, ma il contributo attivo del paziente attraverso la sua testimonianza è, secondo i "narrativisti in sanità", lo strumento principe per co-progettare assieme alla persona ammalata, diagnosi, cura, scelta del modello di assistenza - ad esempio, casa o ospedale - scelta dell'amministratore di sostegno. Attraverso l'ascolto del paziente, si possono capire le ragioni di un consenso non firmato o un giudizio insufficiente dato dall'ammalato sul servizio d'assistenza. Ad esempio, nella scena tra medico e paziente, tutte le espressioni verbali e le comunicazioni non verbali sono indiziarie del fatto che il paziente, pur avendo firmato il consenso, non si presenterà il giorno stabilito per l'intervento chirurgico. È già tutto lì, nella scena del colloquio, ma il curante non può/vuole/sa osservare e ascoltare veramente, né può/vuole/sa spiegare veramente quali siano i possibili vantaggi nell'intervento per

Medicina basata sull'evidenza

Pone le sue radici nell'antico metodo scientifico promosso da Galileo: l'ipotesi, la verifica sperimentale e la tesi. Al metodo galileiano, Karl Popper, con la sua teoria di "falsificazione della conoscenza" sottolinea la necessità di dover riprodurre l'esperimento: secondo il filosofo, la conoscenza tratta da un singolo caso, per essere vera conoscenza, deve essere riproducibile e quindi riconducibile ad una legge generale. La medicina basata sulle evidenze vuole dunque "leggi generali"

Medicina basata sulla narrazione

È la traduzione dall'inglese di un movimento di pensiero nella medicina chiamato narrative based medicine. Tale definizione è stata pubblicata per la prima volta nel 1999 da Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz sul British Medical Journal. È la raccolta di informazioni sulla situazione attuale della malattia, sulla sua precedente storia clinica e su quella psicologica e sociale. La medicina basata sulla narrazione attesta l'unicità e la non riproducibilità di ogni storia di malattia.

la persona rispetto alla terapia farmacologica. Informare un paziente attraverso la lettura di un consenso non significa avergli trasmesso la consapevolezza della possibilità di scelta e del valore dell'intervento proposto: la mente del paziente può accumulare una serie d'informazioni logiche e razionali, numeri e statistiche di probabilità di successo o insuccesso, ma l'intelligenza emozionale ha bisogno di tempi più lunghi per comprendere se e come l'intervento proposto abbia o non abbia senso per la persona. Anche il rifiuto da parte del paziente è un atto di co-progettazione, seppur violento: è, di fatto, una risposta di ribellione ad una medicina che generalmente "impone di fare" senza tenere in debito conto il vissuto dell'altro ammalato.

Conoscere la storia della persona per comunicare le "brutte notizie"

L'ascolto del racconto non è solo propedeutico alla diagnosi, ma anche alla comunicazione di prognosi, ovvero di ipotesi successive di sviluppo della malattia o della condizione di vita: vi sono delle situazioni molto critiche, con prognosi infelici che mettono in grave imbarazzo il medico che ha il compito di informare un paziente dell'esistenza di un tumore, o i genitori di un neonato di una malformazione cardiaca non

vista attraverso i test strumentali. Le norme di buona comunicazione delle cattive notizie definiscono la "privacy, il tono di voce, l'accoglienza della rabbia, del pianto e del dolore". Ma manca un passaggio: la notizia peggiore viene vissuta come una "violenza intrusiva" se il curante non ha conosciuto e non si è interessato alla storia di questa persona. E questo vale anche per il medico esperto, più gentile e accorto, che ha studiato le buone norme della comunicazione tra terapeuta e paziente. L'ammalato desidera ricevere la notizia di una prognosi infausta da un operatore che già lo conosca, che lo abbia ascoltato, anche quando raccontava di uno "strano fratello lontano" che non c'entrava e non c'entra niente con quella malattia, ma per lui raccontare del fratello lontano è stato dare un segreto, partecipare una parte di sé. Difficilmente è perdonato un terapeuta che dà una cattiva notizia senza nemmeno sapere "CHI" è il paziente e quale sia, seppur in modo tratteggiato la sua "biografia", la sua storia.

Maria Giulia Marini,
Responsabile Area Sanità, Fondazione Istud

¹ Alain Mac Leod, Interrogating interfaces, 2005, Media-N

Non è mistero che la gestione degli archivi sia attività di scarso appeal all'interno delle aziende sanitarie e dunque spesso esternalizzata e considerata solo un costo. In vero è un'attività di estrema importanza e richiede dei professionisti formati ad hoc

Gestione della documentazione clinica: quali figure professionali?

In molte strutture sanitarie, la gestione interna dei documenti clinici - e degli archivi in particolare - è affidata a operatori di varia provenienza e formazione, sovente assegnati alla specifica incombenza a seguito di problemi personali o di riordini organizzativi. Nella maggior parte dei casi questi addetti non dispongono di know how adeguato e si trovano ad acquisire elementari nozioni operative sul campo, trasmesse loro da colleghi già preposti a quel servizio oppure raggranellate qua e là, per iniziativa personale. D'altra parte, non è mistero che la gestione degli archivi - di deposito, per i documenti di età non superiore ai 40 anni, e storici, per quelli più attempati - sia attività di scarso appeal all'interno delle aziende sanitarie, sempre più frequentemente orientate a un'esternalizzazione dell'attività, basata sulla considerazione che i documenti rappresentino solo "un costo". I professionisti sanitari assai raramente si curano dei documenti dopo la loro chiusura, nella certezza che altri si occupino della loro conservazione, di cui, semmai, lamentano le carenze quando abbiano necessità di recuperare dati e vengano alle prese con problemi, incomprensioni, difficoltà di reperimento e così via. L'apparato amministrativo, da cui comunemente ci si attende la cura della specifica materia, non sempre se ne interessa con la dovuta attenzione.

Una diligente gestione documentale si rivela essenziale per:

- permettere la continuità delle cure ai pazienti;
- consentire studi, ricerche e attività formative;
- tutelare l'operato dei professionisti e delle strutture sanitarie;
- supportare i flussi informativi e la contabilità aziendale.

In aggiunta a questo, non si può trascurare il fatto che gli archivi e i singoli documenti degli enti pubblici - e delle istituzioni a essi equiparate - ricadano sotto la protezione disposta dalle norme del T.U. sui beni culturali e ambientali (Dlgs 42/2004). Pensiamo innanzitutto alle cartelle cliniche, destinate a conservazione a tempo illimitato: esse rappresentano beni culturali che non possono essere distrutti, danneggiati o adibiti a usi, tali da recare pregiudizio alla loro conservazione, né possono essere alienati o formare oggetto di diritti a favore di terzi, se non nei modi previsti dal citato Dlgs 42/2004. Gli archivi sanitari sono soggetti alla diretta vigilanza e al controllo da parte del Ministero per i beni e le attività culturali; le soprintendenze regionali possono procedere in ogni tempo, di norma con un preavviso non inferiore ai cinque giorni, salvi i casi di estrema urgenza, a ispezioni per accertare lo stato dei beni custoditi. A ogni ente è fatto obbligo di garantire una sicura, ordinata, organica



Gabriella Negrini
Vice Presidente AIDOS
Direttore medico Ospedali
Area Ovest Ausl Bologna

conservazione dei beni culturali di appartenenza. Una disciplina dettagliata del flusso documentale è fornita poi dal DPR 445/2000 - Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa -, che reca disposizioni riguardo a formazione, rilascio, tenuta e conservazione, gestione, trasmissione di documenti da parte di organi della pubblica amministrazione.

Un nuovo scenario

A destabilizzare le tradizionali gestioni documentali, negli anni recenti è intervenuto l'impulso alla "dematerializzazione", recentemente rafforzato da ulteriori provvedimenti normativi. Negli ospedali, una parte non trascurabile della documentazione già oggi è trattata in modalità diverse dal cartaceo e lo scenario è sicuramente destinato ad ampliarsi. Indispensabile pertanto una rigorosa osservanza anche della normativa vigente in tema di documenti informatici. Il patrimonio documentale di un'azienda sanitaria non dovrebbe essere considerato un oneroso fardello di cui farsi carico unicamente in ossequio alle prescrizioni di leggi e regolamenti, ma essere riguardato come un giacimento vivo e fecondo, da conoscere bene nella sua reale consistenza e da cui attingere conoscenze che possono rivelarsi di straordinario valore. Accade non raramente che gli operatori sanitari, interessati a determinate informazioni, non riescano a rintracciarle, seppure presenti, oppure incontrino difficoltà di accesso, a causa di una gestione inadeguata nel recupero dei materiali richiesti, nell'integrazione dei flussi informativi, nella conoscenza dei documenti e del loro contenuto o, più semplicemente, in conseguenza di disordine nella tenuta dei documenti. È di tutta evidenza che la facilità di estrazione dei dati dalla peculiare miniera è strettamente correlata con il suo stato di manutenzione e con le capacità dei suoi addetti.

Come è affrontata la questione all'estero?

Ci limiteremo a citare quanto avvenuto negli USA, dove già nel 1928 fu istituita l'ARLNA - "Association of Record Librarians of North America" - per iniziativa dell'American College of Surgeons, con lo scopo di elevare gli standard dei documenti clinici, negli ospedali come nelle altre strutture sanitarie. L'originaria denominazione associativa è cambiata nel tempo, fino ad assumere l'attuale: AHIMA - "American Health Information Management Association". Si sono modificate anche le aree di interesse, estendendosi dai documenti prodotti dalle singole istituzioni al complesso delle informazioni sanitarie variamente originate, a supporto della continuità assistenziale. Al presente, gli aderenti all'AHIMA ricoprono una pluralità di ruoli: dalla certificazione dei processi, relativamente ad aspetti di privacy e security, ad attività di coding, fino alla complessiva gestione dei flussi documentali, per una molteplicità di fini. Da quanto precede possono trarsi argomenti a sostegno dell'indispensabilità che anche nelle nostre aziende sanitarie ci si avvalga di operatori ben preparati per la gestione della documentazione clinica e del complessivo patrimonio informativo. La formazione alla gestione documentale non può essere approssimativa e rimessa all'autonomia, commendevole iniziativa di qualche addetto oppure all'occasionale decisione di un superiore illuminato. È noto che, in molti settori produttivi, le aziende si dotano di document manager, persone alle quali l'organizzazione affida il compito di gestire il patrimonio informativo, curando l'integrazione e la razionalizzazione dei diversi flussi documentali e informativi, l'adeguamento delle procedure alla normativa e alle occorrenze, la fruizione funzionale delle informazioni da parte di chi ne abbia interesse e titolo. Numerose sono le scuole,

Convegno AIDOS

Il 6, 7 novembre prossimi a Perugia si svolgerà il 3° Congresso Nazionale AIDOS dal tema "Documentazione sanitaria e sicurezza del paziente". Fra gli interventi in programma nei corsi pre-congressuali: "Documentazione assistenziale integrata in area chirurgica e riabilitativa" di **Lucia Bernardoni** e **Roberta Sordelli**; "Privacy e documentazione clinica" di **Giovanni Ascione** e **Massimo Monturano**; "Documentazione sanitaria e audit" di **Leonardo la Pietra** e **Sara Marchisio**; "Documentazione sanitaria e patient safety" di **Luigi Molendini** e **Oliviero Rinaldi**; "Documentazione sanitaria e sicurezza delle terapie" di **Gabriella Negrini**. Nella sezione congressuale: "Le modifiche di identificazione" di **Pierfrancesco Ghedini**; "Referti di diagnostica per immagini" di **Franco Vimercati**; "Referti di patologia clinica per alcoolemia e test per stupefacenti" di **Maria Grazia Casertano**; Referti di cito-istologia di **Enrico Cristofori**; "Il percorso terapeutico in oncologia" di **Gianpiero Fasola**; "La documentazione assistenziale in hospice" di **Daniela Valenti**; La documentazione anestesiologicala di **Anna Levati**; "La documentazione integrata di una rete provinciale di centri dialitici" di **Vito Pedrazzi**; "La gestione documentale in neuropsichiatria infantile" di **Loredana Fredi - Cosimo Ricciutello**. Info: www.aidosimera.it



Leonardo la Pietra, Direttore sanitario IEO, Presidente AIDOS

pubbliche e private, di formazione alla tradizionale professione dell'archivista, il cui bagaglio di competenze si è peraltro modificato e arricchito nel tempo, in rapporto all'affermarsi dei documenti elettronici. L'offerta formativa, tuttavia, è commisurata a soddisfare esigenze sostanzialmente diverse da quelle espresse dalle organizzazioni sanitarie, alle quali occorrono operatori dotati di conoscenze specifiche - e adeguatamente approfondite - del mondo clinico, quali possono derivare essenzialmente da una preparazione confezionata su misura. L'AIDOS, fin dalla sua costituzione, ha riservato particolare attenzione al tema in oggetto, ricompreso nell'ambito della linea di studio dedicata all'Health Record Management. Il nostro impegno proseguirà in questa direzione, con l'obiettivo di dare un contributo qualificato alla soluzione del problema.

I benefici di una corretta gestione documentale

- permette la continuità delle cure ai pazienti;

- consente studi, ricerche e attività formative;
- tutela l'operato dei professionisti e delle strutture sanitarie;
- supporta i flussi informativi e la contabilità aziendale

Gabriella Negrini,
Direttore medico Ospedali Area Ovest AUSL Bologna,
Vice presidente AIDOS

Leonardo la Pietra,
Direttore sanitario IEO, Presidente AIDOS