

DOCUMENTO DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DI TREVISO PER LA DEONTOLOGIA DELLE RELAZIONI PROFESSIONALI E PER IL MIGLIORAMENTO DEI RAPPORTI CON L'UTENZA

Premessa

Uno dei compiti istituzionali dell'Ordine dei Medici è un corretto rapporto professionale e deontologico fra medici. L'erogazione di prestazioni professionali appropriate, efficaci e a costi equi è compito prioritario del servizio sanitario nazionale in tutte le sue componenti.

Il cittadino-paziente viene posto al centro del sistema; la soddisfazione dei suoi bisogni e la risposta alle sue esigenze di salute, espresse ed inespresse, rappresentano il fine ultimo dell'attività del sistema sanitario; deve inoltre essere preservato quel rapporto diretto tra medico e paziente che costituisce l'essenza dell'esercizio professionale.

Proprio per questo viene presentata al Consiglio dell'Ordine una proposta di regolamento costruito secondo modelli strutturali già utilizzati e con un testo il cui contenuto ha cercato di raccogliere e sintetizzare quanto già espresso nelle varie normative, leggi, decreti e convenzioni, che in più occasioni richiamano alle numerose tematiche con le quali ogni giorno i medici si trovano a doversi confrontare nell'esercizio della propria professione.

Dopo un lungo e approfondito dibattito sulle modalità di stesura e sui possibili contenuti, la commissione ospedale-territorio ha convenuto per un testo sintetico i cui obiettivi richiamano i capitoli fondamentali del rapporto professionale.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso, ritiene che i rapporti tra le varie categorie di medici debbano svolgersi sempre in un clima di collaborazione e secondo criteri di correttezza professionale.

Dopo ampia discussione la commissione "Ospedale – Territorio", con partecipazione dei delegati delle Aziende ULSS della Provincia, sentito il parere del Consiglio dell'Ordine, ritiene di proporre il seguente documento del quale raccomanda l'osservanza a tutti gli interessati.

1. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI TRA LE VARIE CATEGORIE MEDICHE

La comunicazione è il filo conduttore di tutti gli obiettivi che portano all'interesse comune della cura del paziente. La sua mancanza comporta la non sempre completa conoscenza di tutte le attività sanitarie, delle modalità operative e delle innovazioni adottate, ma anche il mancato rapporto collegiale che accompagna giornalmente il lavoro di ciascun medico: ognuno è infatti preso dal veloce ritmo lavorativo quotidiano e non riserva poi "tempo" per comunicare, riferire e concordare con i colleghi.

A tale proposito è opportuno:

- Prevedere degli spazi riservati alla comunicazione tra le varie unità operative ospedaliere e distrettuali con i medici di medicina generale (mmg), pediatri di libera scelta (pls), e i medici della continuità assistenziale (mca)
- Fissare modalità di disponibilità per i colloqui telefonici e diretti o via email
- Fornire ad ogni unità operativa il numero telefonico e relativo orario di servizio di tutti i mmg e pls del territorio delle rispettive ULSS
- Prevedere che le direzioni sanitarie delle ULSS informino anche attraverso gli strumenti informatici delle Aziende i mmg, i pls e gli specialisti ambulatoriali (sai) degli orari dei servizi specialistici ambulatoriali, delle modalità di accesso o prenotazione aggiornando periodicamente l'informazione.

2. ESAMI, CONSULENZE E URGENZE

- Ogni richiesta di prestazione, di esami strumentali e di consulenza specialistica deve essere motivata con l'indicazione del sospetto diagnostico e/o del quesito clinico con allegati gli accertamenti eseguiti. Le richieste scritte a mano devono essere compilate in modo chiaro e leggibile

- Informare il paziente sulle modalità di prenotazione e sui criteri di scelta prioritari nelle varie branche specialistiche come previsto dalla normativa regionale in attesa che vengano concordati specifici percorsi assistenziali e di urgenza.
- Per tutti i medici è valida la regola che in ogni ricetta possono essere richieste fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca (D.M. 22/7/96) e che le richieste relative a specialità diverse devono essere formulate su ricette diverse.

I medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali (sai), effettuata la visita specialistica richiesta, si impegnano a:

- Formulare direttamente la richiesta su ricettario regionale, qualora ritengano necessario eseguire ulteriori indagini agli affidati in cura per poter dare risposta al quesito del medico curante; in particolare formulano la richiesta di tutte le indagini preliminari agli eventuali esami strumentali e a tutti gli approfondimenti necessari per le risposte al quesito diagnostico
- Comunicare al medico, in forma scritta, la diagnosi formulata e le relative proposte terapeutiche.

Si raccomanda di limitare le richieste urgenti ai casi di reale necessità e sempre motivarle opportunamente: l'invio al pronto soccorso dei pazienti deve pertanto prevedere sempre la motivazione specifica di valutazione dell'urgenza.

3. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Il paziente, in caso di terapia farmacologica, va informato sulla posologia, durata del trattamento, ed eventuale presenza di farmaci **di fascia "C", ovvero a suo carico**: la proposta di trattamento con farmaci di fascia "C" va infatti motivata al paziente sia in merito alle indicazioni che ai costi da sostenere.

Lo stesso vale per la prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA limitativa, qualora il paziente non rientri nelle condizioni previste dalla nota stessa (costo del farmaco a carico del paziente).

In caso di prescrizione diretta della terapia, rispettare i contenuti delle Note AIFA, dal momento che **la concedibilità a carico del SSN dei farmaci soggetti alle note è limitata alle indicazioni in esse contenute.**

E' pertanto necessario che ogni medico abbia a disposizione una copia delle note AIFA aggiornate. Appare particolarmente utile uno scambio di informazioni tra m.o. e mmg al fine di individuare, in caso di medicinali soggetti a limitazioni, eventuali alternative farmacologicamente compatibili, che consentano la corretta prosecuzione della terapia suggerita, senza oneri economici per l'assistito

- L'indicazione di farmaci soggetti a piano terapeutico deve essere accompagnata dalla segnalazione già compilata sull'apposito modulo previsto in 4 copie⁽¹⁾
- Nel caso di prescrizioni difformi dalle indicazioni terapeutiche del farmaco stesso, lo specialista è tenuto a fornire adeguate informazioni al paziente, acquisire il prescritto consenso ed informare il medico curante.
- I referti e le prescrizioni, se redatti a mano, devono essere compilati in modo chiaro e leggibile; la firma deve essere sempre accompagnata dal timbro da cui risulti nome e cognome del medico e la U.O. di appartenenza

4. ACCESSO – RICOVERO PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Per una corretta gestione dell'istituto del ricovero, devono essere rispettati adempimenti e regole che impegnano i medici ciascuno nella propria funzione: i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale (ca) i pediatri di libera scelta si impegnano a:

- Proporre una richiesta motivata e dettagliata di ricovero, informando il paziente che la competenza e la responsabilità del ricovero, sono riservate al medico del Pronto Soccorso
- Compilare l'apposita scheda di accesso nella quale siano contenuti una breve anamnesi, la terapia (se in corso), da allegare alla cartella clinica; nell'impossibilità di farlo al momento del ricovero si impegna a farlo successivamente in tempi brevi e/o a prendere contatto diretto col reparto in cui il paziente è stato ricoverato.
- Intervenire, secondo gli accordi con i servizi distrettuali coinvolti nella "dimissione protetta" del paziente .

I Medici ospedalieri si impegnano a:

- Informare i mmg e pls dell'avvenuto ricovero urgente di un loro paziente richiedendo contemporaneamente la scheda di accesso
- Redigere dimissioni ospedaliere esaustive e dettagliate, contenenti le conclusioni diagnostiche, gli esiti degli esami significativi, eventualmente con copia degli esami strumentali più importanti (T.A.C., R.M.N., Endoscopie ..)
- Utilizzare le indicazioni terapeutiche preferendo il nome del principio attivo, piuttosto che il nome commerciale
- Fare la prima prescrizione⁽²⁾ nei giorni prefestivi e festivi (a partire dal Venerdì pomeriggio) va fatta su ricettario regionale per evitare inconvenienti ai pazienti. Se necessario, dovrà essere consegnata al paziente la terapia fino al momento in cui potrà accedere all'ambulatorio del mmg con le modalità previste dalla normativa.
- Redigere la lettera di dimissione che può essere consegnata direttamente al paziente sia in busta chiusa che aperta: va comunque obbligatoriamente chiusa la lettera non consegnata direttamente al paziente. Appare buona norma indicare nella lettera il recapito telefonico aziendale dei m.o. che hanno seguito il paziente durante il ricovero
- Programmare e prescrivere direttamente gli esami eseguibili ambulatorialmente (es. radiologia, medicina nucleare) in regime di post ricovero indispensabili per la formulazione della diagnosi finale.

Ciò avverrà senza pagamento di ticket

- Programmare, alla dimissione dei pazienti, le visite di controllo secondo il programma di seguito riportato:
 - a. Per le specialità chirurgiche si intendono: visite di controllo, medicazioni e rimozioni punti di sutura, eventuali esami di controllo da effettuarsi entro i 30 giorni dalla dimissione Nel caso di infezione di ferite chirurgiche: tutte le medicazioni fino alla guarigione
 - b. In Ortopedia: tutte le prestazioni fino alla rimozione del primo gesso con relativo accertamento radiologico
 - c. Nel politraumatizzato si intendono: prestazioni effettuate entro 30 giorni dalla dimissione: prima visita post-ricovero nelle branche specialistiche indicate nella lettera di dimissione e relative prestazioni strumentali correlate
 - d. Per le specialità mediche: tutte le visite e gli esami di controllo programmati al momento della dimissione del paziente, da effettuarsi entro 30 giorni dalla dimissione (compresi esami del sangue o esami radiologici).

Si precisa che non rientrano in queste norme gli esami ed i controlli eseguiti a distanza di tempo dal ricovero (es. ECG di controllo oltre i 30 giorni, ecc.).

5. ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO (PS)

- Il PS dispone di osservazione breve, che, di norma, non supera le 24 ore. Il ricovero in OBI del paziente. va documentato su apposita scheda clinica. Nel caso di successivo ricovero, copia di tale scheda deve essere fornita al reparto. Nel caso, invece, l'osservazione non sia seguita da ricovero, dovrà essere esaurientemente informato il mmg del paziente sui motivi che hanno condotto all'osservazione e sui provvedimenti diagnostico-terapeutici adottati.
- Il PS garantisce interventi in emergenza-urgenza, anche di piccola chirurgia, in condizione di urgenza. In situazioni particolari, e comunque non di regola, il paziente può essere seguito ambulatorialmente anche dopo l'intervento d'urgenza. Qualora si ritenga che non siano necessari ulteriori interventi specialistici, il paziente è inviato al mmg/pls per il proseguimento del trattamento, accompagnato da una relazione scritta (verbale del PS).

Rapporti fra mmg, pls e PS

- Il mmg contatta le strutture d'urgenza dell'ospedale telefonando al 118, qualora ritenga di trovarsi a trattare un caso che richieda immediato trasporto in ospedale con mezzi attrezzati o invia direttamente il paziente con richiesta urgente qualora lo ritenga necessario.

- Il mmg evita di inviare al PS pazienti al di fuori dell'emergenza/urgenza, sia per consulenze che per interventi terapeutici (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, medicazioni ...). Eventuali situazioni che, senza rientrare nell'urgenza/emergenza dovessero richiedere una visita specialistica devono essere fatte secondo le modalità organizzative concordate a livello locale.
- Il mmg/pls non deve consigliare al proprio paziente, anche informalmente (es. tramite segreteria telefonica), di rivolgersi al PS o alla continuità assistenziale (al di fuori delle ore in cui ne è prevista l'attivazione) in caso di temporanea assenza.

6. REFERTI DI ESAMI STRUMENTALI PARTICOLARI

Il referto di un esame strumentale deve prevedere la descrizione di quanto rilevato, ivi compresi i quadri di normalità, con relazione particolareggiata dei rilievi di anormalità. Alla fine del referto va sempre effettuata una "conclusione", con descrizione concisa degli eventuali rilievi anomali. Qualora ritenuto utile va indicato l'eventuale completamento di indagine (es. "conclusioni: lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la natura mali moris; indispensabile tipizzazione mediante agobiopsia"; "lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la diagnosi di iperplasia focale nodulare; utile monitoraggio ecografico a distanza di 12 mesi"). Non vanno inseriti eventuali suggerimenti terapeutici.

7. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Nel caso di pazienti cronici, seguiti con regolarità a domicilio, specie in regime di assistenza programmata, dal mmg, in previsione di urgenze nelle ore notturne/festive, dovrebbe essere disponibile un estratto della scheda sanitaria, contenente le informazioni essenziali, quali la diagnosi, i principali problemi correnti e la terapia in atto. Analoga informazione deve essere disponibile per i degenti delle Case di Riposo e delle RSA.
- È dovere del mca, che ha visitato un paziente, rilasciare una copia dell'allegato B per il mmg. Tale relazione conterrà, oltre ai dati anagrafici del Paziente e alla data e all'ora della visita, una descrizione leggibile dei sintomi, dell'obiettività e dei provvedimenti adottati.

8. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E STRUTTURA OSPEDALIERA

- Se il mca che riceve la chiamata ritiene il caso particolarmente grave ed urgente, richiede l'ambulanza, concordando di volta in volta con il Medico di turno al pronto soccorso le modalità di integrazione degli interventi.
- Nel caso il mca ritenga di dover chiedere una consulenza urgente, può contattare telefonicamente lo specialista interessato e predisporre l'impegnativa con le informazioni del caso.
- Nel caso si renda necessario il ricovero ospedaliero il mca compilerà il suddetto allegato B riportando tutte le informazioni a disposizione.

9. GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEI PROBLEMI

Il codice deontologico prescrive che i rapporti fra medici debbano ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

In questo senso, il modo migliore per risolvere le controversie è quello di un franco e sereno scambio di opinioni.

Qualora, tuttavia, dovessero emergere, in campo professionale, dei problemi non componibili mediante il rapporto tra colleghi, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

- Non va mai dimenticato che il servizio al paziente rappresenta il fine ultimo di tutta l'attività, ed in questa ottica il paziente non può e non deve in alcun caso essere coinvolto nei problemi di rapporti fra medici. Per esempio, la prestazione deve essere eseguita anche in presenza di documentazione o richieste incomplete o con quesito clinico impreciso senza ulteriori rinvii del paziente al mmg e viceversa.

- Nel caso di inosservanza delle regole procedurali sovra riportate, anche dopo chiarimenti interpersonali, potrà essere fatta segnalazione all'Ordine, con una esauriente documentazione del caso.
- Il medico deve astenersi dal pronunciare apprezzamenti negativi sull'operato di un altro medico, soprattutto in presenza del paziente. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito salvo che la gravità del caso non consigli di dare comunicazione al Consiglio dell'Ordine per i provvedimenti di competenza.

10. La mancata osservanza della presente regolamentazione potrà essere considerata inadempienza deontologica e come tale segnalata all'ordine dei medici .

10 giugno 2008

⁽¹⁾ In caso di prescrizione di farmaci soggetti alla stesura del Piano Terapeutico, lo stesso dovrà essere redatto dallo Specialista Autorizzato in 4 copie, destinate rispettivamente :

1. allo Specialista che lo ha redatto
2. al paziente
3. al MMG
4. al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS di appartenenza del paziente

Si rammenta inoltre quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella **legge 16 novembre 2001, n. 405** relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla **DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002**:

Le prescrizioni di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate sono normate:

- dalla legge 648 del 23.12.1996 e successive modifiche;
- dal D.L. 17.02.1998, n. 23, convertito nella Legge n. 94 del 08.04.1998 (la cosiddetta "legge Di Bella")
- dal Decreto dell'8 maggio 2003 "uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"

⁽²⁾Si rammenta quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella **legge 16 novembre 2001, n. 405** relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla **DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002** "i presidi sanitari pubblici forniscano direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente ad una confezione per farmaco prescritto. In realtà il limite di **1 confezione** per farmaco prescritto, limite peraltro dato dalla Regione, non viene sempre rispettato perché non è sempre compatibile con un ciclo terapeutico completo" DGR Veneto 449 del 27 febbraio 2007