Criticita' procedurali e tecniche sulla Ricetta Elettronica

Data 10 ottobre 2010
Categoria professione

La volonta' di superare la cronica disorganizzazione della burocrazia mediante l' adozione di sistemi informatici sta contagiando tutti i settori della Sanita'. La velocita' del cambiamento si sta pero' rivelando eccessiva perche' si manifestano problematiche non previste in tempo, e alle quali il sistema non e' sempre pronto a dare risposta.

Le difficolta' che insorgono per la compilazione e spedizione telematica di ricette, di certificati per invalidita' e di malattia,vengono per lo piu' scaricate addosso ai sanitari, trasformati in semplici "operatori di sistema" e minacciati spesso di sanzioni pesanti.
Il progetto, ormai prossimo, della "ricetta elettronica", ha messo in luce criticita' che devono trovare soluzioni semplici (i medici non sono operatori informatici!) prima della definitiva partenza.

Va premesso che i sistemi informatici di cui abbiamo parlato sono gestiti diversamente, da soggetti differenti, ed hanno caratteristiche diverse.

Esaminiamo, ora, i problemi connessi alla ricettazione elettronica.
Questo procedimento andrebbe gestito dalle Regioni, e le ricette andrebbero trasmesse al Ministero dell' Economia, con procedura del tutto diversa dalle certificazioni, gestite invece dall' INPS.
Le ricette elettroniche sono al vaglio di alcune Regioni incaricate della sperimentazione pratica. Illustriamo alcune problematiche.

Problemi di gestione dei sostituti

Come e' noto, i Medici di Famiglia sono autorizzati a farsi sostituire nell' attivita' convenzionata con modalita' che, nel tempo, sono state via via meglio definite:

- Per sostituzioni "lampo" (fino a tre giorni) il medico non e' tenuto ad informare la ASL della sostituzione. Il sostituto puo' essere
a) un altro medico convenzionato appartenente all' associazione,
b) un medico convenzionato non appartenente all' associazione,
c) un medico NON convenzionato.

Nel caso a): il sostituto ricetta sul proprio ricettario
Nel caso b) e nel caso c) il medico ricetta sul ricettario del titolare, apponendo il proprio timbro

- Per sostituzioni "brevi" (da 4 fino a trenta giorni) il medico e' tenuto a comunicare la sostituzione alla ASL. La gestione dei ricettari e' analoga alla precedente.

- Per sostituzioni "prolungate" (oltre 30 giorni) il medico sostituto intraprende rapporti economici diretti con la ASL , ma la ricettazione segue il punto precedente

Occorre implementare una procedura informatica che renda possibili e faciliti le sostituzioni , tenendo conto che sono frequentissime la sostituzioni "lampo", anche solo per poche ore, e che spesso sono affidate a medici fuori del sistema convenzionale. Inoltre tali sostituzioni sono, frequentemente, sistematice e abbastanza continuative.

La ricetta informatica dovra' quindi riportare sia i dati del medico titolare che quelli del sostituto, consentendo inoltre al titolare di attivare o chiudere la sostituzione secondo la necessita', programmando anche a priori la durata di questa

Gestione delle diagnosi e dei codici ICD9: il problema delle ipotesi diagnostiche

La gestione delle diagnosi e' molto spinosa, in quanto l' ICD9 non e' sempre idoneo a rappresentare le condizioni per cui si effettua una prescrizione.

Molto dipendera' dalle soluzioni offerte dai fornitori di software (salvo rimanendo il diritto di libera scelta nel ventaglio di prodotti idonei), tuttavia alcune difficolta' sono insite nel sistema stesso.

Premessa necessaria: il medico deve essere messo in condizione di esprimere la diagnosi "vera", senza "aggiustamenti" che si rendessero necessari per adeguarsi alle manchevolezze del sistema in quanto tale

comportamento sarebbe irrispettosa della verita', delle leggi, e degli interessi dei pazienti, che possono venirne gravementedanneggiati.

Va sottolineato a tale proposito che il medico convenzionato e' legittimato ad esprimere la diagnosi anche in forma "non certa", di ipotesi da approfondire, di sospetto o (qualora si tratti di prescrizioni specialistiche o strumentali) di quesiti diagnostici. Porre il quesito diagnostico e' di particolare importanza nella prescrizione di accertamenti, in quanto fornisce indicazione allo specialista su cio' che si sta cercando e sottolinea che la diagnosi non e' definitiva.

Tuttavia l' ICD9 non contemple diagnosi sospette, probabili, ipotetiche, per cui ogni diagnosi inserita verrebbe considerata come assodata.

E' evidente che dare per certa una patologia non ancora accertata puo' distorcere la storia clinica dell' assistito che puo' esserne danneggiato o, al contrario, puo' servirsene in certi casi per ottenere provvidenze a cui non avrebbe diritto.

Il diritto-dovere di indicare una diagnosi "dubitativa" e' lecito, sancito dall' ACN (Art. 51, 59 bis , art. 69, ecc.) e da altre normative generali (per tutte: Decreto 18 maggio 2004 GU 25-10-04, in attuazione delle disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, al punto 2.3.1 del disciplinaretecnico).

Inoltre la ricetta del medico convenzionato, per giurisprudenza ormai costante, e' da considerare Atto Pubblico, facente fede per alcuni aspetti sostanziali, tra cui la diagnosi. Si veda per tutte Cass. Sezione VI, sentenza del 01-10-2007, n. 35836, che riepiloga altre sentenze: "Le impegnative… non sono delle semplici "domande" basate su giudizi e valutazioni (diagnosi o sospetto diagnostico) di carattere scientifico, ma, al pari di quelle che contengono prescrizioni di medicinali (disciplinate dall'art. 23, D.P.R. cit.), sono espressione di un potere certificativo, in quanto, attraverso la diagnosi su cui si basano, attestano e rendono operativo un interesse giuridicamente tutelabile del cittadino"

Nel rispetto della verita' e delle leggi, quindi, il medico dovra' esprimere la diagnosi in forma di certezza quando questa sia ragionevolmente raggiunta, oppure in forma di ipotesi o quesito clinico nei casi di ragionevole dubbio, e i sistemi informatici dovranno prevedere tali possibilita'.

Gestione delle diagnosi e dei codici ICD9: il problema delle diagnosi multiple

Nella ricetta, lo spazio per l' apposizione del codice diagnostico permette l' apposizione di un solo codice; l' attuale normativa pero' consente di inserire in una ricetta fino a due confezioni di farmaci, anche diversi tra loro.

E' possibile quindi (ed anzi e' frequente) che i due farmaci facciano capo a due patologie diverse. L' esempio classico e' la prescrizione contemporanea di un antiinfiammatorio e di un gastroprotettore, ma possono essercene di innumerevoli. Si dovrebbero, di conseguenza, inserire entrambi i codici, ma la ricetta ne prevede lo spazio per uno solo.

Deve quindi essere prevista la possibilita' di inserire una seconda diagnosi.

Appare inaccettabile l' ipotesi di prescrivere un solo farmaco per ricetta, in quanto trattasi di argomento da trattarsi in sede di Accordo Nazionale.

Per quanto sopra esposto apparirebbe necessario o almeno auspicabile, allo stato attuale, eliminare l' obblico di codifica ICD9 della diagnosi, lasciandone possibilita' facoltativa solo ai casi di diagnosi ormai assodata.

La gestione dell' errore umano
Come in tutte le attivita', e' ipotizzabile una certa percentuale di errori umani nella stampa delle prescrizioni da parte dei medici (per omonimie, fraintendimenti, errori di digitazione o cause di forza maggiore). La ricetta cartacea permette di porvi facilmente rimedio, strappando quella erronea e riscrivendola da capo. Cio' non e' possibile nel caso di ricetta elettronica, specialmente se spedita all' INPS in contemporanea alla stampa.

E' necessaria quindi una procedura che permetta di annullare eventuali prescrizioni errate: rimanendo nel database esse potrebbero causare gravi conseguenze, sia al medico che al paziente.

Un esempio banale potrebbe essere quello della prescrizione erronea di un farmaco a cui il paziente e' intollerante, subito rimediata stracciando la ricetta cartacea. Pur non essendone seguita l' assunzione, la prescrizione rimarrebbe pero' nel database traendo in errore eventuali sanitari che lo consultassero, spingendoli a ripetere la prescrizione nella convinzione che il farmaco sia in uso senza problemi.

La ricetta erronea va quindi cancellata dal database o chiaramente contrassegnata come “erronea”, indipendentemente dal fatto che sia stata o no ritirata in farmacia.

Per motivi analoghi sarebbe necessaria una procedura che permetta al medico di verificare quali delle sue prescrizioni siano state poi concluse, e se alcune siano invece rimaste in sospeso. Questo per far fronte anche alle eventuali richieste di rinnovo di prescrizione motivati da smarrimento della ricetta o simili.

E’ poi possibile che si verifichino guasti o interruzioni del servizio telefonico, o guasti al computer, o altre cause accidentali tali da impedire la trasmissione delle ricette in tempo reale o comunque nei tempi stabiliti. In questi casi, qualora il medico provvedesse all’ invio in giorni successivi, si verificherebbe una sfasatura tra le date delle ricette cartacee e quelle inviate per via telematica, che potrebbe generare spiacevoli conseguenze, soprattutto dal punto di vistalegale.

Cio’ puo’ valere anche per le prescrizioni effettuate a domicilio dopo la chiusura giornaliera dello studio: le ricette cartacee porterebbero una data diversa da quelle telematiche, e la data, per giurisprudenza ormai costante, costituisce elemento ESSENZIALE dell’ atto pubblico costituito dalla prescrizione.

E’ necessaria quindi una procedura che consenta al medico di correggere l’ errore o di segnalare tali circostanze, anche in tempi differiti. Tale procedura e’ gia’ prevista per i certificati di malattia, ma entro termini molto ristretti.

Qualche nota sui certificati di malattia, e riflessioni di un medico
Problematiche abbastanza simili possono intervenire nel caso delle certificazioni di malattia che, salvo un breve periodo di assestamento di alcuni mesi, tra qualche mese dovranno essere spedite telematicamente all’ INPS. Ne parleremo dettagliatamente in altri articoli, ma vorremmo anticipare alcuni punti.
L' INPS ha predisposto da tempo un sistema informatico avanzato, che e' in condizione, almeno in teoria, di gestire il flusso delle certificazioni. Alcuni dei problemi da noi evidenziati sopra sono stati in effetti gia' presi in considerazione, come ad esempio la possibilita' di correggere o annullare una certificazione sbagliata, seppure con vincoli temporali ristretti (un giorno di tempo).
La certificazione telematica comporta tuttavia responsabilita' assai pesanti, che costituiscono una frequente causa di contestazione o di denuncia verso il medico.
Analogamente a quanto esposto sopra per le ricette, lo sfasamento di data, ad esempio, seppure dovuto a cause del tutto innocenti, puo’ essere fonte di gravi problemi; le sanzioni per omessa spedizione poi appaiono del tutto sproporzionate e ingiustificate. Le cronache ci informano che anche per mancanze sanitarie piu' gravi le sanzioni sono spesso meno drastiche di quelle previste in questi casi: licenziamento o annullamento del rapporto convenzionale sono francamente inconcepibili se motivati da inadempienze puramente burocratiche.
I problemi che ancora si incontrano nella gestione delle pratiche di invalidita' civile ci rendono inoltre un po' scettici circa fluidita' della prossima procedura di gestione dell' enorme mole (decine di volte superiore) dei certificati di malattia. Ne riparleremo.

Una riflessione di fondo:
Vengono previste ed attuate una serie di procedure diverse, con password diverse, con collegamenti a siti diversi, per le diverse incombenze che possano presentarsi nel corso della stessa visita: un collegamento (con password e procedura dedicata) per le ricette, un collegamento diverso (anch' esso con pawword e procedura propria) per il certificato malattia; se poi il paziente chiede anche la certificazione per il riconoscimento dell' invalidita', ci sara' un terzo collegamento, con ulteriore password e ulteriore procedura dedicata.
L' INAIL poi ha la sua procedura propria per la certificazione degli infortuni lavorativi.

Una reale semplificazione prevederebbe invece, ragionevolmente, una fusione di queste incombenze in modo tale che il medico, una volta identificato e accreditato, possa svolgere tutte le sue funzioni con procedura unica e coordinata. Non prevederebbe la necessita' di memorizzare una serie di password, di indirizzi, di procedure tutte diverse tra loro.
Questa e', secondo noi, la reale frontiera dell' ammodernamento della burocrazia sanitaria!

Ora la FNOMCeO e le rappresentanze sindacali mediche (compresi gli stessi co-autori del misfatto, evidentemente pentiti) cercano di ottenere degli aggiustamenti migliorativi. C’e’ da augurarsi che la ragione, dalla parte pubblica, prevalga!

Daniele Zamperini