

Una valanga di innovazioni informatiche e telematiche rischia di travolgerci

Dalla facilitazione alla faciloneria il passo è breve. Ogni facilitazione telematica implica una complicazione relazionale non intravista. I medici, per stare dietro alla corsa dei dati, rischiano di trascurare le due dimensioni fondamentali insegnateci da Ippocrate: il processo di diagnosi e cura; la centralità della relazione tra medici e pazienti e tra medici e medici

Francesco Del Zotti

Medicina Generale Verona - Membro della Commissione Information Communication Technology OMCeO Verona

La rivoluzione dell'informatica e della telematica in sanità si è imposta negli ultimi decenni. Medici di varie età si sono adeguati velocemente e non poche volte con stimabile entusiasmo. Ma, a mio parere, dopo 35 anni dalla nascita delle prime cartelle computerizzate e dopo 20 anni dalla nascita della Rete, i professionisti della medicina non devono dipendere solo dal segnapassi di ingegneri, manager e politici, che spesso mettono in evidenza i vantaggi delle novità e poco dicono su eventuali criticità. Ma, come la ricerca scientifica sui farmaci ci ha insegnato, ogni nuovo farmaco o intervento deve essere studiato non solo per i vantaggi, ma anche per gli eventuali svantaggi (controindicazioni; effetti collaterali); e ciò al fine di ben circoscrivere il rapporto costi-benefici e trovare modi per minimizzare i pericoli insiti in ogni novità. Per chiarire il senso di questa mia premessa porto all'attenzione di colleghi alcuni esempi.

Pallini nel software

DLe cartelle computerizzate sono una innovazione importante, che facilita enormemente la puntuale registrazione, analisi ed estrazione dei dati. Ma a volte spingono a comportamenti veloci ed irreflessivi. Una loro funzione chiarifica bene questo rischio: ci riferiremo alle cartelle computerizzate in Mmg più diffuse. Dopo avere prescritto una serie di esami nell'ottenere i loro risultati spesso notiamo che essi sono tutti "normali". A questo punto possiamo usare una funzione che in un solo click fa introdurre il risultato testuale "normale" o il suo equivalente grafico (il "pallino verde" o la sigla "Ok") affianco a tutti gli esami prescritti. Per una serie di esami ciò può avere senso: ad esempio non cambia molto il significato di una transaminasi dal valore 15 rispetto ad una di valore 25. Ma per altri esami, questa scelta "facile" può produrre danni. L'esempio della creatinina è illuminante. Il valore 0,85 ed il valore 1 sono entrambi "normali", ma hanno differenza tra loro maggiore del 15%, soglia che fa sospettare un peggioramento della funzione renale (Del Zotti F, Visonà E, Massignani D, Abaterusso C, Lupo A, Gamba-

ro G. General practitioners' serum creatinine recording styles. *J Nephrol.* 2008 Jan-Feb).

Prima della computerizzazione usavamo moduli pre-stampati per l'introduzione dei risultati in cui spesso non pochi "campi" restavano vuoti. Oggi abbiamo l'*horror vacui* e, da neo-speculatori dell'edilizia delle videate, sentiamo il dovere di riempire tutti i campi, in ciò aiutati da questa discutibile funzione "facilitante" dell'informatica

Risposte Ecg automatiche

DSempre più si richiedono Ecg separate da visite cardiologiche, per screening e per la legge sui certificati non-agonistici. Questi Ecg vengono "rispostati" non poche volte con l'ausilio di macchine Ecg dotate di referto automatico. Ma ciò ha portato più volte ad equivoci ed errori. Certi software fanno campeggiare l'espressione disorientante "non confermato" oppure "confermato", e subito dopo magari una firma rapida simil-scarabocchio del cardiologo, senza timbro e quindi non identificabile. Capite che un Ecg automatizzato, con la stampigliatura di "anormale" e magari una

firma sigla di soggetto non ben identificabile, crea disorientamento nel Mmg che deve decidere se permettere l'attività non agonistica sulla base di questi soli referti. La cosa raggiunge il *climax* quando la risposta automatica recita "Ecg anormale", magari sulla base di qualche minima alterazione di misura elettrocardiografica (ad es: bradicardia e lieve allungamento di qrs). Più volte si è scoperto che ad una più attenta lettura questi Ecg, considerati "anormali" in giovani peraltro sani, sono normali e sono stati interpretati anormali solo perché il paziente è bradicardico e con le classiche alterazioni aspecifiche del tratto ST.

Sarebbe importante che i cardiologi ed i medici sportivi si accordino su un modo di evitare questi automatismi e si ri-abituino ad una maggiore "lentezza riflessiva".

Per esempio

A. evitare che sulla risposta ci siano le sole conclusioni diagnostiche stampate della macchina. Esistono già buoni esempi: alcuni ambulatori di cardiologia e medicina sportiva, mentre permettono al *software* di stampare le misure (pq, qrs, qtc, ecc), evitano, saggiamente, che il programma dei referti contenga conclusioni diagnostiche sotto forma di testo, soprattutto la dizione "ecg anormale".

B. Impedire il referto in assenza della stampa del nome e cognome del medico refertante.

Referti radiografici solo online

Un'altra accelerazione maldestra sta sempre più imponendosi con la telematica sanitaria. Scopro che gradualmente e da più parti sia alcune radiologie pubbliche sia alcune dei convenzionati stanno diffondendo questa "novità": i pazienti possono non andare a ritirare il CD se al momento dell'esame essi dicono sì

a ricevere una *user* ed una *password*. Ovviamente molti scelgono l'online e di non recarsi alla struttura, anche perché per accorciare i tempi di attesa la gente spesso ha dovuto allungare le distanze ed i tempi di percorrenza: anche decine di chilometri e 40-60 minuti per andare alla sede dell'esame. È importante notare che la comunicazione scritta che include *user* e *psw* è indirizzata al solo paziente. Nessuna spiegazione su tale cambiamento epocale al Mmg e ai colleghi specialisti. Peccato che oltre alla struttura e al paziente, esiste la necessità di far leggere questi esami ai Mmg e agli specialisti. E allora cosa succede?

A. I pazienti portano il foglio con le credenziali, che in genere equivalgono a 30 caratteri e ed eventuale *download* spesso a velocità del collegamento bassa. Molti medici si rifiutano di fare gli inputatori di caratteri e, tra l'altro, per *user* e *psw* non propri, ma dei pazienti. E ciò comporta che si vada non verso la Evidence Based Medicine ma verso i HBRs: Hidden Based Reports, ovvero la medicina basata sui referti nascosti.

B. Alcuni pazienti mostrano al medico le immagini della loro Risonanza sul loro cellulare. Ovviamente la lettura diventa impossibile. D'altra parte spesso i pazienti che hanno detto sì' alla consultazione online non hanno nè Pc, nè stampanti, nè tablet. E se ce li hanno o non sanno usarli o li usano a singhiozzo, anche per i noti barocchismi del legame delle varie versioni dell'interfaccia *windows* e altri *software-hardware*. Senza citare il fatto che il piccolo schermo del cellulare è lontano dal file visionabile sullo schermo di un *desktop*, il quale a sua volta è ben lontano dalla qualità dei monitor dei radiologi.

C. I pazienti più preparati portano i file su un Cd o una *pendrive* auto-prodotti artigianalmente da loro

stessi o da loro figli e nipoti. Peccato che per i medici mettere un CD o una pennetta artigianali nel proprio Pc è piuttosto rischioso, di questi tempi ricchi di *hacker* o di virus.

Ma evidentemente domina la "voglia" di mostrare che la struttura radiologica è veloce e che ha modernizzato le modalità di consegna online delle risposte; e ciò a discapito sia di una seria pianificazione di tutte le conseguenze del cambiamento sia dell'ecologia e deontologia delle relazioni tra medici e tra struttura sanitaria e medici.

Email per prenotare i ricoveri ospedalieri

Negli ultimi mesi alcune aziende ospedaliere hanno deciso di facilitare la prenotazione dei ricoveri ospedalieri con una procedura amministrativa che prevede l'uso di comuni *email*. Il paziente ricoverando si reca dal suo Mmg per ritirare la ricetta che indica la tipologia di ricovero e la diagnosi che lo motiva. Successivamente il paziente invia la ricetta del Mmg ad una *email* della direzione sanitaria, dopo implicita digitalizzazione dell'immagine della ricetta da allegare all'*email*. Anche qui si vuole velocizzare e "facilitare"; così però non ci si rende conto dei rischi che corrono i cittadini. Essi, nella stragrande maggioranza dei casi, non useranno servizi di *email* non solo certificate ma anche criptate (poco note ancora) ma comuni *email*, che secondo gli esperti equivalgono alle vecchie cartoline postali, integralmente visibili da tutti poiché senza busta. Esse sono facilmente intercettabili sia dal *provider* e sia da altri *hacker* che potrebbero furtivamente accumulare e magari rivendere dati medici assai sensibili. Le stesse direzioni sanitarie si imbarcano in un livello di rischio legale non trascurabile, visto che non avvisano i

pazienti, ignari, questi rischi e vista la distanza di questa prassi dalle regole del severo regolamento del garante e dall' europeo "GDPR". Né è da trascurare il peggioramento di rapporto con i Mmg. Quando i pazienti portano in visione queste nuove regole emanate dalle direzioni sanitarie o amministrative, il Mmg potrebbe tacere (e così rischia di essere accusato di non aver spiegato che la *email* significa diffusione di notizie delicate) o potrebbe avvisare il paziente della non congruità con le regole del Garante di tale procedura e così sarebbe costretto a distinguersi dal comportamento dell'ospedale, mentre sarebbe auspicabile che lo stile comunicativo sia condiviso.

Un click e il Fascicolo va giù

Un Mmg ha provato di recente a stampare le ricette dematerializzate di un suo paziente. Vari tentativi senza successo. Controlla la rete, la stampante, il Pc: non riscontra problemi. Poi ha una illuminazione. Chiede al paziente: "ha per caso aderito al Fascicolo sanitario elettronico e quindi alla ricetta *paper-less*?". Risponde: "No, risponde, però mi viene in mente che ho dato l'adesione al pediatra per mio figlio minorenni". Non è ancora chiaro come sia stato possibile che anche il padre, ignaro ed un po' seccato, si trovi inserito. Potrebbe dipendere dall'immatricolazione di una o più delle seguenti processi di questa nuova istanza: a) difetto tecnico-amministrativo della procedura; b) difetto di dialogo tra procedura telematica nazionale o regionale e *software* di cartella; c) difetto di comunicazione o imputazione del pediatra. Sta di fatto che sembra che sia un forte impulso pro-Fse delle autorità sanitarie nazionali e regionali, sia le procedure ordinarie sia gli stessi difetti sembrano congiurare verso l'introduzione "faci-

le" dei dati del paziente nel Fse. E d'altra parte le informazioni e consenso su queste importanti novità non dovrebbero gravare sui *click* dei medici, ma su personale, procedure, strutture e siti web delle regioni dedicati a ciò; e sul consenso firmato (su carta o digitalmente) degli stessi pazienti (come già accade in alcune regioni, ad es. nel vicino Trentino).

Ancora una volta dobbiamo ricordare che il Fse rappresenta un nuovo "intervento" e come tutti i nuovi farmaci o interventi non deve sfuggire alla necessità di una esauriente scheda illustrativa che vada oltre il concetto di panacea e che includa assieme alle indicazioni anche controindicazioni ed effetti collaterali. E sarebbe un guaio che ciò ci fosse ricordato da quel paziente "arrabbiato". Magari anche un solo paziente su 100 potrebbe non accettare per nulla l'imperativo moderno dello *sharing* (condivisione) dei dati a tutti i costi. E state certi che quel paziente non inizierà un'azione legale contro la regione o contro la *software house*. Ma molto probabilmente il paziente protesterà contro il medico, con la speranza che non segnali il "*data breach*" all'Ordine o al suo legale.

Conclusioni

Dopo questi concreti allarmi, permettetemi di dirvi che temo che rischia di tornare in auge il sordiano "medico della mutua", questa volta in salsa telematica. Allora l'accento sulla quantità invece che sulla qualità riguardava l'eccesso di mutui per Mmg e l'eccesso di ricette "facili". Oggi la facilitazione elettronica può far precipitare nella faciloneria non solo i Mmg ma tutti noi medici, impegnati come siamo all'iper-raccolta e iper-trasmissione di dati. In effetti gli esempi citati illustrano un pericolo. I medici tendono a correre dietro alcune parole d'ordine at-

tuali: la velocità, la facilitazione, la condivisione dei dati. Ho l'impressione che come medici da una parte abbiamo timore di "restare indietro" e dall'altra abbiamo piacere a seguire queste tendenze di moda. Forse prima di accettare acriticamente questi "modernismi" dobbiamo chiederci: *Cui prodest?* L'accettazione supina di quelle parole d'ordine danno solo benefici ai cittadini e alla professione? O se ne beneficia chi gestisce l'accumulo e il potere dei dati? E con quali rischi per la professione? E poi, una conseguenza emergente: ogni facilitazione telematica implica una complicazione relazionale non intravista: o tra medico e paziente o tra medico e medico. In effetti, i medici, per stare dietro alla corsa dei dati, rischiano di trascurare le due dimensioni fondamentali insegnateci da Ippocrate: il processo di diagnosi e cura; la centralità della relazione tra medici e pazienti e tra medici e medici. Un'analogia potrebbe farci intendere meglio la posta in gioco. Possiamo far consentire maggiore velocità e maggior numero di mezzi su ponti analoghi al Morandi di Genova; possiamo incoraggiare il passaggio delle più sfavillanti e moderne auto ed i più innovativi camion. Ma senza una moderna ricerca sulla diagnosi dei rischi di crollo e senza innovative tecniche per puntellare i suoi pilastri portanti il ponte andrà giù, sotto lo stress di aumento di mezzi, carico e velocità. Analogamente, la professione collassa, se aumentiamo il carico dei dati e la velocità di scambio sul ponte-professione e se non diamo più attenzione e ricerca ai pilastri alla riflessione "lenta" insita nel metodo della diagnosi e dei processi di cura. Infine, il ponte-professione collassa se non forniamo nuova attenzione e nuova ricerca ai pilastri del rapporto fiduciario e del segreto professionali nell'epoca telematica.