

Il flusso informativo e la ricetta elettronica

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Subito dopo la diffusione del testo della preintesa convenzionale per la medicina generale si è aperta la discussione "telematica", ospitata dalle liste di discussione nazionali e locali, sui contenuti dell'accordo. Il dibattito più acceso, oltre che sull'obbligatorietà per i Mmg di partecipare alle "aggregazioni funzionali", verte sugli articoli che trattano la materia informativa, vale a dire l'articolo 5 sui flussi informativi e l'articolo 6 sulla ricetta elettronica

Come spesso accade tra i medici di medicina generale e i loro rappresentanti sindacali si sono subito delineati due fronti contrapposti in merito agli articoli della preintesa che vertono sull'informatizzazione delle informazioni da trasmettere alla propria Asl (art. 5) e sulla ricetta elettronica (art. 6): c'è chi difende, più o meno convintamente, i contenuti dei flussi informativi mentre altri ne sottolineano i limiti e carenze. Il dibattito si è sviluppato su tre filoni:

■ l'impatto degli obblighi informativi sul lavoro dei generalisti, in ter-

mini di nuovi compiti burocratici;

■ il valore professionale delle informazioni richieste;

■ la coerenza rispetto alle norme che regolano il trattamento dei dati sensibili.

Per esempio la segretaria nazionale Fimmg esprime un giudizio chiaramente positivo: "L'introduzione del flusso informativo e della ricetta elettronica - si legge nel comunicato sindacale all'indomani della firma - consentirà finalmente di potere conoscere l'entità delle attività quotidianamente svolte dai medici di medicina generale, aprendo orizzonti negoziali che, supportati dalla ren-

dicontazione e dalla conseguente programmazione, renderanno possibile offrire una gamma di servizi sempre più ampia e più efficace a tutela della salute dei cittadini".

La discussione si è concentrata soprattutto sui problemi pratici, relativamente alla gestione informatica dei dati richiesti dall'articolo 5, che dovranno essere affrontati e risolti prima dell'avvio della fase operativa dei flussi.

■ Problemi del trattamento dei dati

1. Registrazione. Le informazioni richieste dalla parte pubblica dovranno prima di tutto essere registrate quotidianamente nei diversi software gestionali adottati dai medici di medicina generale informatizzati; questo compito potrebbe comportare di per sé un aggravio burocratico, specie per l'annotazione delle visite domiciliari (tramite la funzione che permette di registrare il tipo di contatto tra medico e assistito) e dei ricoveri ospedalieri (distinti in ordinati, urgenti, suggeriti e programmati, mediante l'utilizzo di apposite funzioni per tale differenziazione). Meno impegnativa sarà, viceversa, l'annotazione di ADI/ADP e PIPP, la cui rendicontazione già ora in alcune Regioni viene svolta in formato elettronico. A soffrire saranno i medici di medicina generale non ancora dotati di personal computer, che dovranno adeguarsi in tempi rapidi alle nuove disposizioni, mentre gli utenti esperti saranno agevolati.

Articolo 5: flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009 il medico di assistenza primaria trasmette alla propria Azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
 - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa).
 - Accesso allo studio medico, con o senza visita medica.
 - Visite domiciliari.
 - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche).
 - Assistenza domiciliare (ADP/ADI).
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
 - Riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura).
 - Riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato.
 - Essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il decimo giorno del mese successivo.
3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del Ssr. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

2. Estrazione. Una volta registrate nel database, le informazioni dovranno essere mensilmente estratte in una forma coerente con le specifiche dettate dall'art. 5. Questa operazione, per via della complessità delle registrazioni, potrebbe rendere necessaria una differenziazione delle interrogazioni informatiche (query) che permettono di "assemblare" i diversi dati in file specifici (serviranno probabilmente una query per i ricoveri, una per i contatti e una terza per ADP/ADI e PIPP). Per portare a termine tali procedure in modo routinario e veloce si renderanno necessario modifiche dei software gestionali, al fine di semplificare il lavoro mensile del Mmg, che comunque comporterà da un minimo di 5 minuti a mezz'ora circa in funzione del numero di file. A ogni buon conto i tempi richiesti per la revisione dei programmi gestionali non saranno certo brevi, sia per la registrazione sia per l'estrazione dei dati (c'è chi ipotizza alcune settimane o mesi).

3. Invio dati. Anche l'invio delle informazioni potrebbe impegnare mensilmente il Mmg per un tempo variabile da 15-20 minuti, per un solo file, a 30-45 in caso di più allegati. Infatti dopo il lancio della query e il "salvataggio" del file sono necessarie altre due procedure, perlomeno laddove vigono sistemi informativi regionali di collegamento tra Mmg e Asl e di conferimento dei dati, come il SISS lombardo o il SOLE emiliano: le informazioni raccolte devono essere "cifrate" e poi il medico di medicina generale deve apporre la propria firma elettronica prima dell'invio al centro elaborazione dati della Asl, tramite posta elettronica. In Lombardia esiste un programma apposito, denominato SisGyllo, che consente queste operazioni in ossequio alle norme per la tutela della riservatezza, in caso di trattamento e circolazione in rete dei dati sensibili. I difensori di quanto sancito nell'articolo 5 ribattono che l'invio dei file richiederà al contrario scarso impegno e poco tempo, quasi come

schiacciare un semplice tasto del personal computer. Il commento del segretario Fimmg, Giacomo Milillo, agli iscritti è su questa linea: "Sul piano normativo i nuovi compiti sono limitati al flusso informativo e ai progetti tessera sanitaria e ricetta elettronica. Il primo ridotto al minimo, richiede un impegno mensile molto ridotto e quasi totalmente assolto in automatico dalle nostre schede sanitarie informatizzate (...)".

Altri osservatori mettono in discussione l'utilità pratica di informazioni prettamente burocratiche, sia per il Mmg che non ne ricaveranno informazioni "qualitative" utili per l'auto-valutazione professionale delle *performances* (come accade invece con i report farmacoeconomici e ancor di più per quelli del governo clinico) sia per la Asl, che, secondo alcuni, potrebbe essere già in grado di ricavare informazioni analoghe dai propri database.

Inoltre l'invio mensile di un'ingente massa di informazioni rischia di sovraccaricare i centri di elaborazione già operati di lavoro e senza alcun apprezzabile beneficio per le aziende. A queste obiezioni replica ancora il segretario Fimmg secondo il quale "l'introduzione del flusso informativo e della ricetta elettronica consentirà finalmente di potere conoscere l'entità delle attività quotidianamente svolte dai medici di medicina generale, aprendo orizzonti negoziali che, supportati dalla rendicontazione e dalla conseguente programmazione, renderanno possibile offrire una gamma di servizi sempre più ampia e più efficace a tutela della salute dei cittadini".

■ La tutela della privacy

Infine il risvolto più delicato dell'art. 5 è quello relativo alla tutela della privacy, messa in discussione dall'invio di un'elenco nominativo delle informazioni sulle visite domiciliari e ambulatoriali che, a detta di molti, contrasterebbe con la normativa vigente. Peraltro nel

medesimo articolo si sottolinea che il flusso informativo "potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati". Questa clausola da un lato rassicura riguardo alle complesse problematiche relative alla tutela della riservatezza dei dati sensibili, ma dall'altro potrebbe rendere ancor più complicato l'iter di implementazione delle procedure dell'art. 5, rischiando di rinviare l'applicazione pratica *sine die*. Un solo esempio per rendere l'idea: le modifiche per semplificare la gestione informatica dei dati (registrazione, estrazione e invio) saranno subordinate al responso del garante. In caso di bocciatura dell'elenco nominativo tale pronunciamento renderebbe praticamente superflue alcune delle modifiche da apportare ai programmi gestionali per la corretta registrazione ed estrazione dei dati. Secondo alcuni il garante potrebbe imporre un invio di informazioni in forma aggregata e soprattutto non nominativa (per esempio numero complessivo di visite domiciliari e ambulatoriali registrate mensilmente).

■ Vigete una logica burocratica

A parere di chi scrive i flussi informativi andrebbero correlati prioritariamente alle attività e ai compiti delle aggregazioni funzionali territoriali (art. 2 della preintesa) nell'ambito della verifica della qualità dei processi/esiti assistenziali in sede locale e non invece subordinati alle logiche burocratiche e di controllo della controparte, di dubbia utilità per tutti e verosimilmente illegittime riguardo alla tutela dei dati sensibili.

■ La complessità dell'articolo 6

L'articolo 6 sulla tessera sanitaria e la ricetta elettronica si presenta ancor più complesso rispetto all'art. 5 (e quindi incerto e aleatorio per

Articolo 6: tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola Regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il Ssn è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al Dpcm 26 marzo 2008, così come definito ai sensi dell'art. 1, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1.15% su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale, secondo le modalità previste dall'art. 30 Acn del 23 marzo 2005.

quanto riguarda gli effetti empirici) principalmente perché assomiglia a una sorta di scatola cinese normativa, dal momento che contiene almeno altri due riferimenti normativi.

Le novità del pre-accordo riguardo la ricetta elettronica implicano indirettamente la gestione delle prescrizioni tramite i software gestionali e i sistemi informativi regionali.

L'articolo 6 impone ai medici di medicina generale, dal momento dell'avvio a regime del progetto: "Tessere Sanitarie-ricetta elettronica", il puntuale rispetto degli adempimenti di cui al Dpcm del 26 marzo 2008 e di altre norme correlate.

Il suddetto Dpcm del 26 marzo 2008 recita testualmente:

"La trasmissione telematica dei dati della ricetta medica comprende l'inserimento da parte del medico, secondo le modalità da stabilirsi con decreti attuativi del ministero dell'Economia, di concerto con il ministero della Salute, art. 1, comma 810, ultimo periodo, della legge n. 296 del 2006, dei seguenti dati obbligatori:

a. codice fiscale dell'assistito ovvero codice STP o indicazione dell'area geografica (UE/extra UE);

- b. codice della ricetta;
 c. diagnosi e codice ICD 9;
 d. dati relativi alle eventuali esenzioni;
 e. note Aifa;
 f. dati delle prescrizioni;
 g. tipo di ricetta;
 h. data di compilazione;
 i. visita ambulatoriale o domiciliare".

A queste precise "specifiche" per la trasmissione delle prescrizioni per via telematica si aggiunge un recentissimo provvedimento, comparso sulla *Gazzetta Ufficiale* del 23.12. 2008 (il decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze, 16 dicembre 2008, di "Attuazione dell'articolo 50 (comma 5-ter della legge n. 326 del 2003), concernente la definizione del contributo procapite annuo da riconoscere ai medici prescrittori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale". Il provvedimento fissa per il 2008 un contributo di 10 milioni di euro per il primo invio telematico dei dati delle ricette da parte dei Mmg appartenenti alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi per l'avvio sperimentale del sistema (Piemonte e Campania).

Nello specifico, detto decreto attribuisce un compenso annuo, pari a 152 euro, per i medici convenziona-

ti a fronte del primo invio telematico dei dati delle prescrizioni a carico del Ssn, nonché per il prelievo degli elenchi informatici dei propri assistiti e dei ricettari assegnati.

Il combinato disposto delle due norme potrebbe riverberarsi negativamente sulle indennità regionali (in Lombardia ammontano a 4.000-5.000 euro l'anno) varate negli ultimi anni per incentivare l'adesione dei medici ai progetti di informatizzazione regionale, come il SISS lombardo e il SOLE emiliano. Non è certo un segreto la volontà delle pubbliche amministrazioni di rendere vincolante l'adesione dei medici ai sistemi informativi regionali. Già dal 2008 i medici neo-inseriti negli ambiti carenti della Lombardia sono tenuti ad attivare il collegamento con il SISS, mentre nel 2010 tale obbligo sarà esteso automaticamente a tutti i generalisti in attività.

L'intreccio delle normative

L'intreccio tra le normative regionali sui sistemi informativi, i decreti sulla ricetta elettronica e le norme convenzionali, nazionali e locali, rende la materia di difficile interpretazione e traduzione pratica.

Certamente l'articolo 6 entrerà di peso nei negoziati per gli accordi integrativi regionali, anche se attualmente in poche realtà sembrano sussistere i requisiti per aderire agli standard dettati dal ministero dell'Economia.

Il medesimo articolo 6 introduce anche una trattenuta del 1.15% su base annua per inadempienze riguardo al puntuale invio dei dati e agli adempimenti previsti dal Dpcm 26 marzo 2008. Questa norma appare particolarmente severa con i medici inadempienti che verranno monitorati attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, salvo la sussistenza di cause tecniche di mancato invio dei dati non imputabili al medico stesso, valutate tramite verifiche *ad hoc* e comunque soggette a ricorso da parte del medico.

■ Le opinioni

I commenti a questo complesso sistema elettronico è di vari ordini. Vi è chi sostiene che l'invio telematico del set di dati previsto dal Dpcm del marzo 2008 violerebbe ancora una volta la normativa sulla privacy, specie per quanto riguarda l'obbligo di comunicare il codice ICD 9, altra incombenza burocratica non di poco conto. Chiunque abbia esperienza di lavoro in medicina generale sa che in molti casi non è possibile formulare una pre-

cisa diagnosi, per esempio in presenza di sintomi aspecifici e/o nelle prime fasi dell'iter diagnostico.

Per altri invece la suddetta normativa si limiterebbe ad impostare la trasmissione di dati di base mentre in diversi paragrafi della premessa viene ribadito che è stato acquisito il parere del Garante della Privacy. Inoltre il decreto sulla ricetta elettronica precisa che saranno poi le singole Regioni a decidere se aderire o meno al sistema in relazione alle scelte di politiche sanitarie locali.

■ I ritardi regionali

Ad ogni buon conto pochissime Regioni saranno praticamente in grado di implementare la ricetta elettronica su tutto il proprio territorio, perlomeno prima della scadenza naturale della convenzione, e quindi la complessa normativa potrebbe restare lettera morta. Tra le Regioni più avanzate sul piano informatico figurano la Lombardia e l'Emilia-Romagna che potrebbe essere la capofila dell'adesione alla ricetta elettronica.

Il complesso iter della convenzione

Per quanto riguarda il complesso iter della convenzione 2006-2009, le incertezze non mancano per via di numerose variabili in gioco. Ecco una sorta di *road map* comprendente sia l'iter negoziale sia la successiva l'applicazione pratica dell'Acn 2006-2009.

1. L'approvazione formale della pre-intesa firmata il 22 dicembre, con relativa pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* non sarà brevissima, visto il periodo di passaggio e le festività. Resta da acquisire ancora il parere del comitato di settore e poi la definitiva approvazione del governo.

2. Il medesimo art. 5 sui flussi informativi precisa che l'applicazione dello stesso "potrà essere avviata solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati". Quindi bisogna attendere il parere del garante, da richiedere d'ufficio da parte degli stessi firmatari, soprattutto prima di modificare le procedure informatiche da parte delle varie *software house*. Le aziende del settore si guarderanno bene dal mettersi al lavoro senza un preciso quadro normativo/tecnico; per esempio il Garante potrebbe bocciare l'invio nominativo dei dati su visite e ricoveri alla Azienda sanitaria.

3. Il successivo recepimento della pre-intesa da parte delle Regioni, con le relative procedure amministrative, burocratiche e informatiche, richiederà altro tempo - specie per la definizione delle procedure per flussi informativi e l'invio della ricetta elettronica - per non parlare dei destinatari finali, ovvero le Asl. È probabile che non appena gli amministratori locali valuteranno l'impatto dei flussi informativi sulla funzionalità dei centri elaborazione dati chiederanno precisazioni e magari la semplificazione delle procedure.

4. Più o meno contestualmente all'implementazione periferica del preaccordo dovrebbero iniziare, anche se non esiste una precisa scaletta temporale, altre due trattative:

A. quella per la definizione della parte economica e normativa del biennio 2008-2009 a livello nazionale, secondo gli impegni previsti dall'articolo 4 della preintesa;

B. quella relativa alla parte di accordo demandata alla contrattazione regionale (regolamentazione delle aggregazioni funzionali territoriali e delle Unità complesse di cure primarie) che comportano anch'esse un lavoro non indifferente.

Ad avviso di chi scrive le trattative regionali potranno essere avviate solo dopo la chiara definizione del quadro economico-normativo gene-

rale del biennio 2008-2009. Tuttavia, c'è da augurarsi che inizino al più presto, magari contestualmente a quelle nazionali.

5. In questa cornice negoziale e normativa, già di per sé complicata per via dei diversi livelli di contrattazione (nazionale, regionale e aziendale), si inseriscono, come ulteriori fattori di incertezza, l'andamento generale dell'economia, gli sviluppi della crisi economica con i potenziali risvolti sulle entrate fiscali e soprattutto la precarietà finanziaria di molte Regioni, alle prese con impegnativi piani di rientro dal deficit accumulato, a cui si aggiunge l'incognita del federalismo fiscale in via di approvazione. Insomma forte è il sospetto che si riuscirà a realizzare ben poco di quanto concordato nella preintesa, in special modo riguardo all'articolo 4, dedicato agli impegni da inserire nel prossimo accordo; in esso infatti sono previsti oltre una decina di punti da negoziare, che peraltro si prestano per conto proprio a dubbi interpretativi e vaghezza di propositi. Considerando che sono stati necessari ben tre mesi per definire la parte economica del biennio 2006-2007, quanti ne serviranno per reperire i finanziamenti per il successivo biennio e per definire nei dettagli un quadro normativo davvero complesso, entro la scadenza naturale dell'Acn?

Per rispondere a questa domanda servirebbe probabilmente un oracolo!