

Critica della Ragion CUP(a)

Un Grande Fratello aleggia sulle prescrizioni dei medici di famiglia il cui potere viene esercitato attraverso gli impiegati di enti pubblici o privati che gestiscono i Centri di Prenotazione Unica (CUP), in simbiosi con il rafforzarsi della telematica sanitaria controllata dallo Stato e dalle Regioni

Francesco Del Zotti - Medicina Generale Verona - Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

Un fenomeno sta emergendo nella MG. Il moltiplicarsi di controlli a distanza, per via telefonica e telematica, delle nostre prescrizioni. In particolare in questo articolo analizzeremo il ruolo impropriamente predominante di impiegati di enti pubblici o privati che gestiscono i Centri Prenotazione Unica (CUP), in simbiosi con il rafforzarsi della telematica sanitaria controllata dallo Stato e dalle Regioni. Gli impiegati del CUP appaiono sempre più come i sacerdoti ed interpreti della nuova bibbia: *il catalogo o nomenclatore regionale di visite e prestazioni strumentali*. Ma dall'epoca di Galileo abbiamo imparato a diffidare sia dell'*Ipse dixit* di certe autorità sia di certi interpreti delle loro scritte.

► Esempi di fioritura di codici e sub-codici

Un collega prescrive, come fa da anni, la solita ricetta ad un paziente che deve controllare i plantari: *"visita fisiatrica per plantari"*. Ma da quando riferito successivamente dall'assistito la ricetta va corretta perché la dicitura della richiesta non corrisponde alla nuova versione del nomenclatore tariffario regionale. In situazioni simili dobbiamo dedicarci ad una masochistica cac-

cia al tesoro: telefonare a qualche collega o alla Usl per scovare la nuova dizione (*"valutazione protesica"*), scorrendo un catalogo sempre più pletorico e con il paziente davanti e la fila fuori.

Un paziente mi riferisce che il CUP gli ha rifiutato la ricetta di visita ortopedica. La motivazione della prescrizione: dolori in paz con *"Fratture Vertebrali e Coxartrosi"* non è esaustiva serve un altro sotto-codice: non più *'prima visita ortopedica'* codice 89.7b.7_2, ma *'prima visita ortopedica chirurgia vertebrale'* codice 89.7b.7_2.4. Scorro la lunga lista di testo tra cui scopro quello 'ordinato' dall'impiegato del CUP, che bontà sua ha deciso che l'unica voce che contava delle due motivazioni (Fratture e coxartrosi) fosse la prima.

Commento ai casi - In merito al caso dei plantari, sembra si prenda dai medici che inviino a memoria le centinaia di corrispondenze tra vecchie e nuove dizioni. Sarebbe molto meglio che sia il sistema regionale ad allertarci in automatico: mentre il medico sta scrivendo la vecchia dizione un sistema telematico degno di questo nome dovrebbe avvisare della nuova dizione dell'ultima versione.

Inoltre, in merito alla suddetta visita ortopedica, sembra che ogni versione del catalogo peggiori una tendenza: sparizione delle voci generiche e trasformazione di ogni precedente unica voce in diversi sub-codici. La classica visita ortopedica richiesta dal Mmg si sdoppia in svariate sottospecie. È probabile che ciò vada incontro allo sviluppo delle subspecializzazioni nei grandi ospedali e al conseguente desiderio che ogni sub-reparto e diversi primari hanno di "contare" le proprie prestazioni.

Insomma al Mmg arriva attraverso i rifiuti di una mera struttura amministrativa (il CUP) un ordine ben preciso: "Sii tu il tramite del trionfo del suc-codice e della subspecializzazione". Si tratta di un comando per certi versi suicida, per la nostra professione, che ha una tradizione di opposizione agli eccessi della specializzazione. Tra l'altro avanza in varie Regioni un'ulteriore richiesta: che le richieste non siano fornite di "semplice" sospetto diagnostico, ma di codice ICD. Tutto ciò è la premessa verso un grave errore noto ai metodologi (F. Del Zotti, *Metodi di Medicina Generale*, Levante editori 1993): la chiusura precoce di un problema dentro la bara del codice. Se vediamo urine rosse non possiamo scrivere "urine rosse" (magari da

sospetta assunzione di cibi o farmaci con coloranti) ma dovremmo scrivere subito "Ematuria", con relativo codice ICD. Questa è una prova lampante che l'incremento di obblighi amministrativi centralizzati sul come compilare la ricetta rischia non solo di produrre un Mmg sempre più subordinato pur essendo non dipendente, ma anche di condurre a clamorosi errori diagnostici e metodologici. E tutto ciò è mediato da strutture amministrative il cui ruolo è sempre più ipertrofico.

► CUP e Codici di priorità

L'apposizione di una priorità temporale (ad esempio per le prime visite: "entro 1 mese"; "entro 3 o 6 mesi"; per i controlli: "entro x mesi") serve a dare indicazione di urgenza clinica a cui riferirsi quale criterio principale affinché a valle si creino liste di attesa più o meno lunghe. Ebbene, più volte quando il Mmg, per pazienti cronici, indica ad esempio controllo entro 6 mesi il paziente torna indietro riferendoci che siccome non vi è posto gli impiegati del CUP consigliano di scrivere "prima visita e priorità entro 1 mese". Si rischia così l'induzione di un falso in atto pubblico creando una situazione kafkiana: il tempo lungo "entro 6 mesi" non ha posti, mentre lo avrebbe quello della priorità "entro 1 mese". Evidentemente esistono a monte disfunzioni amministrative sia nella gestione della presa in carico dei reparti sia nella gestione delle loro agende o tra diversi ospedali o strutture specialistiche distrettuali. E l'impiegato, in caso di difficoltà, cerca di risolvere la questione all'italiana rinviando il paziente dal Mmg, il quale poi si dovrebbe far carico di essere flessibile rispetto ai difetti organizzativi di reparti e direzioni sanitarie. Ovviamente sotto la pressione del

povero paziente (pallina di ping-pong) a volte il medico di famiglia potrebbe eseguire l'ordine dell'amministrativo, andando incontro ad ulteriori paradossi, controlli e censure del tipo "con quel sospetto diagnostico sei inappropriato.. non avresti dovuto scrivere quella priorità più breve; così si toglie il posto prioritario a pazienti che ne hanno più bisogno". La rigidità dei regolamenti e la loro applicazione "impersonale" espone i medici a ulteriori rischi. In situazioni molto difficili, in cui il fattore tempo è dirimente, l'unico modo che abbiamo per dialogare ed entrare in contatto con i colleghi ospedalieri è quello di inviare i pazienti attraverso richieste "urgenti" di visite o di esami oppure tramite il Pronto Soccorso. Nelle statistiche di sovrautilizzo dei PS o di inappropriatezza prescrittiva questi fattori dovrebbero essere messi in conto.

► Censori di prescrizioni e detective

Un paziente va al CUP con una mia ricetta di Ecocolor Doppler cardiaca, tra l'altro su suggerimento di un cardiologo. Ebbene, l'impiegata reinvia indietro il paziente con l'ordine al Mmg: scrivere "eco cardiaca" e non ecocolorcardiogramma. L'inflessibilità dell'impiegata è andata avanti nonostante che: a) il paziente le spiegava che era disposto anche a pagare per intero l'esame; b) i Mmg hanno imparato a prescrivere l'ecocolor Doppler, visto che i cardiologi ormai preferiscono di gran lunga l'ecocolor Doppler card alla semplice eco cardiaca. Insomma l'impiegata si è imposta sul diritto di spesa del paziente; si è imposta sulla libertà e conoscenze professionali dei Mmg e dei cardiologi.

Prima dell'avvento della telematica sanitaria quando il paziente riceveva dal suo medico una prescrizione di test o di vista specialistica si recava in strutture fisiche distrettuali con la ricetta rossa cartacea, ove incontrava un impiegato in carne ed ossa che interpretava in qualche modo sia il volere del medico sia la normativa. Oggi sia che vada in un ufficio fisico sia che telefoni o si colleghi ad un sito web della Uls il paziente deve sottoporre se stesso e la ricetta ad un rigido fuoco di fila.

In maniera molto rapida e brusca si chiede al paziente:

a) di dare il consenso alla successiva spoliatura di delicate informazioni personali, pena il blocco della procedura di richiesta;

b) di fornire nome, cognome, codice fiscale, numero progressivo della ricetta, esenzioni; motivo diagnostico e Classe o tempi di priorità (obbligatorie per il Mmg). E tutto ciò esplicita, a comuni impiegati, le malattie del singolo paziente nominativo;

c) a questo punto l'impiegato esercita un potere di discrete dimensioni: decide di valutare - dotato di una serie numerosa di regole che dall'alto gli hanno fornito - la congruità dei vari campi tra di loro;

d) tra l'altro spesso l'impiegato blocca il paziente perché nell'obbligatorio campo 'motivazione' vi sono parole "vietate". Una di queste è ad esempio la parola "prevenzione", che risulta interdotta anche quando i test sono strettamente preventivi (ad es il Pap test).

Questa molteplicità di variabili da controllare nella ricetta può favorire una presunta "irregolarità" della ricetta stessa e il rinvio del paziente-pallina-di-ping-pong al Mmg. Ciò tra l'altro peggiora il rapporto tra Mmg-paziente: "dottore, ha sbagliato la ricetta": è il triste ritornello che sempre più si

ascolta negli ambulatori medici.

Insomma si stabilisce un blocco di potere oggettivo nella combinazione Catalogo Regionale-Dirigenti ed Impiegati del CUP. E si badi bene: sebbene gli impiegati del CUP non sono dei veri e accreditati operatori socio-sanitari, poi oggettivamente svolgono un ruolo spropositato, rischiando di entrare a gamba tesa nella relazione medico-paziente e nel controllare-concentrare informazioni sensibili sanitarie.

Essi posseggono così un potere di traduzione delle volontà di controllo sui medici da parte dei governanti e di interdizione, senza concrete limitazioni. In genere sembra che l'impiegato venga controllato più per l'intensità di adeguamento ai desiderata di governanti e non per il numero dei comodi "no" ai pazienti. Qualcuno controlla il numero dei no ai pazienti e quindi ai Mmg che ogni impiegato stabilisce? Il numero di pazienti-ping pong creati da quei loro "no"? Non credo: nel dubbio questi impiegati negano la prestazione e non hanno supervisor clinici (ad esempio infermieri professionali con ruolo simile a quello degli infermieri dei Ps dedicati a stabilire i codici-colore).

Ci rendiamo conto che aumenta un sistema di sorveglianza e controllo capillare su medici e pazienti e di disagio causati dai numerosi no dell'impiegato a questa o quell'altra prescrizione. Non si tratta solo di una deviazione abnorme di una nuova burocrazia (la tele-burocrazia). Domina ormai l'apoteosi dei codici esatti e quindi del controllo e comando. Si impone la lunghezza e il dettaglio dei regolamenti fatti "rispettare" dai CUP in merito ad esenzioni, classi di priorità, quesito diagnostico. Tutto ciò sembra rispecchiare la tendenza sempre più esplicita dei poteri costituiti nel sorvegliare in maniera quasi totalitaria le caratteristiche ed i comportamenti dei medici e dei pazienti. Ma a che pro?

► Le ventilate ragioni di manager, tecnologi e politici

Lo Stato, le Regioni e le Uls in questi anni hanno investito in tecnologia dei server, dei *software* di controllo delle prescrizioni e dei "Big Data" e in stipendi per manager, ingegneri, informatici. E vogliono che ci sia un ritorno, anche per giustificare la loro persistenza: un "efficiente" sistema matematico ed informatico che produca la moltiplicazione dei controlli e la riduzione delle spese. Ma qui, mi permettano questi decisori potenti, di richiamare l'allarme di una matematica pentita americana Cathy o 'Neal che prima della crisi dei *subprime* del 2008 era consulente di aziende finanziarie che in recente opera (Armi di distruzione matematica, Giunti-Bompiani, 2017) ha scritto: "la matematica sposata alla tecnologia riusciva a moltiplicare il caos e le sventura, alimentando o rendendo più efficienti sistemi che erano malati".

Insomma siamo sicuri che uno sviluppo incontrollato di *software* sforna-codici e di Commissioni regionali sforna-regole e di Server che 'analizzano' le deviazioni rispetto 'all'ideale' non produca, oltre a spese ingenti, un rischioso e abnorme allontanamento dalla *mission* principale dei medici e del sistema sanitario degno di questo nome?

Inoltre, se davvero si volessero controllare in maniera efficace le dizioni e i codici "esatti" (??) delle prescrizioni di esami e visite, si dovrebbe avere un sistema telematico regionale che nello stesso momento in cui il Mmg sta prescrivendo gli suggerisca l'alternativa valida e corretta. A fronte di questa chiara insufficienza dei *software* usati in diverse Regioni italiane si ha poi la pretesa di controllare "gli errori" dei Mmg con nuove aziende informatiche e medici delle direzioni

sanitarie che analizzano "la percentuale di errori" di tutti i medici pratici. Un altro obiettivo di manager e politici che si evince da questa combinazione di Catalogo-Moltiplicarsi di regole sulla prescrizione-Telematica regionale è quello di voler imporre ai Mmg il moltiplicarsi di regole e ruoli amministrativi.

A questo proposito cito un recente passaggio del Presidente dell'OMCeO di Verona, dottor **Roberto Mora**: "Le Regioni hanno trasferito sui medici quello che prima facevano gli amministrativi. Imputare alla prestazione richiesta un codice piuttosto che un altro ha il significato di imputare alla prestazione richiesta un costo piuttosto che un altro. Una volta, quando si scriveva con la penna, l'amministrativo trasformava la nostra richiesta in codici e costi. Con l'avvento dell'informatica e del Tariffario Regionale a caricare la prestazione ed il relativo costo siamo noi.

E a fronte di queste novità agli amministrativi del CUP hanno trasferito compiti clinici. Leggono i nostri 'Sospetti Diagnostici', respingono le richieste che non li contengono (...) e perfino sottoscrivono che quel sospetto diagnostico non è appropriato. Un amministrativo non ha le competenze per entrare nel merito dei sospetti diagnostici. Deve prenotare e basta! Sarà eventualmente un altro medico (in qs caso il Direttore Sanitario dell'Asl o dell'Azienda) che potrà entrare nel merito ed eventualmente contestare la validità del quesito diagnostico. Il Direttore Sanitario è responsabile di quello che fanno gli amministrativi se si assumono compiti clinici. Se questo avviene il Direttore Sanitario può essere incolpato di omessa vigilanza e di 'prestanomismo'. Sono anche reati deontologici per i quali si risponde all'Ordine.

Tra i compiti del Direttore sanitario vi è

anche quello di vigilare che chi compie certi atti sia in possesso dei titoli per poterli compiere. L'amministrativo non è un medico. E non può entrare nel merito dei quesiti diagnostici!".

Ma a questo punto ci chiediamo, i politici pensano che tutto ciò sia senza costi sanitari e sociali?

► Che fare?

Ma come è potuto succedere tutto ciò? Come gli ordini professionali e i sindacati hanno potuto subire o accettare tutto questo? Ritengo che i nostri dirigenti sindacali e ordinistici negli anni scorsi hanno un'attenuante: l'oggettività dello sviluppo tecnologico informatico galoppante in tutto il mondo ci ha spiazzato; tra l'altro nei primi tempi vi era difficoltà "psicologica" ad opporsi per non apparire "luddisti". Non avevamo le competenze per capirne la portata e gli interstizi e non abbiamo visto che chi ci presentava l'urgenza di accettare subito tutto ciò in realtà utilizzava la tecnica del Cavallo di Troia. Nel pacco dono dei gadget tecnologici e soprattutto telematici si nascondeva un obiettivo per certi versi feroce: l'aumento di potere di manager, tecnocrati e politici ed il controllo sistematico della professione e dei pazienti; insomma: lo snaturamento della professione.

Bisogna ormai acquisire la consapevolezza che quando abbiamo accettato la dematerializzata, il catalogo nomenclatore tariffario, il CUP non abbiamo solo accettato il passaggio alla gestione telefonica ed elettronica, ma anche una pericolosa centralizzazione burocratica-telematica-politica della professione.

In particolare è assai discutibile il potenziamento dei Cup. Si tratta di strutture impiegate, senza specifica formazione e responsabilità sanitarie, che si interpongono tra medici e pa-

zienti; che indagano dati sanitari sensibili per eccellenza (il sospetto diagnostico) e che creano grosse disfunzioni ergonomiche ai pazienti ed ai medici. Non si capisce il senso di aver da una parte sistemi telematici regionali e dall'altra una struttura umana pre-informatica ricca di tanti piccoli Ghino di Tacco delle prestazioni. I sistemi telematici regionali (Sis, Sole, Doge, ecc.) in caso di problemi della ricetta potrebbero dialogare in tempo reale con i Mmg e così evitare assurdi ping pong ai pazienti. Ritengo che almeno il 70% delle prestazioni si possa gestire con questo dialogo in tempo reale tra medici, con le loro segreterie interne (da potenziare) e con un sistema telematico regionale realmente avanzato; il restante 30% dei casi dubbi dovrebbe poi essere gestito da impiegati sotto la tutela di infermieri professionali o medici dedicati allo scopo. Inoltre, la telematica sanitaria centralizzata sembra dare sempre più pretesti al potere costituito per giudicare i medici pesantemente dal piedistallo, in base a numeri astratti. Ad esempio ora i politici, dai tecnici regionali e delle aziende private di "controllo", hanno dati in tempo reale delle ore e i minuti in cui noi siamo in contatto con loro per produrre dematerializzate. E da qui derivano i sermoni sui Mmg che lavorano poche ore, sermoni basati sulla sempre maggiore equivalenza del nostro lavoro con quello dei terminalisti. A loro sembra non interessare se investiamo ore - non censite, perché con collegamento spento - in ambulatorio, a domicilio o al distretto o nei *team* per visitare, studiare e creare *audit* intorno ai problemi delle persone. A costoro serve comunque un bastone e quelle aziende e quei tecno-buro-sauri possono darlo. Ma questa logica rischia di produrre ulteriore distanza e sfiducia dei medici e dei cittadini nei confronti dei governanti e della politica.

► Il kafkiano labirinto telematico

Stiamo subendo tanti tecno-specchiotti per allodole che non ci hanno fatto intravedere l'aumento di potere sulla nostra testa. Non solo, non abbiamo così visto le debolezze tecnologiche, informatiche, giuridiche delle loro operazioni e nemmeno il kafkiano labirinto telematico, spesso inefficiente, in cui ci hanno precipitato; nonché le ridondanze e aumento di costo di una informatica e telematica e ceti amministrativo e dirigenziale molto meno efficienti e moderni di quanto abbiamo ritenuto.

Ma ormai, dopo i primi anni di "ubriacatura telematica", alcuni nodi vengono al pettine. Ora gli Ordini, i sindacati e tutti noi medici non abbiamo più alibi. Con l'aiuto di valenti ingegneri, informatici, giuristi indipendenti dobbiamo esigere una vera, efficiente, ergonomica rivoluzione informatica e non l'accettazione del controllo telematico, basato su regole e investimenti discutibili. Con i tecnici di nostra fiducia dobbiamo analizzare in maniera moderna e nel dettaglio: le tante imposizioni telematiche ed informatiche zoppicanti ed i modi per un reale potenziamento dell'informatica medica; i tanti regolamenti al confine dell'illecito. Dobbiamo infine comunicare le nostre rivendicazioni ai pazienti. Con loro dobbiamo prendere una decisione: nella Rete dobbiamo combattere per avere il ruolo di pescatori, piuttosto che subire quello di pesci-esca catturati a strascico.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Francesco Del Zotti