

LA SANITÀ DIGITALE:

II

DAI CERTIFICATI ONLINE ALLA FARMACIA DEI SERVIZI E ALL'OSPEDALE TELEMATICO

INDICE

Prefazione

1. eHealth in Italia
2. FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico
3. ePrescription - Ricetta medica elettronica
4. Certificati telematici di malattia
 - 4.1. Ricoveri ospedalieri
 - 4.2. I servizi a disposizione dei medici
 - 4.3. Accesso ai servizi erogati dal SAC
 - 4.4. I servizi a disposizione dei lavoratori
 - 4.5. I servizi a disposizione del datore di lavoro
 - 4.6. Adempimenti e sanzioni: l'interpretazione del giurista Francesco Colaci
5. CUP - Centro Unico di Prenotazione
6. Telemedicina
 - 6.1. Medicina telematica in farmacia
 - 6.2. Telemedicina satellitare
7. Innovazione digitale nelle aziende sanitarie
 - 7.1. Progetto "Carta operatori sanitari"

Conclusioni

CENTRO
STUDI

E-mail
centrostudi@mercurio.it
Numero verde
800.014.863
Indirizzo postale
Corso Umberto I, 23 80123 Napoli



CENTRO
STUDI

Il Centro Studi Mercurio è stato fondato per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende farmaceutiche e dei sistemi di aziende operanti nel settore sanitario. Il Centro Studi Mercurio segue i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell'economia aziendale e del management pubblico per supportare le aziende farmaceutiche. Particolare attenzione è rivolta alle dinamiche evolutive e innovative del marketing farmaceutico, monitorate e verificate grazie alla disponibilità di un osservatorio aggiornato in tempo reale con accesso diretto a fonti d'informazioni ufficiali. Le numerose ricerche, in ambito farmaceutico, permettono di costruire una solida base empirica per la realizzazione di report diffusi attraverso pubblicazioni. Il coordinamento e la partecipazione a social network nazionali e internazionali consentono al Centro Studi Mercurio di promuovere studi e analisi comparative, diffondere le conoscenze dei propri ricercatori e fornire supporto alle aziende farmaceutiche per l'elaborazione di politiche e interventi aziendali.

Dott.ssa Adelaide Terracciano

CENTRO
STUDI

E-mail
centrostudi@mercurio.it
Numero verde
800.014.863
Indirizzo postale
Corso Umberto I, 23 80123 Napoli



CENTRO STUDI

PREFAZIONE

Via libera dal 20 ottobre 2012 alle ricette on-line, dalla materializzazione dei certificati medici, al Fascicolo Sanitario Elettronico e documento unificato per carta d'identità e tessera sanitaria. Le nuove regole sull'e-Health, contenute nel Decreto legge sull'Agenda sanitaria italiana pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 245 del 19 ottobre 2012, dovranno regolamentare e dare omogeneità al settore e a tutte quelle esperienze sperimentate a livello locale. Per quanto riguarda la ricetta medica on line, le Regioni avranno tempo fino al 2015 per arrivare ad una quota di sostituzione del 90% rispetto a quelle cartacee. Formato elettronico anche per la Cartella clinica dei pazienti, che potrà essere archiviata dalle strutture sanitarie in formato digitale. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sarà curato dai medici che prenderanno in carico l'assistito sia nell'ambito del SSN che dei servizi socio sanitari regionali. Nel rispetto della privacy, sarà possibile anche utilizzare i dati contenuti nel FSE per finalità di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico. Ogni cittadino, ha detto il ministro della Pubblica amministrazione, Filippo Patroni Griffi illustrando il DL, "Avrà un proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, consultabile in qualsiasi regione d'Italia". Il fascicolo, FSE, conterrà tutti i dati digitali di tipo sanitario e sociosanitario del cittadino, raccogliendone di fatto l'intera storia clinica. Il fascicolo verrà aggiornato da diversi soggetti che, nell'ambito del servizio sanitario pubblico, prendono in cura gli assistiti. In questo senso, le strutture sanitarie pubbliche e quelle private accreditate potranno conservare le cartelle cliniche solo in forma digitale, realizzando così significativi risparmi e semplificazioni. Viene accelerato anche il processo di digitalizzazione delle prescrizioni mediche, definendo tempi certi e uguali su tutto il territorio nazionale.

In questo processo di reingegnerizzazione, le ICT si trasformano da semplici commodity in leve strategiche, che possono rendere l'organizzazione delle ASL/AO più efficiente e capace di erogare servizi di assistenza con il massimo della qualità e della personalizzazione.

L'innovazione tecnologica, dunque, è da legarsi all'utilizzo delle tecnologie al fine di creare nuovi modelli assistenziali e di organizzazione sanitaria. Un progetto che coinvolge tutta la filiera della sanità italiana, a cominciare dai medici di base, interessati dal programma di digitalizzazione (certificati e ricette online), fino alle strutture pubbliche regionali e nazionali.

Il report analizza e confronta questi aspetti, anche dal punto di vista normativo, esaminando le nuove tecnologie nella pratica professionale di medici, farmacisti e operatori della sanità in genere, oltre che le tendenze, i bisogni, le esigenze.

Le "key questions" affrontate nella ricerca sono:

- Analisi della sanità elettronica in Italia con i risvolti normativi
- Il programma di E-government varato dal ministero dell'Innovazione
- La nuova frontiera della farmacia dei servizi

Il report si rivolge soprattutto ai medici di medicina generale e ai prescrittori, ai CEO, ai farmacisti, a manager aziendali e responsabili di marketing e comunicazione, ai reparti di studi e ricerche delle aziende farmaceutiche. E' distribuito gratuitamente e può essere richiesto al numero verde 800.014.863 chiedendo del Centro Studi Mercurio o inviando una email di richiesta all'indirizzo: centrostudi@mercurio.it

1. EHEALTH IN ITALIA

In Italia, nel settore della sanità, si spendono complessivamente 920 milioni di euro all'anno per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Soltanto l'1% circa del budget di spesa totale. Una somma relativamente modesta, se rapportata agli standard europei. È quanto emerge dalla ricerca realizzata dall'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano - e pubblicata sul sito web della Federazione nazionale degli Ordini dei medici - che ha coinvolto un campione di direttori generali amministrativi e sanitari di 176 strutture sanitarie pubbliche e private su tutto il territorio nazionale, tra Asl, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ospedali privati. Analizzando lo studio, si nota che la portata degli investimenti in Ict (Information and communication technology in sanità) varia a seconda delle diverse aree del Paese.

Il Nord Est spende il 25% del totale, il Nord Ovest il 39%, il Sud e le Isole il 19% e il Centro il 17%. Questo significa che al Nord la spesa Ict pro capite è in media di 21 euro, contro i 9 euro circa per abitante di Sud e Isole. Il dato risulta ancora più polarizzato a vantaggio del Nord, se si distinguono le strutture sanitarie ad alto budget Ict (più di 2 milioni e mezzo di euro all'anno) concentrate nell'83% dei casi nel Nord Italia, da quelle a basso budget (meno di un milione di euro annui) che invece sono situate nel 36% dei casi al Sud e nelle Isole.

Grandi differenze anche tra le diverse tipologie di strutture: le Asl assorbono il 48% della spesa totale, le aziende ospedaliere il 31%, gli ospedali privati il 15% e gli Irccs solo il 6%. Esclusa quest'ultima voce, numericamente ridotta, salta agli occhi il maggior sforzo compiuto dalle strutture pubbliche rispetto a quelle private.

La ricerca indica anche in quali ambiti viene utilizzata l'Ict e in quali sarà soggetta a sviluppo nel futuro. Sono considerati ambiti "consolidati" la gestione delle risorse umane e i sistemi di business intelligence, dove si sono già raggiunti alti livelli di maturità e dunque non si prevedono per il futuro ulteriori investimenti rilevanti. Sono invece ambiti "strategici", con alta maturità e per cui sono previsti ulteriori investimenti nei prossimi tre anni, la cartella clinica elettronica (CCE), la gestione amministrativa e i sistemi di integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

La gestione informatizzata dei farmaci e il supporto alla relazione con il paziente sono invece indicati come ambiti "emergenti": non hanno ancora raggiunto un notevole sviluppo ma si prevedono elevati investimenti per il futuro.

In Italia è stato varato il programma "Sanità in Rete", ovvero l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita.

La sanità in Rete contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti. Le iniziative eHealth migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario.

Tali iniziative si inseriscono nel quadro generale di modernizzazione dei rapporti tra pubblica amministrazione e cittadini previsto dall'Agenda digitale italiana. L'articolo 47 del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, al fine di recepire le indicazioni dell'Agenda Digitale Europea - COM (2010) 245 del 26 agosto 2010, ha previsto l'istituzione di una Cabina di Regia "per l'attuazione dell'agenda digitale italiana, coordinando gli interventi pubblici volti alle medesime finalità da parte di Regioni, Province Autonome ed Enti locali."

L'agenda digitale italiana persegue numerosi obiettivi tra i quali la "realizzazione di infrastrutture tecnologiche e immateriali al servizio delle "comunità intelligenti" (smart communities), finalizzate a soddisfare la crescente domanda di servizi digitali" in molteplici settori, tra i quali la sanità. La Cabina di Regia, istituita in data 1 marzo 2012, sta procedendo ad una ricognizione delle iniziative sul tema dell'informatizzazione dei servizi sanitari oggi esistenti sul territorio per mettere a fattor comune i risultati conseguiti ai fini di un riutilizzo delle best practices in territori che presentano situazioni di maggior svantaggio.

L'evoluzione socio-demografica della popolazione,

1. EHEALTH IN ITALIA

la necessità di bilanciare risorse disponibili e qualità dell'assistenza sanitaria prestata, sono di stimolo alla definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari che consentano innanzitutto di tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria. Ciò è possibile attraverso un **sistema di servizi integrati in rete** che consenta, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche con particolare riferimento alla qualità delle stesse, alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate ed al livello di soddisfazione percepito dal cittadino.

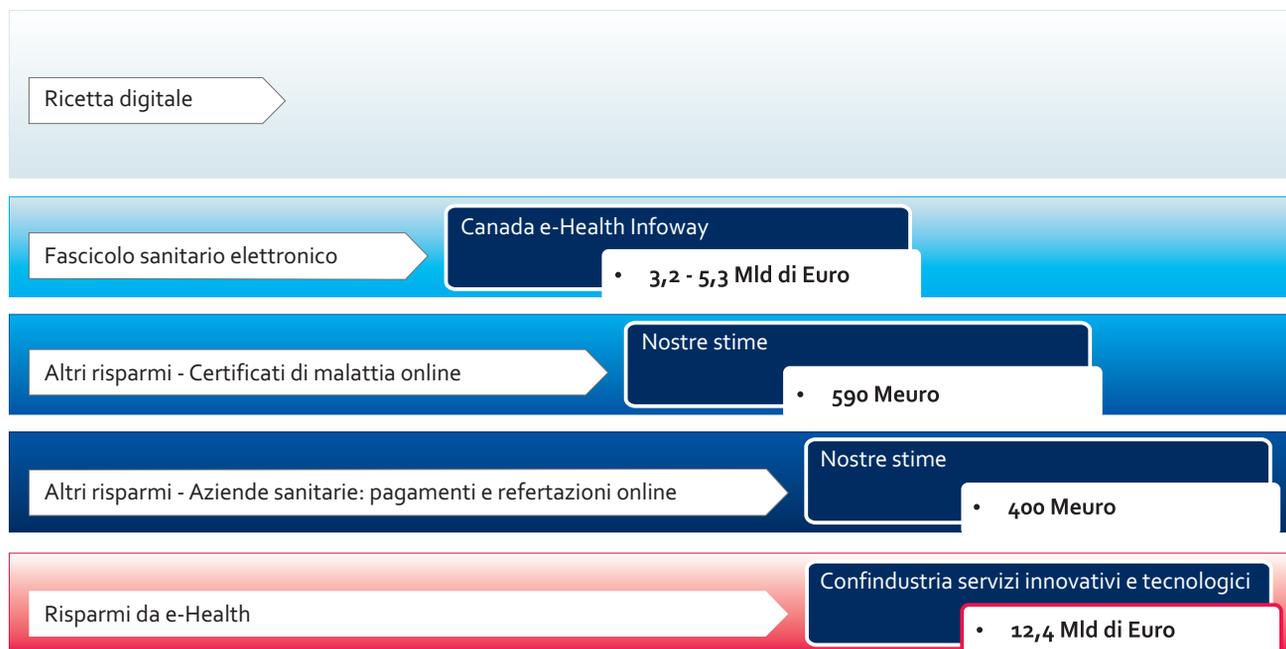
La realizzazione di un sistema di servizi integrati assume una notevole importanza, soprattutto, in un quadro in profondo mutamento ed evoluzione del SSN caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza necessariamente più centrata sui servizi territoriali per far fronte a patologie croniche. In tale contesto, l'applicazione delle nuove tecnologie rappresenta una valida opportunità per definire un migliore bilanciamento, tra l'esigenza di maggiore qualità delle prestazioni e un oculato impiego delle risorse disponibili. (Figura 1)

Stime risparmi da e-Health a confronto
Fonte: Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione

FIGURA

1

STIME RISPARMI DA e-HEALTH A CONFRONTO



1. EHEALTH IN ITALIA

Il tema della sanità in rete è da tempo al centro di numerose azioni a tutti i livelli: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'eHealth quale strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario.

Tali azioni sono fondamentali per creare i presupposti per la realizzazione di una **eHealth Information Strategy** a livello di sistema Paese che abbia una regia unitaria.

L'obiettivo principale della strategia è assicurare uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile dei sistemi informativi sul territorio, affinché siano in grado di supportare le finalità di Governo del SSN e cura del paziente, con livelli di interoperabilità crescenti.

Tale strategia trova la sua naturale collocazione nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NISIS).

I cinque punti cardine del processo di sviluppo dell'eHealth

FIGURA

2



I cinque punti cardine del processo di sviluppo dell'eHealth: 1. Definizione (definizione) dei vincoli e delle istanze dei portatori di interesse; 3. Defi (definizione) degli sforzi progettuali e degli investimenti; 5. Coerenza

1. EHEALTH IN ITALIA

La realizzazione di una **eHealth Information Strategy** nazionale richiede una regia unitaria. È infatti fondamentale concentrare sforzi progettuali ed investimenti secondo percorsi di attuazione e priorità condivise, nel pieno rispetto delle prerogative regionali e locali.

I **servizi di eHealth** sono prioritariamente finalizzati a:

- Supportare il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso l'adeguamento dei sistemi informativi degli attori territoriali alle esigenze di governo, facendo sì che siano in grado di generare i Livelli Essenziali di Informazione (LEI);
- Migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti sanitari al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale;
- Supportare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito del territorio al fine di agevolare i processi di assistenza domiciliare, l'integrazione tra presidi, distretti e professionisti;
- Contribuire efficacemente all'integrazione degli interventi di prevenzione attiva;

- Facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi;

- Migliorare la qualità dei servizi sanitari e favorire il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze attraverso l'introduzione delle soluzioni orientate al governo clinico, alla formazione continua in medicina, alla misurazione degli outcome e alla telemedicina;

Supportare il controllo della spesa sanitaria, attraverso il monitoraggio della domanda di prestazioni sanitarie.

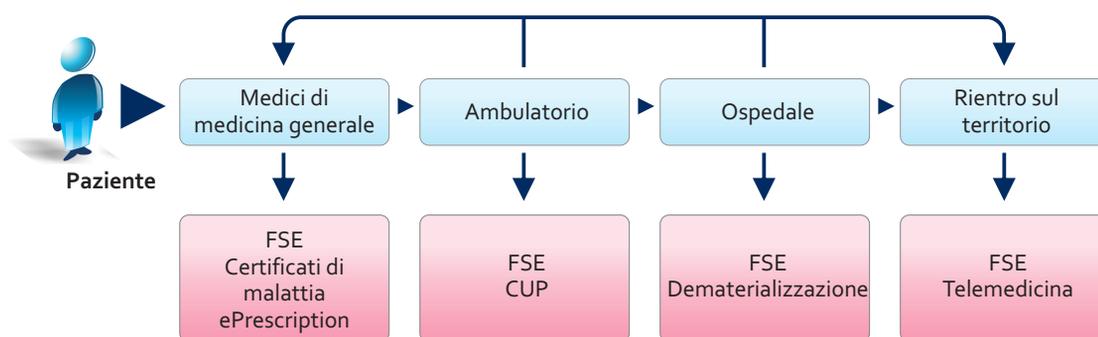
Sono stati pertanto definiti nuovi strumenti a supporto dell'erogazione dei servizi sanitari che consentano innanzitutto di **tracciare il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria**.

Le direttrici principali che indirizzano in tal senso la **eHealth Information Strategy** sono riportati nel seguente schema logico:

I possibili percorsi assistenziali previsti per il cittadino e le soluzioni eHealth a supporto

FIGURA

3



Nella figura 3 vengono rappresentati i possibili percorsi assistenziali previsti per il cittadino. Essi prevedono il coinvolgimento del medico di medicina generale (MMG), del livello ambulatoriale ed ospedaliero, nonché del livello territoriale per la gestione della fase post-acuta. L'avvio del percorso di cura avviene tramite il MMG, che è supportato dalle seguenti soluzioni di eHealth: il Fascicolo Sanitario Elettronico, i Certificati telematici di malattia, l'ePrescription. La fase successiva è quella relativa all'assistenza ambulatoriale, in cui gli strumenti a disposizione sono i Centri Unici di prenotazione e il Fascicolo Sanitario Elettronico. Segue l'assistenza ospedaliera; supportano questa fase il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Dematerializzazione. Infine, nella fase post-acuta di presa in carico del cittadino da parte dei servizi territoriali, le soluzioni di eHealth pertinenti sono il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina. Il percorso assistenziale può prevedere in qualsiasi momento, coerentemente con le necessità di cura, il rientro del paziente nell'ambito dell'Assistenza Territoriale.

1. EHEALTH IN ITALIA

Il percorso assistenziale prevede l'accesso del paziente ai servizi sanitari tramite il medico di medicina generale, o il pediatra di libera scelta, il quale, a valle della sottoscrizione del consenso al trattamento dei dati personali da parte del paziente, aggiorna il "patient summary" contenuto nel Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente (FSE) stesso e, ove necessario, produce certificati telematici di malattia, nonché prescrizioni elettroniche.

Se previsto, il paziente può accedere ai servizi territoriali e ospedalieri attraverso i Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prenderanno in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), conterrà tutte le informazioni cliniche del paziente e raccoglierà i documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito.

Tali informazioni supporteranno le decisioni del medico, garantendo, in tal modo, una più efficace e tempestiva assistenza diagnostica e terapeutica soprattutto nei casi d'urgenza.

La diffusione dei sistemi digitali di gestione delle immagini diagnostiche consentirà la dematerializzazione della documentazione sanitaria a beneficio dei processi organizzativi e gestionali.

La realizzazione dei **sistemi informativi per la sanità in rete** sta procedendo con apprezzabile dinamismo, attraverso importanti progetti a livello centrale e iniziative sostanzialmente attive in tutte le Regioni Italiane.

La situazione sul territorio nazionale risulta tuttavia fortemente differenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architetturali, agli standard semantici, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi.

Ciò è conseguenza delle diverse modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica nei diversi contesti, con differenti modelli organizzativi implementati, oltre che frutto di una differenziata capacità di investimento.

Alla luce di quanto evidenziato, è fondamentale che le iniziative di sanità in rete intraprese a **livello nazionale** siano coerenti sia con la cornice

strategica definita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che con le pertinenti iniziative in essere a livello comunitario.

Tali iniziative sono riconducibili principalmente ai seguenti ambiti di intervento:

- Accesso ai servizi sanitari: sistema articolato a rete di Cup Centri Unici di Prenotazione che consentono ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale;
- Disponibilità della storia clinica del paziente: FSE Fascicolo Sanitario Elettronico che consente l'archiviazione e l'accesso alle informazioni sanitarie individuali;
- Innovazione nelle cure primarie: connessione in rete dei medici del SSN, **digitalizzazione** e trasmissione elettronica delle prescrizioni dei certificati di malattia;
- Ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza mediante la telemedicina;
- Trasversale a tutte le iniziative di eHealth, e prerequisito per le stesse, è la dematerializzazione dei documenti sanitari.

Inoltre, la disponibilità di strumenti che consentano l'**identificazione certa ed univoca degli assistiti** - attraverso una chiave unica, opportunamente anonimizzata, atta a ricondurre ciascun evento sanitario al cittadino che interagisce con il SSN - rappresenta l'elemento portante per l'attuazione della sanità in rete e la condivisione delle informazioni sanitarie individuali utili ai fini della programmazione sanitaria.

Ai fini di adempiere alle decisioni n.189 e n.190 del 18 giugno 2003 della Commissione della UE (2003/751/CE e 2003/752/CE), che prevedevano l'adozione negli stati membri di una "carta di assicurazione sanitaria" per l'assistenza durante soggiorni temporanei in uno degli Stati della UE, dello Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e in Svizzera, è stata adottata in Italia la TEAM, tessera europea di assicurazione malattia.

La necessità d'identificazione certa del cittadino-paziente tramite il codice fiscale, prevista dalla TEAM, ha dato altresì impulso all'avvio del progetto **Tessera Sanitaria** finalizzato al monitoraggio della spesa nel settore sanitario e dell'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie (art. 50, legge 326/03 e s.m.i.).

1. EHEALTH IN ITALIA

Trasversale a tutte le iniziative di eHealth, e prerequisito per le stesse, è la dematerializzazione dei documenti sanitari. Inoltre, la disponibilità di strumenti che consentano l'**identificazione certa ed univoca degli assistiti** - attraverso una chiave unica, opportunamente anonimizzata, atta a ricondurre ciascun evento sanitario al cittadino che interagisce con il SSN - rappresenta l'elemento portante per l'attuazione della sanità in rete e la condivisione delle informazioni sanitarie individuali utili ai fini della programmazione sanitaria.

Ai fini di adempiere alle decisioni n.189 e n.190 del 18 giugno 2003 della Commissione della UE (2003/751/CE e 2003/752/CE), che prevedevano l'adozione negli stati membri di una "carta di assicurazione sanitaria" per l'assistenza durante soggiorni temporanei in uno degli Stati della UE, dello Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e in Svizzera, è stata adottata in Italia la **TEAM - Tessera Europea di Assicurazione Malattia**.

La necessità d'identificazione certa del cittadino-paziente tramite il codice fiscale, prevista dalla TEAM, ha dato altresì impulso all'avvio del progetto **Tessera Sanitaria** finalizzato al monitoraggio della spesa nel settore sanitario e dell'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie (art. 50, legge 326/03 e s.m.i.).

Tale tessera mostra sul lato frontale le informazioni già riportate sul tesserino di codice fiscale e i dati sanitari riservati alla Regione e, sul lato posteriore invece, i dati relativi alla suddetta TEAM.

La **Tessera Sanitaria** è stata distribuita a tutti i cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale a partire dal 2004 e consente, tra l'altro, di conoscere e governare le risorse spese per farmaci e prestazioni specialistiche dal Servizio Sanitario Nazionale.

Al fine di rendere progressivamente fruibili, nell'ambito del SSN, nuovi ed ulteriori servizi di eHealth ai cittadini, il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, nella legge 30 luglio 2010, n. 122, decreto legge 78/2010, prevede opportune misure ai fini dell'evoluzione della Tessera Sanitaria verso la Tessera Sanitaria – Carta nazionale dei servizi (TS-CNS).

Le iniziative sopra descritte, fortemente integrate tra loro, rendono il nostro Paese una realtà avanzata in diversi ambiti di applicazione

dell'eHealth.

Su tali presupposti il Ministero della salute ha partecipato, nel corso del 2010, insieme ad un nutrito gruppo di Paesi Membri, Enti ed Associazioni afferenti sia all'ambito medico che telematico, alla predisposizione di una proposta progettuale, sottoposta all'Agenzia per la salute dei consumatori (EAHC) ed alla Direzione generale della società dell'informazione e dei media (DG INFSO), nell'ambito del Secondo programma d'azione comunitaria nel campo della salute. L'iniziativa progettuale è oggetto di co-finanziamento attraverso due strumenti finanziari di derivazione comunitaria: joint action e thematic network.

Il progetto, denominato "eHealth Governance Initiative" (eHGI), si prefigge la finalità di creare un meccanismo di governance attraverso il quale coordinare le attività in ambito eHealth a livello comunitario, ed in particolare:

- Instaurare meccanismi di dialogo continuo e sistematico tra i livelli istituzionale, strategico ed operativo, in ambito europeo e nazionale, la cui carenza costituisce ad oggi un ostacolo all'ulteriore sviluppo dell'eHealth;
- Creare una piattaforma di scambio comune a tutti gli Stati Membri nell'ambito della quale identificare ed affrontare congiuntamente le problematiche che concernono l'eHealth, supportare la realizzazione di servizi e soluzioni di eHealth interoperabili a livello europeo, in stretta collaborazione con i diversi stakeholder, in primis gli utenti finali e le associazioni rappresentative degli operatori di mercato.

Il progetto eHGI ha, tra gli altri, l'obiettivo di sviluppare una cornice normativa per la predisposizione dell'identità digitale (eID Management) che costituisce la condizione per la realizzazione di una rete di servizi sanitari transfrontalieri, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 14 della Direttiva 2011/24/UE. Il progetto ha avuto ufficialmente avvio il 1 febbraio 2011, e avrà una durata di 36 mesi.

2. FSE - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Dalla Gazzetta Ufficiale

Art. 12

Fascicolo Sanitario Elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario

1. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

2. Il FSE è istituito dalle regioni e province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:

a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;

c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

3. Il FSE è alimentato in maniera continuativa, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso.

4. Le finalità di cui alla lettera a) del comma 2 sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l'assistito.

5. La consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE di cui al comma 1, per le finalità di cui alla lettera a) del comma 2, può essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalità individuate a riguardo. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

6. Le finalità di cui alle lettere b) e c) del comma 2 sono perseguite dalle regioni e dalle province autonome, nonché dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dal Ministero della salute nei limiti delle rispettive competenze attribuite dalla legge, senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE, secondo livelli di accesso, modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione dei dati definiti, con regolamento di cui al comma 7, in conformità ai principi di proporzionalità, necessità e indispensabilità nel trattamento dei dati personali.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 15, comma 25-bis, di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7

agosto 2012, n. 135, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute e del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 154, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono stabiliti: i contenuti del FSE, i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE da parte dei soggetti di cui ai commi 4, 5 e 6, la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato, i criteri per l'interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo, nel rispetto delle regole tecniche del sistema pubblico di connettività.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico ha come obiettivo il fornire ai medici, e più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del Sistema Sanitario. Esso contiene eventi sanitari e documenti di sintesi, organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine.

Nell'ambito della sanità in rete, la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta un salto culturale di notevole importanza il cui elemento chiave risiede nel considerare il FSE, non solo come uno strumento necessario a gestire e supportare i processi operativi, ma anche come fattore abilitante al miglioramento della qualità dei servizi e al contenimento significativo dei costi.

Il soggetto a cui il Fascicolo Sanitario Elettronico si riferisce è sempre un singolo cittadino. L'orizzonte temporale di riferimento è l'intera vita di un cittadino. All'interno del FSE, inoltre, è fondamentale che sia contenuta una sintesi della

2. FSE - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

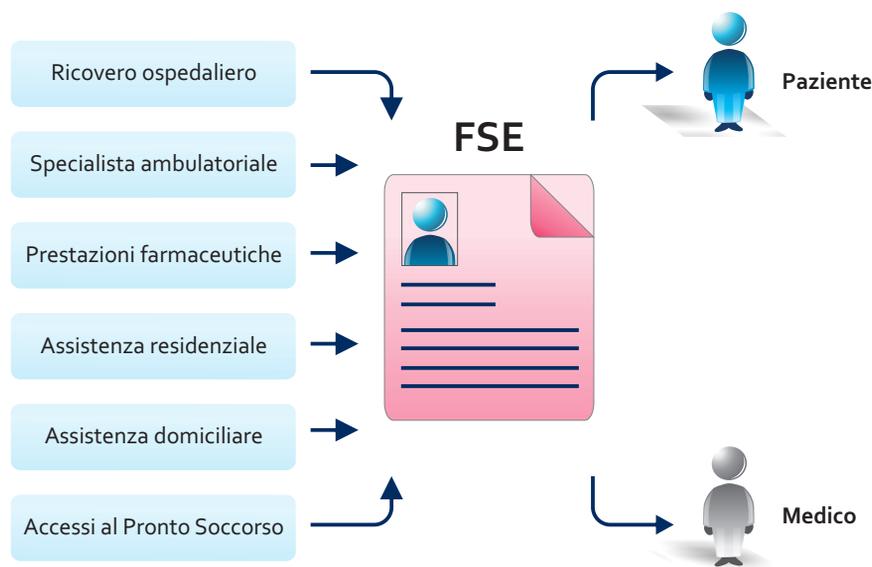
storia clinica del paziente, il *Patient Summary*, in modo da rendere fruibili in maniera ottimale le informazioni necessarie. Accanto al Sistema di FSE è opportuno ricordare come sia necessaria l'implementazione dei sistemi di anagrafiche (dei medici e degli assistibili) e degli altri sistemi informatici. La sinergia di tutte le componenti, infatti, permette di sfruttare le potenzialità della sanità in rete realizzando un ventaglio di servizi in grado di incidere in maniera significativa sull'efficacia dell'assistenza in termini di

appropriatezza clinica ed organizzativa oltre che sull'efficienza dei processi. Un aspetto importante da considerare riguarda poi il rispetto della privacy e la protezione dei dati personali del cittadino.

Principali tipologie di informazioni che il FSE raccoglie e rende disponibili al medico e al paziente

FIGURA

4



Nella figura 4 sono riportate le principali tipologie di informazioni che il Fascicolo Sanitario Elettronico raccoglie e rende disponibili al medico e al paziente. Tali tipologie di informazioni riguardano i seguenti ambiti: ricovero ospedaliero; specialistica ambulatoriale; prestazioni farmaceutiche; assistenza residenziale; assistenza domiciliare; accessi al Pronto Soccorso. Il Fascicolo Sanitario Elettronico è il punto di aggregazione delle informazioni e dei documenti clinici generati dai vari attori del Sistema Sanitario; esso fornisce quindi una visione globale e unificata dello stato di salute del singolo cittadino.

2. FSE - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Ministero ha condotto una rilevazione nel luglio 2008 finalizzata ad effettuare una ricognizione dello stato di attuazione dei sistemi informativi regionali alla quale hanno partecipato tutte le Regioni e Province Autonome. Tra queste, si è rilevato che un nucleo ristretto presenta, allo stato della rilevazione, un ottimo livello di maturazione dei propri sistemi informativi. La situazione sul territorio nazionale risulta altresì fortemente differenziata.

In particolare, per quanto riguarda i sistemi di prescrizione elettronica, essi sono integrati con il FSE solamente in 2 Regioni e Province Autonome.

Relativamente alle tipologie di Fascicolo Sanitario Elettronico adottato, si osserva una prevalenza per modelli di tipo federato. In particolare, il **modello federato** è, allo stato della rilevazione, adottato o comunque previsto in 11 Regioni e Province Autonome, mentre, il **modello centralizzato** è adottato, o comunque previsto, in 5 Regioni e Province Autonome.

Il *patient summary* inoltre risulta essere attivo in 16 Regioni e Province Autonome e in 10 Regioni risulta essere gestito internamente al Fascicolo Sanitario Elettronico stesso.

Con riferimento alle tipologie di strutture che interagiscono con il FSE risulta una copertura, da parte delle Regioni e Province Autonome, rispettivamente del 43% per le ASL, del 62% per le AO e/o presidi ospedalieri e del 19% per gli ambulatori territoriali.

In merito alle tipologie di operatori sanitari che interagiscono con il FSE emerge una copertura, nelle diverse Regioni e Province Autonome del 71% per quanto riguarda i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, del 67% con altri medici del SSN, del 29% per Infermieri e del 5% per i Farmacisti.

Infine, per quanto concerne la tipologie di prestazioni sanitarie che vengono gestite mediante il FSE nelle diverse Regioni e Province Autonome, si rileva una percentuale del 52% per le prestazioni specialistiche ed ospedaliere, un 33% per le prestazioni farmaceutiche, fino al 24% per le prestazioni di pronto soccorso.

Con riferimento ai contenuti informativi gestiti dal FSE, solamente il 43% delle Regioni e Province Autonome dichiara di gestire almeno una parte dei propri contenuti informativi sanitari nell'ambito del FSE. Si rileva, in particolare, una prevalenza dei

seguenti contenuti informativi: prescrizioni, prestazioni, referti, lettere di dimissione, area emergenza-urgenza, patologie e cronicità. Risulta invece molto ridotta la gestione di contenuti informativi relativi a vaccinazioni e certificati.

Relativamente alle finalità di utilizzo del FSE da parte degli operatori sanitari, particolarmente diffusa risulta la consultazione della storia clinica del paziente, analogamente alla gestione dei processi di cura. Meno diffusa la finalità di utilizzo del FSE nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Al fine di supportare la realizzazione di una cornice normativa unitaria, necessaria alla definizione di un modello di riferimento nazionale, e nel contempo valorizzare i risultati raggiunti a tutti i livelli del SSN, il Ministero della salute nel secondo semestre del 2008 ha istituito un **tavolo interistituzionale** a cui partecipano, oltre ad esperti interni ed esterni del Ministero, rappresentanti del Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, referenti regionali ed un rappresentante dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in qualità di osservatore. Tale Tavolo ha elaborato una proposta normativa che disciplini il FSE a livello nazionale, che è stata inserita nel disegno di legge governativo su proposta del Ministro della salute *pro-tempore* recante "Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria", definitivamente approvato dal Consiglio dei ministri il 10 marzo 2011, dalla Camera dei Deputati il 28 settembre 2011, e attualmente all'esame del Senato della Repubblica (A.S. 2935).

Il Tavolo sta procedendo nella predisposizione dello schema di regolamento attuativo che, successivamente all'entrata in vigore della proposta di norma inserita nel disegno di legge suddetto, consentirà di disciplinare i diversi aspetti che attengono l'istituzione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, tra i quali: relativi contenuti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità ed i livelli diversificati di accesso al Fascicolo.

Il Tavolo, inoltre, ha definito apposite linee guida nazionali per la realizzazione di un sistema di Fascicolo Sanitario Elettronico.

2. FSE - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Esse individuano le caratteristiche del FSE e del *patient summary*, gli aspetti infrastrutturali e gli standard tecnologici, i livelli di sicurezza e di protezione dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Tale documento è stato oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011 ed è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011. Il recepimento delle Linee guida nazionali sarà valutato in sede di adempimenti LEA.

Infine con riferimento alle iniziative intraprese a livello europeo, è opportuno ricordare il progetto epSOS un'iniziativa, attivata a luglio 2008 e della durata di 36 mesi, finalizzata alla sperimentazione su scala europea del *patient summary* e della prescrizione elettronica allo scopo di assicurare l'interoperabilità delle soluzioni adottate dagli stati membri. A tale progetto partecipano 12 Stati Membri, tra cui l'Italia.

Al fine di garantire coerenza tra la suddetta iniziativa europea e i progetti in corso a livello regionale è stato sottoscritto, il 9 ottobre 2008, un **protocollo di intesa** tra l'allora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Settore Salute, oggi Ministero della salute, il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e un consorzio di Regioni, finalizzato alla "sperimentazione di un sistema per **l'interoperabilità europea e nazionale** delle soluzioni di Fascicolo Sanitario Elettronico: componenti *patient summary* ed *ePrescription*". Al consorzio, di cui la Regione Lombardia è capofila, partecipano le Regioni Abruzzo, Emilia Romagna, Molise, Sardegna, Toscana, Umbria, la Provincia Autonoma di Trento e l'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

3. EPRESCRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

Dalla Gazzetta Ufficiale

Sezione IV

Sanità digitale

Art. 13

Prescrizione medica e cartella clinica digitale

1. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, accelerando la sostituzione delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale-SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico, generate secondo le modalità di cui al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze in data 2 novembre 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 dicembre 2012, concernente la dematerializzazione della ricetta cartacea di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le regioni e le province autonome, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, provvedono alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60 per cento nel 2013, all'80 per cento nel 2014 e al 90 per cento nel 2015.

2. Dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di attuazione del presente comma.

3. I medici interessati dalle disposizioni organizzative delle regioni di cui al comma 1, rilasciano le prescrizioni di farmaceutica e specialistica esclusivamente in formato elettronico. L'inosservanza di tale obbligo comporta l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55-septies, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

4. Dal 1° gennaio 2014, il sistema per la tracciabilità delle confezioni dei farmaci erogate dal SSN basato su fustelle cartacee è integrato, ai fini del rimborso delle quote a carico del SSN, da sistema basato su tecnologie digitali, secondo modalità pubblicate sul

sito del sistema informativo del progetto «Tessera sanitaria», di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con codificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e nel rispetto di quanto previsto dal Sistema di tracciabilità del farmaco del Ministero della salute.

5. All'articolo 47-bis del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, dopo il comma 1 sono aggiunti in fine i seguenti:

«1-bis. A decorrere dal 1° gennaio 2013, la conservazione delle cartelle cliniche può essere effettuata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, anche in forma digitale, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

1-ter. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture sanitarie private accreditate.».

Il Ministero della salute ritiene essenziale lo sviluppo dell'ePrescription (prescrizione elettronica), soprattutto in considerazione delle ricadute in termini di processi clinico-assistenziali che ne conseguono, tra cui la maggiore facilità di accesso alle terapie, il migliore monitoraggio e controllo delle stesse, la maggiore capacità di prevenzione degli errori clinici, i minori costi sociali.

La **trasformazione da ricette cartacee a prescrizioni elettroniche** diventa pertanto un passaggio obbligato nell'automazione dei processi di comunicazione sia all'interno delle stesse strutture di ricovero e cura, sia tra i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e gli erogatori di servizi. L'adozione di **formati digitali** rende così possibile l'interscambio di informazioni ed automatizza i processi di gestione delle ricette mediche.

Questo obiettivo non costituisce, però, l'unico vantaggio che deriva dall'adozione delle **prescrizioni elettroniche**. Ancora più importante, per la professione medica, è la possibilità di controllare l'**appropriatezza prescrittiva** e la sicurezza della richiesta in funzione delle allergie del paziente, delle terapie in corso, verificando ad esempio le possibili interferenze farmacologiche, delle linee guida e dei profili di cure nonché, più in

3. EPRESRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

generale, del quadro clinico complessivo.

In questo ambito, la prescrizione elettronica concorre a rendere disponibili informazioni su cui si basano sistemi clinici di supporto alle decisioni che migliorano la qualità e riducono notevolmente i rischi per il paziente in fase di erogazione. La prescrizione elettronica presenta inoltre il vantaggio di consentire un **controllo della spesa** più facile ed accurato, con una tempistica certamente più breve rispetto ai sistemi tradizionali di elaborazione delle ricette.

Con il DPCM del 26 marzo 2008 sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte dei medici del SSN. In attuazione del DPCM, il Ministero della salute ha partecipato alle attività per la definizione dei Piani Regionali attuativi.

Il programma di avvio a regime della trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori, è stato definito dai decreti ministeriali indicati di seguito:

- Il decreto ministeriale 14 luglio 2010 ha definito il programma di avvio a regime della trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori in Lombardia a partire dal 1 ottobre 2010
- Il decreto ministeriale 21 febbraio 2011 ha definito il programma di avvio a regime della trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori nelle seguenti Regioni: Valle d'Aosta (1 aprile 2011), Emilia Romagna (1 maggio 2011), Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano (1 luglio 2011), Calabria e Liguria (1 settembre 2011), Basilicata (1 ottobre 2011)
- Il decreto ministeriale 21 luglio 2011, ha definito il programma di avvio a regime della trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori nelle seguenti Regioni: Provincia Autonoma di Trento (1 ottobre 2011), Toscana e Sardegna (31 dicembre 2011) e Puglia (31 gennaio 2012)
- Il decreto ministeriale 2 luglio 2012, ha definito il programma di avvio a regime della trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori nelle rimanenti Regioni: Veneto, Marche e Sicilia (30 giugno 2012), Lazio (30

settembre 2012), Friuli Venezia Giulia (31 ottobre 2012), Umbria (31 dicembre 2012).

Di rilevante importanza, in questo ambito applicativo, è il decreto legge 78/2010 recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito, con modificazioni, nella legge 30 luglio 2010, n. 122 il quale stabilisce, all'articolo 11, comma 16, quanto segue:

- Ai fini della **trasmissione telematica delle ricette mediche** di cui all'articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis del decreto-legge n. 269/03 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 326/03, viene previsto l'utilizzo della stessa piattaforma messa a disposizione per la trasmissione telematica dei certificati di malattia
- L'invio telematico dei dati relativi alle ricette mediche **sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo**.

In attuazione dell'articolo 11, comma 16, del decreto legge n. 78/2010 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze hanno adottato il decreto 2 novembre 2011 (G.U. n. 264 del 12 novembre 2011), con cui sono state definite le modalità tecniche per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea per le prescrizioni a carico del SSN e dei SASN. L'attuazione delle disposizioni contenute nel decreto ministeriale è rimessa a piani di diffusione da sottoscrivere con le singole Regioni entro il mese di settembre 2012.

3. EPRESCRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

Il ricettario elettronico, come già avviene per quello cartaceo, è assegnato al medico da specifici enti abilitati come la Asl, le Aziende ospedaliere e, dove autorizzati dalle Regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i policlinici universitari. Il medico compila il form della ricetta elettronica e la invia on-line alla farmacia o all'ambulatorio medico, a seconda che la prescrizione si riferisca a un farmaco o ad altro tipo di prestazione. Al paziente viene comunque rilasciato anche il promemoria cartaceo della ricetta. (Figura 5)

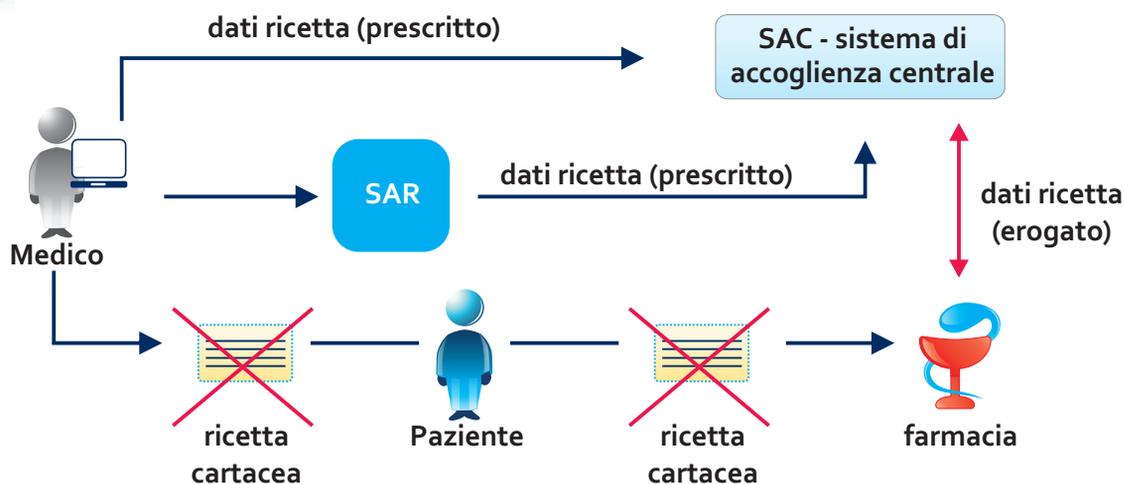
Al momento della compilazione della ricetta elettronica, il medico prescrittore ne invierà i dati al SAC, o al SAR (Sistema di accoglienza regionale), se la Regione ne è fornita, comprensivi del numero di ricetta elettronica (NRE), del codice fiscale del

paziente e dell'eventuale esenzione. Il paziente, a quel punto, si recherà in farmacia, ad esempio, con la propria tessera sanitaria e il promemoria della ricetta. Al farmacista basterà controllare on line la prescrizione, attraverso l'identificazione tramite tessera elettronica, e consegnerà il farmaco al paziente. La farmacia ha la possibilità di visionare esclusivamente i dati della ricetta elettronica per cui l'assistito chiede l'erogazione e può trasmettere telematicamente i dati al SAC (Sistema di accoglienza centrale) o al SAR (Sistema di accoglienza regionale). Tra i dati da inviare vi sono il codice del farmaco, il numero identificativo apposto sul bollino presente sulla confezione e i dati contabili derivanti dalla vendita.

Le novità per medici e farmacisti

FIGURA

5



3. EPRESCRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

Nel caso non abbia tutti i farmaci prescritti, il farmacista può rinviare la chiusura della ricetta generando così un sospenso, in modo che nessun altro operatore abbia modo di effettuare operazioni su di essa.

Nel caso di impossibilità tecnica di scaricare la ricetta, invece, il farmacista dispensa ugualmente il farmaco sulla base dei dati riportati sul promemoria cartaceo, dopo di che trasmetterà le informazioni per via telematica al SAC. A partire da questo momento la ricetta non sarà più scaricabile da altre strutture.

Nel caso di un errore di dispensazione, infine, è prevista la possibilità di richiedere al SAC o al SAR, la cancellazione o l'annullamento della ricetta, comunicando la rettifica.

3. EPRESCRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

3.1. Linee guida per prescrizione dei farmaci con principio attivo e invio

Di seguito le linee guida del Ministero nell'ambito di applicazione delle nuove disposizioni sulla prescrizione dei farmaci contenute nel comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, come modificato dalla legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135 e su come tale disciplina si correla con quella recata dal comma 12 dell'articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Al fine di fornire gli opportuni chiarimenti, si ritiene utile riportare preliminarmente, per chiarezza espositiva, il testo delle due previsioni di legge richiamate:

Articolo 15, comma 11-bis del decreto-legge n.95/2012 (testo risultante dalla legge di conversione):

11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.

Articolo 11, comma 12, del decreto-legge n. 1/2012 (testo risultante dalla legge di conversione):

12. Il medico, nel prescrivere un farmaco, è tenuto, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali. Il farmacista, qualora sulla ricetta non risulti apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del farmaco prescritto, dopo aver informato il cliente e salvo diversa richiesta di

quest'ultimo, è tenuto a fornire il medicinale prescritto quando nessun medicinale fra quelli indicati nel primo periodo del presente comma abbia prezzo più basso ovvero, in caso di esistenza in commercio di medicinali a minor prezzo rispetto a quello del medicinale prescritto, a fornire il medicinale avente prezzo più basso. All'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nel secondo periodo, dopo le parole: "è possibile" sono inserite le seguenti: "solo su espressa richiesta dell'assistito e". Al fine di razionalizzare il sistema distributivo del farmaco, anche a tutela della persona, nonché al fine di rendere maggiormente efficiente la spesa farmaceutica pubblica, l'AIFA, con propria delibera da adottare entro il 31 dicembre 2012 e pubblicizzare adeguatamente anche sul sito istituzionale del Ministero della salute, revisiona le attuali modalità di confezionamento dei farmaci a dispensazione territoriale per identificare confezioni ottimali, anche di tipo monodose, in funzione delle patologie da trattare. Conseguentemente, il medico nella propria prescrizione tiene conto delle diverse tipologie di confezione.

3. EPRESCRIPTION - RICETTA MEDICA ELETTRONICA

3.1. Linee guida per prescrizione dei farmaci con principio attivo e invio

ADEMPIMENTI DEL MEDICO

A) Le nuove modalità prescrittive previste dal comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto-legge n.95/2012 riguardano soltanto i casi in cui ricorrono entrambe le seguenti condizioni:

- Il paziente è curato per la prima volta per una patologia cronica o è curato per un nuovo episodio di patologia non cronica mediante l'impiego di un determinato principio attivo
- Esistono sul mercato più medicinali equivalenti a base del principio attivo scelto dal medico per il trattamento.

Quando ricorrano queste condizioni, il medico DEVE prescrivere il medicinale mediante l'indicazione del suo principio attivo. In aggiunta a questa indicazione obbligatoria, il medico HA FACOLTÀ di indicare il nome di uno specifico medicinale a base di quel principio attivo (sia esso un medicinale "di marca" o un medicinale con denominazione generica, costituita dalla denominazione comune internazionale o scientifica, accompagnata dal marchio o dal nome del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio).

Pertanto, nei casi sopra descritti, la ricetta risponde alle previsioni di legge se indica:

- Il solo principio attivo, ovvero
- Il principio attivo + il nome di un medicinale a base di tale principio attivo

Non è conforme a legge la ricetta che, nei casi descritti, indichi soltanto il nome di uno specifico medicinale.

B) Anche nei casi descritti nella lettera A il medico può rendere vincolante la prescrizione di uno specifico medicinale (che egli dovrà comunque scrivere in ricetta, per quanto detto, in aggiunta al principio attivo e mai da solo), quando lo ritenga non sostituibile per la cura del paziente, così come già previsto dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge n. 1/2012. In tale ipotesi, però, la clausola di non sostituibilità deve essere obbligatoriamente accompagnata da una sintetica motivazione. Tale motivazione non potrà in nessun caso fare riferimento alla presunta o dichiarata volontà del paziente né riferirsi, tautologicamente, a generiche

valutazioni di ordine clinico o sanitario, ma dovrà, sia pur succintamente, indicare le specifiche e documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato medicinale, anziché di un altro ad esso equivalente (ad esempio, accertata intolleranza del paziente a determinate sostanze comprese fra gli eccipienti di altri medicinali a base dello stesso principio attivo). L'assenza della motivazione, così come la presenza di una motivazione inidonea, rende la ricetta non conforme a legge.

C) Nei casi diversi da quelli descritti alla lettera A (e cioè in tutti i casi in cui si debba continuare una terapia già in atto per il trattamento di una patologia cronica o non cronica), non trovano applicazione la disposizione dell'obbligatoria indicazione del principio attivo e le correlate disposizioni del comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto-legge 95. In simili ipotesi, pertanto, il medico potrà prescrivere uno specifico medicinale. Naturalmente, anche in questo caso, pur in assenza di una puntuale previsione normativa al riguardo, egli potrà limitarsi a indicare il solo principio attivo, quando ritenga che questa modalità sia idonea al raggiungimento dello scopo terapeutico che intende perseguire: è del tutto evidente, infatti, che, alla luce dell'innovazione contenuta nel decreto-legge n. 95/2012, la prescrizione mediante indicazione del principio attivo non può considerarsi *contra legem*, quando utilizzata al di fuori dei casi in cui la stessa è prevista come obbligatoria. Nelle ipotesi ora considerate, qualora, nel prescrivere uno specifico medicinale, intenda evitare, per specifiche e documentate ragioni di ordine clinico, che il paziente sia trattato con un medicinale diverso da quello da lui indicato, il medico potrà apporre la clausola di non sostituibilità, senza necessità di motivarla, conformemente a quanto già previsto dal decreto-legge n.1/2012.

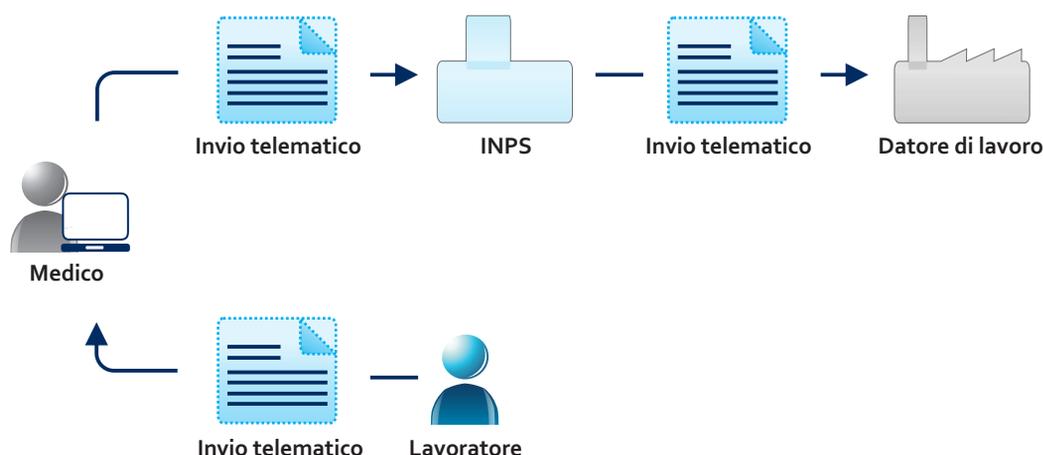
D) Sia nei casi descritti alla lettera A sia in quelli a cui si riferisce la lettera C, il medico resta tenuto a informare il paziente della presenza in commercio di farmaci di uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, come previsto dal primo periodo del comma 12 dell'articolo 11 del decreto-legge n. 1/2012.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

Schema invio certificati telematici di malattia

FIGURA

6



Nella figura 6 è rappresentato il percorso previsto per l'invio dei certificati attestanti l'assenza per malattia. Il lavoratore dipendente (pubblico o privato) contatta il proprio medico per richiedere il certificato attestante l'assenza per malattia da presentare al relativo datore di lavoro. Il medico, effettua l'invio telematico di tale certificato all'INPS. L'INPS, a sua volta, rende disponibile l'attestato di malattia al datore di lavoro, tramite modalità telematica.

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia è finalizzato a consentire l'invio, da parte dei medici del SSN, dei certificati attestanti l'assenza per malattia per i lavoratori sia del settore privato sia del settore pubblico all'INPS e, per il suo tramite, ai rispettivi datori di lavoro, secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

In particolare, in attuazione del DPCM 26 marzo 2008, il Ministero della salute ha emanato, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito l'INPS, il Decreto 26 febbraio 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010. Tale Decreto definisce le modalità tecniche di predisposizione e invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia da parte dei medici del SSN.

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia consente di automatizzare e digitalizzare completamente l'intero processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia e degli attestati di malattia (intendendosi con

quest'ultima espressione il certificato privato della diagnosi clinica) da parte del medico e si conclude con la trasmissione, a cura del lavoratore, dei certificati all'INPS e degli attestati ai rispettivi datori di lavoro.

La trasmissione telematica dei certificati di malattia viene effettuata sia dai medici dipendenti del SSN (quali i medici ospedalieri ed i medici di distretto), sia dai medici in regime di convenzione con il SSN (quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali).

Tramite il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC), messo a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi del già citato DPCM 26 marzo 2008 oppure mediante i Sistemi di Accoglienza Regionali (SAR), ove disponibili, i medici del SSN effettuano le operazioni di predisposizione ed invio telematico dei certificati di malattia all'INPS, di annullamento e rettifica dei certificati già inviati, nonché la stampa della copia cartacea dei certificati e dei relativi attestati.

Attraverso questo nuovo servizio i lavoratori, oltre

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

a ricevere la copia cartacea dei propri certificati e degli attestati di malattia da parte del medico, ovvero a richiedere copia elettronica degli stessi sulla propria casella di posta elettronica certificata o meno, possono richiedere al medico, in caso di indisponibilità di tali copie, l'invio di un SMS contenente i dati essenziali dell'attestato di malattia (protocollo, data di rilascio, durata della prognosi, nome e cognome del lavoratore, nome e cognome del medico).

In capo al lavoratore resta tuttavia fermo l'obbligo di segnalare tempestivamente, al datore di lavoro, la propria assenza e l'indirizzo di reperibilità, qualora diverso dalla residenza o domicilio abituale, per i previsti controlli medico-fiscali.

Ai fini del monitoraggio del sistema e dell'individuazione delle opportune soluzioni relative a specifici contesti territoriali e ambiti assistenziali, con particolare riferimento a quello ospedaliero, sono stati istituiti presso il Ministero della salute tre gruppi di lavoro congiunti tra le Amministrazioni centrali e le Regioni, con l'obiettivo di approfondire gli aspetti normativi, organizzativi e medico-legali della trasmissione telematica, gli aspetti tecnici di sistema nonché le implicazioni di carattere giuridico-amministrativo connesse con la trasmissione telematica dei certificati medici di malattia. In esito alle attività svolte dai gruppi di lavoro anzidetti, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro dell'economia e delle finanze, ha emanato il decreto 18 aprile 2012 (G.U. n. 128 del 4 giugno 2012), concernente "Modifica al decreto 26 febbraio 2010, recante "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC"". Tale decreto è finalizzato, in particolare, a disciplinare le regole di predisposizione e le modalità di trasmissione telematica dei certificati di malattia per quanto concerne sia il ricovero ospedaliero, sia l'accesso al pronto soccorso.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.1. Ricoveri ospedalieri

Il Servizio di accoglienza dei certificati on line (Sac) e l'Inps dovranno adeguare le loro strutture tecniche per inviare le certificazioni di malattia on line anche per i ricoveri ospedalieri entro il 4 giugno 2013. Le Regioni, invece, avranno tempo fino a marzo 2014 per mettere a regime i loro sistemi di invio.

È quanto stabilito dal decreto 26 febbraio 2012 "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al Sac", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 128 del 4-06-2012. Il nuovo disciplinare permette all'azienda sanitaria di acquisire, attraverso l'inserimento del codice fiscale, le informazioni relative al lavoratore e trasmettere al Sac la comunicazione di inizio ricovero. L'operatore a questo punto, tramite Sac, riceve conferma dell'accettazione dell'invio e l'assegnazione da parte dell'Inps del numero di protocollo univoco della comunicazione di inizio ricovero (Pucir).

Su richiesta del lavoratore si può così procedere alla stampa di una copia cartacea della comunicazione di inizio ricovero. Queste informazioni saranno poi messe a disposizione del lavoratore e del datore di lavoro con le stesse modalità del certificato di malattia telematico. ?

Al momento della dimissione, infine, il servizio consente al medico ospedaliero di richiamare la comunicazione di inizio ricovero tramite numero di Pucir, il codice fiscale del lavoratore, e certificare la diagnosi e la eventuale prognosi per la convalescenza. Dopo la ricezione tramite Sac dell'accettazione dell'invio e l'assegnazione da parte dell'Inps del numero di Puc, è possibile procedere alla stampa della copia cartacea del certificato di malattia telematico e dell'attestato di malattia da consegnare al lavoratore.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.2. I servizi a disposizione dei medici

I medici possono effettuare l'invio telematico dei certificati di malattia all'INPS (ma anche l'annullamento o la rettifica di certificati già inviati), attraverso il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) curato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo le seguenti modalità:

a) Utilizzando il servizio Web (link al servizio sul sito www.sistemats.it), tramite il quale è anche possibile stampare una copia cartacea del certificato e dell'attestato di malattia, e/o inviarne una copia in formato PDF alla casella di posta elettronica o di posta elettronica certificata del lavoratore (di seguito è fornita una breve descrizione del servizio);

b) Utilizzando il proprio sistema software, opportunamente integrato a cura del fornitore del software medesimo con le funzionalità necessarie per dialogare via web services con il SAC;

c) Utilizzando i Sistemi di Accoglienza Regionali (SAR), previsti in Lombardia e in Friuli Venezia Giulia, che rendono disponibili i servizi necessari per la predisposizione e l'invio dei certificati;

d) Utilizzando il risponditore automatico che, raggiungibile attraverso il numero verde 800 013 577, consente di inviare il certificato di malattia utilizzando un normale telefono fisso o mobile, risolvendo quindi eventuali difficoltà temporanee dovute, ad esempio, alla mancanza di un personal computer o di una connessione a Internet.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.3. Accesso ai servizi erogati dal SAC

Per accedere ai servizi erogati dal SAC, sono disponibili due modalità:

1) Se il medico dispone di una CNS (carta nazionale dei servizi - smart card), può accedere direttamente ai servizi seguendo le indicazioni fornite dalla guida operativa disponibile sul sito www.sistemats.it (link alla guida operativa). In pratica, si tratta di effettuare la procedura di registrazione nel caso di primo accesso ed effettuare il semplice login per gli utilizzi successivi (di seguito è fornita una breve descrizione del servizio).

2) Se il medico non dispone di una CNS, deve utilizzare apposite credenziali di accesso (costituite da un codice identificativo e da una parola chiave), che possono essere ritirate presso l'amministrazione territoriale (azienda sanitaria) di competenza.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.4. I servizi a disposizione dei lavoratori

Il lavoratore deve comunicare al medico il proprio codice fiscale (desumibile dalla propria tessera sanitaria) e l'indirizzo di reperibilità da inserire nel certificato, se diverso da quello di residenza (o domicilio abituale).

Il lavoratore può chiedere al medico copia cartacea del certificato e dell'attestato di malattia (facsimile di certificato e di attestato), ovvero chiedergli di inviare copia degli stessi alla propria casella di posta elettronica o posta elettronica certificata.

In caso di impossibilità da parte del medico di provvedere alla stampa o di inoltrare copia alla casella di posta elettronica del lavoratore, il lavoratore deve comunque richiedere al medico il numero di protocollo identificativo del certificato emesso.

Il lavoratore può accedere al sistema INPS per prendere visione dell'attestato di malattia, relativo ad un certificato ad esso intestato, semplicemente tramite il proprio codice fiscale e il numero di protocollo del certificato (link al servizio dell' INPS per la visualizzazione degli attestati).

Il lavoratore può inoltre, registrandosi preventivamente al sito dell'INPS, prendere visione di tutti i propri certificati (link al servizio dell'INPS per la visualizzazione dei certificati).

L'invio telematico effettuato dal medico soddisfa l'obbligo del lavoratore di recapitare l'attestazione di malattia ovvero di trasmetterla tramite raccomandata A/R alla propria amministrazione entro 2 giorni lavorativi successivi all'inizio della malattia, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di segnalare tempestivamente la propria assenza e l'indirizzo di reperibilità, qualora diverso dalla residenza o domicilio abituale, all'amministrazione per i successivi controlli medico fiscali.

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.5. I servizi a disposizione del datore di lavoro

L'INPS mette immediatamente a disposizione dei datori di lavoro (sia pubblici che privati) le attestazioni di malattia relative ai certificati ricevuti, secondo le seguenti modalità:

a) Mediante accesso diretto al sistema INPS tramite apposite credenziali che devono essere richieste dal datore di lavoro all'INPS medesimo, secondo le modalità indicate nella Circolare INPS numero 60 del 16-04-2010.

b) Mediante invio alla casella di posta elettronica certificata indicata dal datore di lavoro, secondo le modalità indicate nella Circolare INPS n. 119 del 7 settembre 2010.

Certificati online: quadro regionale per tipologia di lavoratori
(dati INPS gennaio 2012-luglio 2012)

FIGURA

7

Regione	Totale	Privati INPS	Privati non INPS	Pubblici
Lombardia	2.404.311	1.688.452	375.662	340.197
Lazio	1.612.884	974.743	228.662	409.479
Emilia Romagna	1.101.577	767.474	143.534	190.569
Veneto	1.069.281	742.589	139.578	187.114
Sicilia	1.034.453	542.491	78.779	413.183
Campania	1.018.213	615.204	79.335	323.674
Piemonte	945.065	626.775	134.764	183.526
Toscana	721.866	481.243	80.941	159.682
Puglia	594.967	370.894	44.318	179.755
Calabria	468.997	329.786	15.682	123.529
Liguria	334.050	203.394	42.640	88.016
Marche	268.921	177.835	30.105	60.981
Sardegna	266.410	155.774	23.414	87.222
Friuli Venezia Giulia	251.469	165.507	30.858	55.104
Abruzzo	224.407	143.444	21.371	59.592
Umbria	147.782	94.892	14.259	38.631
Prov. Trento	132.431	86.368	12.251	33.812
Prov. Bolzano	95.167	60.394	8.857	25.916
Basilicata	75.754	40.392	6.545	28.817
Molise	35.476	20.886	3.021	11.569
Valle d'Aosta	24.887	13.908	3.199	7.780
Totali	12.828.368	8.302.445	1.517.775	3.008.148

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.6. Adempimenti e sanzioni: l'interpretazione del giurista Francesco Colaci

“A seguito degli incontri intervenuti con i rappresentanti delle Associazioni dei medici, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito con la circolare n.1 del 23 febbraio 2011 nuove indicazioni e informazioni relative al rilascio dei certificati di malattia on line, che fanno riferimento alla legge n.183/2010, di cui si evidenziano gli aspetti rilevanti e significativi”.

In primo luogo si sottolinea che, essendo stato avviato, a partire dal mese di settembre 2010, un confronto tra le Amministrazioni centrali interessate e le Regioni per l'esame ed il superamento delle criticità inerenti l'introduzione della nuova procedura, al fine di accelerare il processo in corso, con l'istituzione presso la Conferenza Stato – Regioni di un tavolo tecnico congiunto, sono stati approfonditi – mediante appositi gruppi di lavoro – gli aspetti normativi, organizzativi e medico -legali della trasmissione telematica, gli aspetti tecnici di sistema e quelli giuridico amministrativi per l'applicazione delle sanzioni. I gruppi hanno concluso i propri lavori a fine gennaio individuando delle linee operative tenute presenti, per quanto di competenza, nell'elaborazione delle indicazioni contenute nella circolare.

Inoltre vien ricordato che in materia dal 24 novembre 2010 trova applicazione l'art. 25 della legge n.183/2010, secondo cui: “Al fine di assicurare un quadro completo delle assenze per malattia nei settori pubblico e privato, nonché un efficace sistema di controllo delle stesse, a decorrere dal 10 gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, che al comma 2 stabilisce che: “In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente, e in particolare dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri previsto dall'articolo 50, comma 5-bis, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, introdotto dall'articolo 1, comma 810, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e

dal predetto Istituto è immediatamente inoltrata, con le medesime modalità, all'amministrazione interessata”

Viene richiamata peraltro la responsabilità specifica per violazione della normativa in materia di trasmissione telematica dei certificati e le sanzioni previste per l'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica dei certificati di malattia; affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare devono tuttavia ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa.

Parquanto riguarda quest'ultimo, si afferma la sua esclusione nei casi di malfunzionamento del sistema generale, guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico, situazioni che debbono essere considerate dalle aziende sanitarie e dalle altre strutture interessate ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare. Pertanto, la contestazione dell'addebito nei confronti del medico dovrà essere effettuata soltanto se dagli elementi acquisiti in fase istruttoria, anche mediante consultazione del cruscotto di monitoraggio reso disponibile dal SAC (sistema di accoglienza centrale) risulti che non si sono verificate anomalie di funzionamento.

Sempre in tema di sanzioni, la circolare prevede che l'applicazione delle stesse deve avvenire in base ai criteri di gradualità e proporzionalità secondo le previsioni degli accordi e contratti collettivi di riferimento. Ciò vale anche nei casi di reiterazione della condotta illecita, per i quali l'art. 55 septies, comma 4, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede la sanzione del licenziamento per il dipendente pubblico e della decadenza dalla convenzione per il medico convenzionato, mentre si rammenta che la reiterazione è da intendersi come recidiva ovvero irrogazione di successive sanzioni a carico di un soggetto già sanzionato per la violazione dell'obbligo di trasmissione telematica dei certificati. A tal riguardo opportunamente viene segnalato che i contratti collettivi di riferimento prevedono delle clausole di salvaguardia nei confronti dell'incolpato, secondo le quali, decorso un certo periodo di tempo, non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari già irrogate (art. 7 CCNL del 6 maggio 2010 per la dirigenza medica e veterinaria, area IV, che prevede il termine del biennio; art. 30 dell'Accordo collettivo

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.6. Adempimenti e sanzioni: l'interpretazione del giurista Francesco Colaci

nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 20 gennaio 2005, come modificato dall'Accordo del 27 gennaio 2009, e art. 27 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni del 9 febbraio 2005, come modificato dall'Accordo del 27 maggio 2009, che prevedono termini anche ancorati alla gravità dell'infrazione). Infine si rappresenta che sarà comunque cura delle Regioni, eventualmente tramite la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, e della Conferenza Stato – Regioni, anche sentendo le rappresentanze dei medici, adottare gli opportuni provvedimenti per la regolamentazione degli aspetti procedurali e di dettaglio legati ai procedimenti disciplinari, al fine di assicurare l'omogeneità di comportamento sul territorio nazionale. In tale ambito, particolare attenzione dovrà essere dedicata alle verifiche tecniche in ordine al funzionamento della rete e di tutti i supporti hardware e software, che rappresentano il presupposto per la valutazione della sussistenza delle condizioni per l'avvio di procedimenti disciplinari e per il superamento delle criticità e problemi già segnalati dai tavoli tecnici. Più a monte, lo stesso funzionamento del sistema è naturalmente condizionato dalla messa a disposizione degli strumenti tecnici e delle apparecchiature necessari in ogni struttura e presidio pubblico interessato dal processo, che per la sua attuazione richiede l'attiva collaborazione ed iniziativa di tutti gli enti istituzionalmente coinvolti. Di particolare interesse appaiono altresì le precisazioni e contenute nella circolare in esame relative ai professionisti convenzionati, per i quali si potrà valutare anche in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e di Conferenza Stato – Regioni l'opportunità di integrare gli Accordi collettivi nazionali vigenti per la definizione di quanto chiarito nonché alla possibilità che al fine di agevolare l'applicazione della nuova procedura, le Regioni possono individuare specifiche strutture o servizi per i quali ritengono non sussistere, per periodi limitati di tempo, le condizioni tecniche necessarie all'avvio di procedimenti disciplinari. Ciò anche per evitare che le procedure di certificazione possano interferire negativamente con l'attività clinica o determinare un utilizzo inappropriato dei servizi.

Si aggiunge che, allo scopo di perseguire uno sviluppo graduale, armonico e condiviso, si

raccomanda la continuazione delle attività del tavolo tecnico congiunto Amministrazioni centrali – Regioni, con il coinvolgimento delle rappresentanze dei medici, ai fini della verifica, del monitoraggio e dell'implementazione delle procedure per la trasmissione telematica delle certificazioni di malattia, raccomandando alle Regioni il massimo coinvolgimento delle medesime rappresentanze lì dove, in sede locale, siano costituite commissioni tecniche per le stesse finalità.

La circolare poi conferma che non sussiste responsabilità del medico che redige un certificato in forma cartacea nelle "aree di esenzione", indicate nella circolare n. 2/010 al paragrafo 2, sino a quando non sarà comunicato un mutamento della situazione per interventi di natura tecnica ed organizzativa che potranno essere effettuati rispetto al sistema vigente, ricordando che:

- al paragrafo 2.1 della circolare n.2/2010 è previsto quanto segue:

"l'art. 55 septies del d.lgs. n. 165 del 2001 – riguarda il personale ad ordinamento privatistico, ovvero il personale soggetto alla disciplina del decreto legislativo citato. Pertanto, la norma non riguarda direttamente il personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del medesimo decreto (magistrati e avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatica e prefettizia e le altre categorie che, ai sensi del menzionato art. 3, sono disciplinate dai propri ordinamenti), per il quale rimane vigente la tradizionale modalità cartacea, fermo restando che il nuovo sistema potrà trovare applicazione anche nei confronti di queste categorie di personale a seguito di approfondimenti istruttori e dell'adozione delle misure del caso. In conclusione, per le categorie di personale ad ordinamento pubblicistico, non soggette al regime del d.lgs. n. 165 del 2001, i medici compilano i certificati e gli attestati di malattia in forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma, con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato".

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.6. Adempimenti e sanzioni: l'interpretazione del giurista Francesco Colaci

- al paragrafo 2.2 della circolare n.2/2010 è previsto quanto segue:

“i dipendenti pubblici che, in linea e nei limiti di quanto previsto nel comma 1 dell'art. 55 septies del d.lgs. n. 165 del 2001, si rivolgono ad un medico privato per la certificazione dell'assenza dovranno chiedere al medico il certificato o l'attestato in forma cartacea e lo recapiteranno all'amministrazione secondo le tradizionali modalità. Quindi, sino alla compiuta messa a regime del sistema, le amministrazioni sono tenute ad accettare i certificati e gli attestati medici in forma cartacea provenienti da medici liberi professionisti, sempre che siano rispettate le condizioni previste nel citato art. 55 septies comma 1. Rimane fermo, naturalmente, che la giustificazione dell'assenza avverrà invece mediante certificazione telematica ogni qual volta i medici privati siano già in possesso delle credenziali di accesso e degli altri strumenti necessari per l'invio telematico”

Per quanto riguarda la trasmissione telematica della certificazione di malattia dalle strutture di pronto soccorso, le strutture ospedaliere individuano le soluzioni tecniche e organizzative più idonee a garantirne l'applicabilità, sulla base delle indicazioni regionali, utilizzando i servizi resi disponibili dal SAC, tra i quali il sistema WEB, ovvero tramite integrazione dei propri applicativi con il sistema SAC, in modo che il certificato di malattia possa essere predisposto e inviato da parte del medico contestualmente alla compilazione del verbale di pronto soccorso, in tale attesa sarà valido ed utilizzabile la documentazione cartacea.

Per quanto riguarda i documenti elaborati dagli ospedali al momento del ricovero e della dimissione, eventualmente con prognosi post ricovero, le problematiche sono state discusse nell'ambito del menzionato tavolo congiunto Amministrazioni centrali – Regioni, con la valutazione di iniziative tecniche ed organizzative necessarie per la loro gestione nell'ambito del sistema di trasmissione telematica che saranno implementate nei prossimi mesi con la collaborazione dei soggetti istituzionali interessati. Pertanto, sino all'attuazione delle idonee soluzioni, tali documenti continuano ad essere rilasciati al

lavoratore in forma cartacea, ai fini della fruizione delle agevolazioni previste dalla normativa. Si chiarisce che in questi casi, come pure nelle aree di esenzione sopra indicate, le amministrazioni non devono comunicare la ricezione della documentazione cartacea, in luogo del certificato telematico, all'azienda sanitaria competente.

La circolare in esame dà notizia del c.d. cruscotto di monitoraggio del sistema, che il sistema di accoglienza centrale (SAC) rende disponibile per le regioni, le aziende sanitarie e le altre strutture interessate, che consente di acquisire informazioni circa il tasso di utilizzo del sistema (certificati inviati e servizi utilizzati), nonché informazioni puntuali circa eventuali disservizi (rallentamenti e/o blocchi) registrati dal sistema SAC stesso.

Il cruscotto di monitoraggio rende anche disponibili servizi per i medici, per segnalare eventuali malfunzionamenti non riguardanti direttamente il sistema SAC, quali ad esempio, mancanza di connettività, malfunzionamenti del proprio PC, malfunzionamenti del call center telefonico per l'invio dei certificati, e per acquisire informazioni circa eventuali disservizi (rallentamenti e/o blocchi) registrati dal sistema SAC stesso. ed altresì rende disponibili anche servizi per le aziende sanitarie per inviare al SAC le informazioni relative ai certificati cartacei rilasciati dai propri medici e comunicati dai datori di lavoro pubblici, così come previsto dalla Circolare 1/2010/DFP/DDI dell'11 marzo 2010, paragrafo 6 “Le amministrazioni che, in qualità di datori di lavoro, abbiano conoscenza della violazione delle norme relative alla trasmissione telematica dei certificati di malattia e, senza corrispondente trasmissione telematica da parte dell'INPS, ricevano dal dipendente un attestato di malattia in forma cartacea, sono tenute a segnalare tale anomalia alla ASL di riferimento entro 48 ore dal ricevimento dello stesso, inviando apposita comunicazione alla casella di posta elettronica certificata dell'Azienda di riferimento del medico”. Combinando queste informazioni con le informazioni circa i certificati cartacei ricevuti dall'INPS, che saranno comunicate automaticamente dall'Istituto al SAC, il cruscotto di monitoraggio fornirà quindi anche indicazioni circa il numero di certificati cartacei rilasciati da un medico in un dato periodo. Tali informazioni sono comunque da assumersi quale indicazione

4. CERTIFICATI TELEMATICI DI MALATTIA

4.6. Adempimenti e sanzioni: l'interpretazione del giurista Francesco Colaci

indiretta di comportamento, in quanto non comprensiva dei dati relativi ai certificati cartacei rilasciati dai medici a lavoratori del settore privato non indennizzati dall'INPS.

La circolare si conclude ribadendo che, come segnalato con le precedenti circolari, oltre ai servizi informatici, il medico ha la possibilità di utilizzare il servizio telefonico basato su un risponditore automatico reso disponibile dal SAC al numero 800 013 577. Tale servizio è considerato di secondo livello, per ovviare a problemi di invio tramite il sistema web o problemi di accesso alla rete internet.

Si chiarisce che il medico ha la possibilità di redigere il certificato in forma cartacea nel caso in cui i tempi richiesti dal risponditore automatico, in situazioni contingenti, confliggano con il dovere primario di assolvere gli obblighi assistenziali.

5. CUP - CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE

L'accesso all'assistenza in tempi rapidi può essere facilitato dalla presenza di sistemi evoluti di sanità in rete per la prenotazione unificata delle prestazioni, attraverso **Centri Unici di Prenotazione** (CUP), che consentano al cittadino di effettuare la prenotazione ai servizi sanitari attraverso **diversi canali di comunicazione** che favoriscano l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi di attesa, mediante una gestione integrata delle agende di prenotazione.

Per **Centro Unico di Prenotazione**, si intende il **sistema centralizzato informatizzato di prenotazione** delle prestazioni sanitarie, deputato a:

- a) Gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, libera professione intramoenia) con efficienza;
- b) Strutturare in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni;
- c) Interfacciare le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni;
- d) Supportare modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Tale Sistema, formato nel suo complesso da più procedure, deve consentire di ottimizzare l'offerta verso il cittadino e standardizzare le analisi per rimodularla, confrontando stime relative a fabbisogno ed offerta, a ciò che è stato prenotato ed erogato.

Esistono numerose e variegata modalità di classificare i sistemi CUP esistenti, considerando tanto l'ambito territoriale di riferimento, quanto l'insieme delle risorse sanitarie gestite (sia in termini quantitativi: numerosità di prestazioni e agende; sia in termini qualitativi: tipologia di prestazioni e d'accesso – 1° e 2° livello), nonché diversi regimi di erogazione. Generalmente viene adottata una distinzione in base all'ambito territoriale classificando CUP Aziendali e Interaziendali.

Il Ministero ha condotto una rilevazione nel luglio 2008 finalizzata ad effettuare una ricognizione

dello stato di attuazione dei sistemi CUP regionali, alla quale hanno partecipato tutte le Regioni e Province Autonome. L'analisi si è focalizzata in particolare sui dettagli costitutivi e funzionali dei sistemi CUP.

La situazione in termini di disponibilità, copertura e caratteristiche dei sistemi CUP è estremamente eterogenea. Si osserva in particolare una proliferazione di sistemi CUP a livello territoriale a cui si aggiunge una significativa diversificazione in termini di soluzioni applicative, tecnologiche ed infrastrutturali adottate.

Laddove siano presenti sistemi CUP regionali/provinciali, si rileva, nella maggior parte dei casi, che il sistema CUP non ha un'adeguata copertura in termini di prestazioni effettivamente prenotabili attraverso lo stesso.

I CUP esistenti operano spesso in modalità isolata e con canali differenziati. Per quanto concerne la diffusione dei sistemi CUP con copertura regionale/provinciale, a livello nazionale si osserva come 8 Regioni/Province Autonome abbiano un sistema di CUP regionale/provinciale, 4 Regioni/Province Autonome dichiarano di avere dei progetti in corso oppure un sistema CUP con copertura sub-regionale/sub-provinciale, mentre 9 Regioni/Province Autonome descrivono di non avere, al momento della rilevazione, implementato un sistema di prenotazione unico a livello regionale/provinciale, né progetti in corso in tale ambito.

I risultati della rilevazione mostrano che la gestione delle agende per la prenotazione, la produzione e gestione del catalogo generale (sanitario e amministrativo) delle prestazioni sanitarie prenotabili, il monitoraggio della qualità del servizio, la prenotazione delle prestazioni rese disponibili all'interno del sistema CUP, la disdetta di appuntamenti ed il calcolo dell'importo ticket, siano ampiamente diffuse e abbiano una copertura regionale/provinciale media superiore al 90%.

Per quanto riguarda le **modalità di prenotazione**, si evidenzia che il canale più diffuso sia la prenotazione da un punto CUP posto all'interno dell'azienda, seguito dal *call-center*.

La prenotazione presso i punti CUP posti in

5. CUP - CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE

strutture convenzionate e presso i medici sono abbastanza diffuse (si registrano, rispettivamente, nel 76% e nel 67% dei casi).

In alcune realtà (il 50% delle Regioni/Province Autonome) è stata implementata anche la possibilità di prenotare mediante altri canali (fax, portale internet, e-mail e/o totem posti all'interno dei comuni o dei supermercati nonché presso le farmacie).

Nell'ottica di definire un modello di riferimento a livello nazionale, attraverso il quale consentire una visione completa e pienamente integrata della rete di offerta dei servizi sanitari, sono state predisposte dal Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, apposite Linee guida nazionali. Tali Linee guida sono finalizzate all'armonizzazione dei sistemi CUP, attraverso la definizione di caratteristiche minime ed uniformi relative a tali sistemi a livello nazionale.

Le Linee guida si focalizzano in prima istanza su aspetti di natura organizzativo-gestionale e informativo-semantiche, oltre che su aspetti di tipo funzionale, quali necessarie precondizioni all'efficace impiego delle nuove tecnologie. Le Linee guida forniscono una disamina dei possibili canali di accesso attraverso i quali il cittadino può fruire dei servizi di prenotazione, tra i quali rientrano lo sportello presidiato, il telefono, l'accesso tramite internet, nonché le farmacie territoriali etc. Su tali linee guida nazionali è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni. Il recepimento delle linee guida sarà valutato in sede di adempimenti LEA.

La previsione, nell'ambito delle Linee guida relative ai sistemi CUP, delle farmacie territoriali quale possibile canale di accesso ai servizi di prenotazione da parte dei cittadini, ha poi trovato un suo riscontro nel decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, che delinea un nuovo modello di farmacia: la **"farmacia dei servizi"**. In base a tale modello, la farmacia viene vista come presidio nel quale il cittadino, oltre ai farmaci, trova una serie di servizi aggiuntivi ad alta valenza socio-sanitaria. Tra i nuovi servizi previsti, il citato decreto legislativo include i servizi di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie

pubbliche e private accreditate, il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, il ritiro dei relativi referti.

Al fine di regolamentare tali servizi, il Ministero della salute ha emanato il decreto ministeriale 8 Luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 Ottobre 2011.

Tali iniziative si inseriscono nel quadro generale di modernizzazione dei rapporti tra pubblica amministrazione, cittadini e imprese previsto dall'Agenda digitale italiana (di cui all'art 47 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, al fine di recepire le indicazioni dell'Agenda Digitale Europea - COM (2010) 245 del 26 agosto 2010.

Inoltre, con riferimento ai CUP, l'art 47 bis del citato decreto-legge n. 5 del 2012 stabilisce, nell'ottica della semplificazione in materia di sanità digitale, che *"nei piani di sanità nazionali e regionali si privilegia la gestione elettronica delle pratiche cliniche, attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica, così come i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi"*.

6. TELEMEDICINA

Nell'ambito dell'attuazione dei servizi di sanità in rete, assume grande rilevanza la definizione di modalità tecnico-organizzative finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza del Paese. La telemedicina può in particolare contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche.

Con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità delle patologie, la sanità in rete può essere sinergica a interventi di telemedicina nelle attività di prevenzione.

Ciò può essere utile soprattutto per categorie identificate a rischio, in quanto, ad esempio, affette da patologie cardiovascolari. Questi pazienti, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi ad un costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni.

L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette in questo caso di fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza.

La telemedicina, nel rappresentare uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità.

La telemedicina permette di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di

competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio. Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto inoltre, la telemedicina può offrire un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

Per le motivazioni sopra rappresentate, è quindi fondamentale attuare iniziative volte a promuovere concretamente lo sviluppo della telemedicina sul territorio nazionale.

La Commissione Europea attribuisce una particolare rilevanza al tema della Telemedicina. In particolare, attraverso la Comunicazione (COM-2008-689), del 4 novembre 2008, recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", vengono individuate una serie di azioni che coinvolgono tutti i livelli di governo, sia in ambito comunitario che dei singoli Stati Membri, volte a favorire una maggiore integrazione dei servizi di Telemedicina nella pratica clinica, rimuovendo le principali barriere che ne ostacolano la piena ed efficace applicazione.

Diverse sono, inoltre, le esperienze compiute in tal senso nelle Regioni Italiane, molte delle quali volte ad offrire l'assistenza socio-sanitaria presso il domicilio del cittadino.

Con l'obiettivo di analizzare in modo sistematico i servizi di *home care* realizzati sul territorio e diffondere le buone pratiche sotto il profilo organizzativo, clinico-assistenziale, tecnologico ed economico, nell'ambito della telemedicina, il Ministero della salute ha stipulato, nel 2007, una convenzione con la Regione Emilia Romagna, oggetto di successivi rinnovi, per la realizzazione dell'**Osservatorio nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle applicazioni eCare**. All'Osservatorio partecipano le Regioni Toscana, Liguria, Marche, Campania e, dal 2009, anche le Regioni Veneto e Sicilia. Dal 2011 partecipa anche la Regione Lombardia.

Con il duplice obiettivo di disporre di informazioni di dettaglio sullo stato dell'arte delle progettualità di telemedicina in atto sul territorio, anche in

6. TELEMEDICINA

risposta a quanto previsto dalla comunicazione europea sopra richiamata, ed in accordo con il Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome, gli ambiti di rilevazione previsti nell'Osservatorio sono stati opportunamente estesi, al fine di ricomprendere tutte le tipologie di servizi di telemedicina. L'alimentazione sistematica e continuativa dell'Osservatorio eCare così esteso, da parte delle Regioni, consentirà non solo di disporre di informazioni di dettaglio sullo stato dell'arte delle progettualità di telemedicina in atto sul territorio, ma anche di misurare e valutare nel tempo i risultati effettivamente conseguiti sul territorio nel percorso di sviluppo della telemedicina.

Sulla base dei progetti censiti nell'Osservatorio eCare, che risultano essere in oltre la metà dei casi pienamente operativi, emerge a livello nazionale, seppure con minime differenze tra le aree nord, centro, sud e isole del Paese, che i servizi di teleconsulto, la telediagnosi, il teleconsulto specialistico (second opinion) ed il telemonitoraggio risultano essere quelli più diffusi. Più contenuto invece il livello di diffusione per il telesoccorso e la telesorveglianza. La tele riabilitazione, infine, presenta allo stato attuale un livello di diffusione residuale.

Inoltre, anche il Ministero della salute ha dato corso a **varie iniziative** in questo ambito, tra le quali, ad esempio:

a) Rete Tumori Rari: per la collaborazione permanente tra strutture oncologiche italiane volta al miglioramento dell'assistenza ai pazienti con "tumoreraro";

b) Telemedicina piccoli comuni lombardi (TELEMACO): con l'obiettivo di assicurare l'assistenza sanitaria in loco alla popolazione residente affetta da patologie croniche;

c) Rete a banda larga per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico: per l'interconnessione fra centri di eccellenza nella prospettiva di garantire servizi di telemedicina, teleconsulto, telediagnosi e teleassistenza;

d) Telemedicina nell'Arcipelago Eoliano

(Eolienet): per consentire al personale medico operante in situazioni logistiche disagiate di fornire ai cittadini adeguata assistenza sanitaria, limitando gli spostamenti verso strutture sanitarie remote.

Presso il Consiglio Superiore di Sanità è stato istituito, in data 24 febbraio 2011, un apposito Tavolo tecnico sulla telemedicina con l'obiettivo di predisporre apposite **Linee di indirizzo nazionali**, finalizzate a supportare un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del SSN, delineare un quadro strategico nel quale collocare gli ambiti prioritari di applicazione delle telemedicina, analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica, definire tassonomie e classificazioni comuni, oltre ad aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina.

Il predetto Tavolo tecnico ha completato i lavori e in data 10 luglio 2012 il Consiglio Superiore di Sanità ha approvato le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina.

6. TELEMEDICINA

6.1. La farmacia telematica*

Una breve ricerca via Internet, se non addirittura una semplice visita delle principali farmacie della propria città, consente a chiunque di constatare come i servizi offerti si siano in questi ultimi anni letteralmente moltiplicati, specie con riguardo ai servizi di auto-diagnostica, effettuabili con o senza l'affiancamento di operatori appositamente formati, ivi compresi gli stessi farmacisti. Oltre a quella, ormai entrata nell'uso comune, della pressione arteriosa, sono possibili misurazioni del colesterolo, dei trigliceridi e della glicemia, test per il diabete, effettuazioni dell'elettrocardiogramma. La vocazione della "nuova" farmacia pare, dunque, quella di aprirsi a nuove possibilità, sia nel senso di erogazione di servizi ai cittadini, quanto in quello della feconda interazione con altri soggetti pubblici e privati attinenti all'ambito sanitario.

Quanto sopra in piena coerenza con il decreto legislativo (1) che prevede l'introduzione di nuovi servizi in farmacia, quali: la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata; la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti; l'erogazione di servizi di "primo livello", attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale; l'erogazione di servizi di "secondo livello" rivolti ai singoli assistiti, "anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici" (2); l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello, "di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo" (restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti); la predisposizione di servizi attraverso i quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché ritirare i relativi referti.

La tendenza, di cui il citato decreto legislativo, costituisce l'indubbia formalizzazione dell'attribuzione alla farmacia di un ruolo più attivo e inserito nel Sistema Sanitario Nazionale rispetto a quello cui siamo tradizionalmente abituati.

Essa va, tuttavia, inquadrata più ampiamente nell'insieme di norme che regolano il servizio farmaceutico, alcune delle quali decisamente risalenti.

In particolare, grava tuttora sul farmacista il cosiddetto "divieto di cumulo delle professioni", che si deve al Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265: "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie" (3).

Ai sensi dell'art. 102 del Regio Decreto "Il conseguimento di più lauree o diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie, eccettuato l'esercizio della farmacia che non può essere cumulato con quello di altre professioni o arti sanitarie. I sanitari che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione agli utili della farmacia, quando non ricorra l'applicazione delle disposizioni contenute negli artt. 170 (4) e 172 (5), sono puniti con la sanzione amministrativa da lire 100.000 a 1.000.000 (6)". (La sanzione originaria dell'ammenda è stata depenalizzata dall'art. 32, l. 24 novembre 1981, n. 689. L'importo della sanzione è stato così elevato dall'art. 114, primo comma, della citata l. 24 novembre 1981, n. 689).

La norma, introdotta ormai più di settant'anni fa, rimane comunque di evidente attualità, tanto è vero che se ne è occupata una recente sentenza del Consiglio di Stato (Consiglio di Stato n. 6409 del 01.10.2004), che ha nuovamente portato all'attenzione degli esercenti l'attività farmaceutica le problematiche connesse al cumulo della loro professione con altra attività sanitaria, specie con riguardo alla ripartizione degli utili.

In base alla pronuncia del Consiglio di Stato "la ratio sottesa alla previsione di cui all'art. 102 del r.d. 1265/1934, (...) ha la evidente finalità di impedire la commistione fra l'esercizio della attività di distribuzione e vendita delle specialità medicinali, affidata al solo farmacista, e la cura delle diverse patologie attraverso la prescrizione dei medicinali, affidata esclusivamente al medico". Pertanto, "viola il divieto di esercizio cumulativo delle professioni, il farmacista che svolga, direttamente o per interposta persona (ma in sostanza restandone il titolare), attività medica a mezzo di ambulatorio affiancato al proprio esercizio".

6. TELEMEDICINA

6.1. La farmacia telematica*

Se l'iniziale affermazione esplicativa del Consiglio di Stato che stigmatizza "la commistione" tra attività di distribuzione di medicinali (propria del solo farmacista) - da un lato - e attività di cura delle malattie (propria del solo medico) - dall'altro - appare oggi, alla luce del citato decreto legislativo di introduzione dei "nuovi servizi in farmacia", quasi troppo radicale rispetto all'odierno orientamento, d'altro canto la presa di posizione della Corte di seconda istanza meglio si comprende dalla lettura integrale della sentenza.

Nel caso di specie trattavasi, infatti, della gestione da parte del farmacista di un centro poliambulatoriale, qualificato quale ramo di azienda della farmacia di cui era titolare lo stesso farmacista, con oneri di gestione che confluivano nella contabilità della farmacia.

È evidente come in questo caso si affronti non la questione della possibilità di "aprire" le farmacie a nuovi servizi, quanto piuttosto quella di evitare che "accanto alla farmacia" lo stesso titolare gestisca anche un vero e proprio "ambulatorio medico", con peraltro impropria commistione dei due bilanci d'impresa.

Al di là della necessità di non incorrere negli strali di una legge, che, per quanto datata, conserva a nostro parere, una ratio ancora per alcuni aspetti condivisibile, rimane il fatto che sempre più la farmacia va configurandosi e viene riconosciuta quale "presidio a tutela della salute del cittadino". E questo sotto vari profili, da quello di informazione e formazione, a quello di supporto al SSN in relazione all'assistenza domiciliare integrata, alla prenotazione di esami e alla consegna dei relativi referti, al monitoraggio del corretto utilizzo dei farmaci e, infine, a quello della possibilità fruizione da parte del cittadino presso di essa di servizi di "autocontrollo" (impropriamente definiti di "autodiagnosi") e erogazione di misure vitali di primo soccorso (per esempio, mediante i defibrillatori semiautomatici).

I tempi cambiano dunque, le tecnologie si evolvono e con esse le professioni.

Ed è in coerenza con questo trend che, assolutamente in linea con l'evoluzione del servizio farmaceutico, si attende l'arrivo in farmacia della

medicina telematica: evento da alcuni quasi temuto, da molti fervidamente atteso, da alcuni auspicato come risolutore o agevolatore di molte delle difficoltà che trova ancora oggi nel nostro Paese il radicamento capillare delle applicazioni telematiche.

Come noto, la specificità e il pregio della medicina telematica, in quanto applicazione delle tecnologie informatico-telematiche, consiste principalmente nella possibilità di "annullare le distanze", o più precisamente di compiere atti sanitari di informazione, formazione, consulto, diagnosi, cura in relazione ai quali la collocazione spaziale reciproca del paziente e del sanitario non sia elemento così determinate come nel mondo fisico. Non a caso la medicina telematica ha avuto il suo esordio con le ricerche spaziali statunitensi e conosce tuttora importanti banchi di prova nelle situazioni estreme: ovvero quando il paziente si trovi in luoghi in cui non esista un presidio medico ordinario: in mare, nelle isole, sulle piattaforme petrolifere, ai poli.

Tuttavia, sotto un certo profilo, "niente di nuovo sotto il sole" per noi cittadini di Internet, abituati a chiacchierare via chat con parenti oltreoceano, ad affrontare lunghe riunioni quotidiane in videoconferenza, a scambiarsi file di grandi dimensioni nel tempo di un clic.

Eppure in ambito sanitario le cose cambiano, la comunicazione telematica, anche laddove potrebbe essere di estremo aiuto se non risolutiva, stenta ad affermarsi e non solo a tutela dell'innegabile importanza del rapporto "non mediato" medico-paziente. Quando detto vale anche e soprattutto per la farmacia.

La possibilità di effettuare in farmacia misurazioni di autocontrollo, possibilità come si è detto contemplata dalla recente normativa, potrebbe essere integrata dall'invio telematico del risultato di tale misurazione ad un Centro Operativo in grado, a seguito di valutazione da parte di un sanitario (medico, operatore formato), di rimandare all'utente un feed-back (mediante comunicazione telefonica, sms, posta elettronica, risposta da parte della stessa postazione di misurazione) consistente in un consulto sanitario (non ovviamente in una diagnosi vera e propria).

6. TELEMEDICINA

6.1. La farmacia telematica*

Operazione che può risultare peraltro molto utile nelle situazioni in cui il cittadino accusi un malessere e non possa nell'immediato rivolgersi a proprio medico di famiglia, che dovrà naturalmente essere interpellato il prima possibile ed eventualmente a cui si potrebbe inviare via mail il risultato della misurazione di autocontrollo. L'idea non è nuova né recentissima.

Con nota UDM/28/665 del 23 maggio 2001, rubricata "Servizio di cardiotelefonìa", l'allora ministero della Sanità fornì già alcune indicazioni in merito alla possibilità di attivazione, presso le farmacie, del servizio di cardiotelefonìa, che poteva consistere nella effettuazione di un tracciato ECG all'interno di un'area riservata a detta pratica presso la farmacia e mediante il supporto del farmacista, previo adeguato addestramento alla procedure tecniche di utilizzazione delle apparecchiature.

Tale servizio, come descritto nella nota ministeriale, doveva prevedere il coinvolgimento di un Centro al quale spedire il tracciato ECG e presso il quale si doveva trovare un medico che a distanza sottoscrivesse il referto.

Il ministero della Sanità richiedeva, al fine dell'attuazione del servizio, che fossero osservate le seguenti precauzioni:

- Qualità e riproducibilità tecnica delle registrazioni;
- Adeguato addestramento del farmacista addetto alle procedure tecniche di utilizzazione delle apparecchiature, effettuato da parte di personale qualificato della ditta che offre il prodotto/servizio;
- Presenza di un'area riservata a detta pratica presso la farmacia;
- Rispetto della normativa a tutela della privacy e delle misure minime di sicurezza;
- Indicazione del medico del centro che gestisce il servizio;
- Responsabilità, sia penale che civile, del medico che sottoscrive a distanza il referto.

Infine il ministero, al fine di evitare false aspettative del cittadino che si sottoponeva all'indagine, ritenne necessario che dovesse essere inserita la seguente avvertenza nei referti dei tel-ecg che fossero effettuati al di fuori di una diretta sorveglianza su tutta la catena diagnostica: "Un

tracciato ECG non è una visita cardiologia, infatti l'ECG è una metodica di primo passaggio che deve essere correlata ad altre indagini cliniche e di per sé ha un valore limitato, soprattutto se il cardiologo non dispone di una anamnesi del paziente e non può visitarlo".

Il ministero raccomandava ai farmacisti, eventualmente interessati, la massima prudenza nell'attivazione del servizio in argomento e lo scrupoloso rispetto delle disposizioni ministeriali. Questa e altri possibili impieghi delle comunicazioni informatico-telematiche consentirebbero di configurare servizi di estrema utilità per il cittadino, in ragione della presenza capillare delle farmacie nel territorio nazionale e in piena coerenza con la nuova visione della funzione degli esercizi farmaceutici espressa dal nostro legislatore. Ma che ne è del divieto di cumulo delle professioni?

Se - ci si può chiedere - in farmacia si crea un ambulatorio sanitario, per quanto "virtuale" e per quanto separato dalla zona di distribuzione dei farmaci alla clientela, non si rischia di sommare la attività farmaceutica con quella medica e di incorrere così nel ben noto veto? Senza per nulla mettere in discussione la ratio sottesa al citato divieto, e al di là probabilmente della necessità di riscrivere una norma indubbiamente datata con termini più idonei alla comprensione del contemporaneo, magari entrando maggiormente nel dettaglio sui comportamenti illeciti dell'impresa riguardo alla divisione degli utili, non pare a chi scrive che l'introduzione di servizi di tele-monitoraggio all'interno della farmacia possa dar luogo a situazioni vietate, esattamente come il provare la pressione sanguigna da parte del farmacista non sia considerato atto medico tale da comportare illecito.

Il farmacista che ospiti una tale "stazione di monitoraggio" non mi sembra si possa dire esercente, per questo solo fatto, la professione medica, non più di quando egli effettui personalmente o mediante proprio personale le citate misurazioni dei valori fisiologici (trigliceridi, glicemia, test del diabete, ecc...).

D'altro canto il sistema di auto-misurazione non mi sembra possa dirsi dar luogo ad un "ambulatorio" e se proprio in esso un ambulatorio di vuole vedere,

6. TELEMEDICINA

6.1. La farmacia telematica*

non mi sembra che esso sia fisicamente collocabile in farmacia, quanto piuttosto nel Centro operativo che valuta le misurazioni inviate. Per quanto, come ormai tutti sappiamo, quando si parla di attività "in rete" e di informazioni che viaggiano, il luogo fisico non sia poi ormai elemento così determinante. Si tratta semplicemente di applicare alla farmacia, in quanto nuovo designato "presidio della salute del cittadino e supporto del SSN", quello che ormai tutti sappiamo circa le potenzialità del web e di utilizzarlo al meglio.

Note:

1) Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n.153 "recante individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

(2) A proposito dell'utilizzo dei defibrillatori automatici in ambienti extra-ospedalieri, si vedano anche il progetto di legge n. 753/2008 presentato alla Camera dei deputati il 6 maggio 2008 – XVI Legislatura : "Nuove norme in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero" e il disegno di legge n. 910/2008 -XVI Legislatura - presentato al Senato della Repubblica il 7 agosto 2008: "Disciplina per l'uso di defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero".

(3) Pubblicato nel Suppl. Ord. alla Gazz. Uff. 9 agosto 1934, n. 186.

(4) Art. 170: "Il medico o il veterinario che ricevano, per sé o per altri, denaro o altra utilità ovvero ne accettino la promessa, allo scopo di agevolare, con prescrizioni mediche o in qualsiasi altro modo, la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto a uso farmaceutico, sono puniti con l'arresto fino a un anno e con l'ammenda da £ 400.000 a £ 1 milione. Se il fatto violi pure altre disposizioni di legge, si applicano le relative sanzioni secondo le norme sul concorso dei reati. La condanna importa la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta".

(5) Art. 172: "Le pene stabilite negli artt. 170 e 171, primo e secondo comma, si applicano anche a carico di chiunque dà o promette al sanitario o al farmacista denaro o altra utilità. Se il fatto sia commesso dai produttori o dai commercianti delle specialità e dei prodotti indicati nei detti articoli, il Ministro della salute, indipendentemente dall'esercizio dell'azione penale, può ordinare, con decreto, la chiusura dell'officina di produzione e del locale ove viene esercitato il commercio per un periodo da uno a tre mesi e, in caso di recidiva, ne può disporre la chiusura definitiva. Il Ministro può, inoltre revocare la registrazione delle specialità medicinali o l'autorizzazione a preparare o importare per la vendita ogni altro prodotto ad uso farmaceutico".

(6) La sanzione originaria dell'ammenda è stata depenalizzata dall'art. 32, l. 24 novembre 1981, n. 689. L'importo della sanzione è stato così elevato dall'art. 114, primo comma, della citata l. 24 novembre 1981, n. 689.

6. TELEMEDICINA

6.2. Telemedicina satellitare

Ambulanze, assistenza domiciliare, pratiche amministrative, fino alla ricerca: sono questi gli ambiti nei quali è stato sperimentato in 11 regioni il sistema italiano di medicina satellitare Telesal. Coordinato dall'Agenzia Spaziale Italiana (Asi), che lo ha finanziato con circa 12 milioni in quattro anni, il progetto è stato realizzato in collaborazione con un gruppo di piccole e medie imprese guidato dalla Kell. "L'obiettivo è definire e sviluppare un modello operativo che metta la telemedicina via satellite a disposizione della sanità pubblica", spiega il responsabile del progetto per l'Asi, Alberto Canciani. Oltre ad una piccola flotta di cinque ambulanze in grado di organizzare l'assistenza via satellite in contatto costante con il servizio per le emergenze 118, nell'ambito del progetto sono stati messi a punto terminali per la telemedicina che possono essere utilizzati a bordo di navi e aerei; moduli analoghi sono anche stati inoltre sperimentati a bordo di veicoli mobili per analisi a tappeto sulla popolazione. Nei primi sette mesi di sperimentazione 150 pazienti in emergenza sono stati seguiti e diagnosticati via satellite. Quattro le macro aree sanitarie di applicazione del progetto: ambulatori mobili per campagne di screening, supporto agli interventi della medicina d'emergenza, aiuto ai medici di bordo e ai servizi aeronautici. "Grazie alla collaborazione delle Regioni, Basilicata e Molise - ha affermato Cesare Aragno, capo progetto Telesal - che hanno messo a disposizione le ambulanze, abbiamo monitorato via satellite 150 interventi in 7 mesi. Ma non solo: a Napoli sono stati effettuati oltre 400 esami di screening mammografico. E i referti sono stati spediti in tempo reale via satellite per la diagnosi al policlinico partenopeo Federico II". Utilizzando la telemedicina - ha spiegato Aragno - le donne napoletane, dopo aver fatto l'esame sul mezzo, dopo mezz'ora potevano ottenere i risultati arrivati via satellite dall'ospedale. In questo modo abbattiamo i ritardi e le attese per il ritiro in ospedale. Inoltre - sottolinea l'esperto - i referti acquisiti digitalmente possono essere spediti a più policlinici di riferimento per eventuali consulti con altri specialisti". La novità è stata la realizzazione di un sistema aperto che si poggia su una infrastruttura di telecomunicazione, principalmente satellitare, ed alcune applicazioni necessarie per smaterializzare i processi amministrativi e connettere funzionalmente utenti e centri di servizio del sistema sanitario. Il sistema

consente in sintesi l'analisi e la comunicazione a distanza di dati clinici rendendo disponibili in remoto, grazie all'uso del satellite, le competenze professionali, gli strumenti di diagnosi e gli altri mezzi necessari alla realizzazione di modelli di servizio Ict a supporto della pratica medica.

7. INNOVAZIONE DIGITALE NELLE AZIENDE SANITARIE

7.1. Progetto "Carta operatori sanitari"

Con il collaudo delle componenti software e dei servizi realizzati dalla Regione Toscana, si è concluso il progetto "Carta operatori sanitari" che ha visto impegnate, negli ultimi tre anni, le regioni Lombardia, Emilia Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana e la Provincia autonoma di Trento. Il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica ha cofinanziato l'intervento, assicurandone il coordinamento e l'armonizzazione delle attività progettuali. Incluso nel Piano eGovernment 2012, il progetto ha consentito il raggiungimento dei seguenti risultati: oltre il 60% degli operatori sanitari delle regioni interessate sono stati dotati di una carta operatore sanitario (COS), basate su tecnologia carta nazionale dei servizi (CNS), per l'accesso sicuro ai sistemi informativi e la sottoscrizione con firma digitale di documenti e referti. In particolare, sono state distribuite 173.279 COS di cui 169.000 con firma digitale, così suddivise:

- 13.851 ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- 117.456 agli operatori sanitari;
- 3.318 ai farmacisti;
- 38.654 ai tecnici e agli amministrativi.

I sistemi informativi di 54 aziende sanitarie (pari al 57% delle aziende delle regioni interessate e pari al 21% del totale nazionale) sono stati adeguati per consentire l'utilizzo della Carta Operatore quale strumento di autenticazione forte ai principali servizi erogati, tra i quali:

- Anagrafe sanitaria regionale;
- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Refertazione informatizzata;
- Prescrizione informatizzata;
- Cartella clinica ospedaliera.

Gli applicativi software utilizzati dai medici e dagli operatori sanitari sono stati adeguati per consentire la sottoscrizione con firma digitale mediante COS dei principali documenti clinico/sanitari:

- Referti di laboratorio;
- Referti radiologici;
- Referto di anatomia patologica;
- Verbale di pronto soccorso;
- Lettera di dimissione ospedaliera.

Il progetto rappresenta un passo in avanti verso la dematerializzazione dei documenti clinico/sanitari e un contributo alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

CONCLUSIONI

La sanità è una delle più grandi industrie italiane e tra quelle con il maggior numero di occupati, tanto da rappresentare circa l'8,3% del PIL con una spesa totale, nel 2010, di oltre i 113 miliardi di euro di cui solo 41 miliardi per le prestazioni erogate in regime di convenzione e accreditamento. Per ogni abitanti si spendono circa 1.900 euro, una cifra alta – appena al di sotto dei maggiori stati europei – così da porre il nostro Paese tra le maggiori organizzazioni internazionali negli indici sanitari mondiali, soprattutto in rapporto alle risorse impiegate. L'Information Technology in sanità sta condizionando la nascita di un nuovo modo di fare medicina, ovvero l'e-health che impone a tutti i professionisti coinvolti un importante cambiamento delle tradizionali modalità di lavoro. Nel nostro report, giunto al secondo aggiornamento dopo il grande successo del primo pubblicato lo scorso anno, abbiamo analizzato le principali iniziative avviate dal Governo e in particolare dal ministero della Sanità, nel campo della sanità elettronica. Molto è stato fatto, a cominciare dai certificati di malattia trasmessi in via telematica, fino al fascicolo sanitario elettronico ancora in fase di sviluppo nonostante i testi siano da tempo cominciati in alcune regioni italiane: “il FSE, vero fulcro della e-health che stiamo costruendo – ha detto Angelo Lino Del Favero Presidente Nazionale di Federsanità Anci commentando l'introduzione del fascicolo elettronico -. E' un esempio bellissimo di come le nuove tecnologie consentano di realizzare concretamente quei modelli teorici che da tempo inseguiamo. Il Fse è, e ancor più sarà, lo strumento che permetterà davvero di tessere la rete dei servizi partendo dall'utente, dal singolo cittadino e, contemporaneamente, riducendo sprechi, duplicazioni, attese interminabili. Passando da una struttura all'altra del servizio sanitario, dall'ospedale al medico di famiglia, dallo specialista al laboratorio di analisi, il cittadino porterà con sé la sua storia sanitaria, così che il servizio, di volta in volta, ne tenga conto. Insomma, più appropriatezza, più personalizzazione, più trasparenza. E più risparmio”. Per quanto riguarda, invece, la ricetta medica on line le Regioni avranno tempo fino al 2015 per arrivare ad una quota di sostituzione del 90% rispetto a quelle cartacee. Formato elettronico anche per la Cartella clinica dei pazienti, che potrà essere archiviata dalle strutture sanitarie in formato digitale. E sull'argomento un

messaggio chiaro arriva dal ministro Balduzzi: “si tratta di mettere in campo strumenti fondamentali per l'attuazione di programmi innovativi che possano al contempo migliorare le cure e ridurre il costo dell'assistenza, anche attraverso una nuova organizzazione dei servizi”. “L'Italia – ha ricordato Balduzzi - sta facendo passi in avanti nel settore della sanità elettronica, ma occorre trovare un coordinamento e un progetto unitario tra tutti i sistemi regionali della salute”. Insomma per il ministro si tratta di migliorare il lavoro del medico: “Maggiore efficacia, efficienza e appropriatezza e riduzione della spesa sanitaria – ha concluso Balduzzi -. La sanità elettronica rappresenta un pilastro fondamentale del processo di innovazione dei processi di cura e di riabilitazione in quanto consente al cittadino di portare con sé ovunque si trovi la propria storia clinica e di fruire conseguentemente di un'assistenza sanitaria il più possibile personalizzata”. Tutto ciò è già stato fatto negli Usa dove l'elettronica in ambito medico ormai impera: al capezzale dei centri ospedalieri americani è, infatti, sempre più facile imbattersi in un camice bianco munito di tablet: ormai tre medici su cinque ne fanno uso. Se il progresso della medicina negli ultimi anni è stato così grande lo si deve anche alle piccole neonate società hi-tech, che con i loro programmi hanno permesso di rendere più efficienti le giornate lavorative dei dottori. E così in Usa è difficile ormai trovare un pronto soccorso o un qualsiasi centro medico privato e pubblico che è privo di dispositivi portatili: il tasso di adozione di iPad e altri simili apparecchi portatili è quasi raddoppiato. I dispositivi multimediali consentono ai medici di inviare prescrizioni, ai chirurghi di gestire meglio la loro ricca agenda di impegni e agli infermieri di accedere ai sistemi informativi in cui sono contenuti i dati clinici sempre aggiornati e firmati in forma digitale. Uno studio pubblicato dal gruppo di ricerche Manhattan Research mostra che il tasso di dotazione di 'pc tavoletta' tra i dottori americani è balzato dal 35% del 2011 al 62% di quest'anno. Il boom è stato alimentato anche dall'arrivo di nuove app e software appositamente studiati per facilitare la vita ai medici. Dalle operazioni più complesse - si pensi agli interventi di chirurgia - fino a quelle più semplici - come scrivere una prescrizione o una procedura medica, l'obiettivo delle start up hi-tech è, dunque, secondo il governo americano, semplificare la vita dei medici dall'inizio

CONCLUSIONI

alla fine della sua giornata lavorativa. In Italia ci stiamo provando.

Fonti

Ministero della Salute

Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione

Dottnet

Federsanità

*Avv. Chiara Rabbito (Bologna)**



MERQUIRIO
insieme
per comunicare

MIGLIORA I TUOI TEMPI

Migliora i tuoi tempi

e-detailing
video detailing
phone-detailing
informatore remoto
CSO
banca dati medici
banca dati strutture sanitarie e stakeholder
email marketing
editoria online e tradizionale
social network dedicato ai medici
app
sondaggi
transfer order in farmacia
agente remoto
www.merqurio.it
direzione@merqurio.it