



Ministero della Salute

RIUNIONE DELLA CABINA DI REGIA DEL NSIS (D.M. 7 Maggio 2019)

SEDUTA DEL 28.07.2020

Il giorno 28 luglio 2020 alle ore 11.00 si è riunita la Cabina di regia del NSIS, rinnovata con il D.M. 7.05.2019.

Presenti in sede: Stefano Lorusso (presidente), Andrea Urbani (MdS-DGPROGS), Giuseppe Viggiano (MdS-DGSISS), Serena Battilomo (MdS-DGSISS), Simona Carbone (MdS-DGPROGS), William Frascarelli (CONSIP), Renato Di Donna (CONSIP).

Presenti in collegamento in videoconferenza: Luciana Patrizi e Antonietta Cavallo (MEF-RGS), Donatella Romeo (MEF), Stefano Van Der Byl (AGID), Giulio Siccardi (Agenas), Antonino Ruggeri (Coordinamento Commissione Salute), Serenella Carota (Marche), Michele Recine (Basilicata), Gandolfo Miserendino (Emilia Romagna), Maria Rosa Marchetti e Roberto Blaco (Lombardia), Nadia Raccanello (Veneto), Domenico Gallo (Liguria), Antonia Petrucci (Abruzzo), Vito Bavaro (Puglia), Massimo Bisogno (Campania), Giorgio Maria Tosi Beleffi (Min. Sviluppo economico), Maurizio Trapanese (AIFA), Guido Marinoni (FNOMCeO), Maurizio Pace (FOFI), Stefano Bernardelli (IPASVI), Moira Benelli (ANCI), Francesco Gabbrielli (ISS), Claudia Biffoli e Rosaria Boldrini (MdS-DGSISS).

Ore 11.00 inizio lavori - Il **dott. Stefano Lorusso**, nuovo Capo della Segreteria Tecnica dell'On. Ministro, in qualità di Presidente della Cabina di Regia, dopo il benvenuto ai presenti alla riunione introduce i lavori sottolineando come l'esperienza dell'emergenza Covid debba essere di insegnamento e stimolo perché il sistema sanitario, oltre ad attuare strategie a lungo termine, possa fornire risposte agli utenti più veloci ed immediate rispetto ai tempi a cui siamo abituati, anche per utilizzare i fondi per la sanità per una risposta più efficace verso i bisogni di salute della popolazione. Nell'incontro odierno l'ordine del giorno vuole considerare non solo l'orizzonte di lungo periodo cioè trasformare l'attuale sistema da un sistema monolite ad un sistema a microservizi, con ecosistemi digitali che dialogano insieme e restituiscono informazioni in maniera immediata anche per lo sviluppo di modelli predittivi, ma anche un orizzonte di breve periodo, in cui agire sui flussi e rivederne la tempistica, in quanto l'emergenza Covid ha messo in evidenza il ritardo nella disponibilità dei dati e sia i cruscotti regionali che nazionali non sono stati in grado di intercettare alcuni indicatori che potevano essere dei segnali importanti del contenere il diffondersi di questa epidemia.

Il tema dei dati riguarda ovviamente la tempestività, la completezza e la qualità, e ci sono i presupposti per sviluppare sia iniziative finalizzate all'accessibilità dei dati in sicurezza, sia finalizzate alla trasparenza, ovvero la capacità di far diventare il sistema dei flussi informativi il punto di riferimento,

sia da un punto di vista epidemiologico che clinico e statistico. E' necessario ragionare su come questa mole di informazioni possa essere oggetto di condivisione, fino ad arrivare anche a forme di trasparenza orientate ad informazioni sullo stato di salute, quindi forme anche di controllo sociale, rispetto all'operato della Sanità.

Già esistono esperienze nelle Regioni, abbastanza evolute, che potrebbero essere messe a fattor comune.

Il secondo punto all'ordine del giorno riguarda il fascicolo sanitario elettronico e la necessità di dare attuazione all'art. 11 del D.L. 34/2020 in maniera uniforme ed omogenea. Esamineremo anche alcuni contenuti che vanno nell'ottica del rafforzamento delle informazioni contenute nel fascicolo.

Infine tratteremo un tema sul quale le Regioni hanno già provato a fare una riflessione, ovvero la Televisita. Dopo la presentazione della mappatura sulle esperienze di Telemedicina attive nelle Regioni e PA nel 2018 che la Direzione Generale del Sistema Informativo ha rilevato, esamineremo una proposta per ulteriori spunti per indirizzi nazionali su specifiche prestazioni di telemedicina che ci illustrerà il **dott. Francesco Gabrielli** dell'ISS.

Ore 11.20 - Il dott Maurizio Pace (FOFI) prende la parola ed espone l'esperienza maturata dall'Ordine dei Farmacisti nel contrasto alla diffusione della pandemia da Covid e le criticità riscontrate. In particolare si pone l'accento sul dossier farmaceutico.

In tutto il periodo di massima diffusione pandemica, il Governo ha invitato la popolazione a restare a casa e quindi tutti i soggetti con patologie croniche hanno evitato file dai medici e c'è stato l'invio delle prescrizioni tramite mail o messaggistica elettronica direttamente ai pazienti.

E questo problema si sarebbe potuto risolvere più facilmente se all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico fosse stato attivato il dossier farmaceutico, consentendo quindi al farmacista di entrare in un'area specifica dove prelevare tutte quelle informazioni concernenti il paziente e dare rapidamente una risposta. Ciò è stato possibile solo per tre Regioni in Italia che non aderiscono al SAC, ma aderiscono al SAR e sono l'Emilia Romagna, il Veneto e la Puglia e che sono in una situazione molto avanzata. Mentre tutte le altre 18 Regioni che ad oggi fanno riferimento al sistema centralizzato del SAC non hanno potuto sviluppare questa funzionalità poiché ci sono criticità da parte del Garante della Privacy su ciò che concerne l'accesso ai dati.

La FOFI si è fatta subito promotrice di una circolare che ha inviato a tutti gli Assessorati Regionali affinché si possano superare in tempi rapidi tutte le criticità prima descritte qualora si presentasse una nuova recrudescenza autunnale dell'epidemia. In modo da accelerare i percorsi tramite i quali un medico, nel momento in cui prende in carico un paziente, trasferisce le conoscenze relative alle prescrizioni sul dossier farmaceutico del paziente in carico, mentre il farmacista che accede al dossier farmaceutico può scaricare tutte le informazioni sul paziente ed accelerare i tempi.

A tale scopo, il **dott Maurizio Pace** (FOFI) chiede al tavolo della Cabina di Regia di contribuire ad accelerare i tempi su quelle che sono le possibilità di una maggiore fluidità di rapporto fra paziente e farmacista, e tra paziente e medico, così come la FOFI ha sempre chiesto anche in altre sedi nel rispetto del codice deontologico.

Il **dott. Stefano Lorusso**, ringraziando il **dott Maurizio Pace** per il suo interessante contributo rimanda la discussione su tale intervento al momento in cui verrà dibattuto il punto 2 dell'OdG.

Ore 11.27 – La Cabina di Regia approva la nota di sintesi della riunione della CdR del 30 luglio 2019.

Ore 11.28 Punto 1 Odg “Cosa ci consegna l'emergenza Covid-19 sui flussi NSIS: proposta per migliorare tempestività, completezza e qualità di alcuni flussi. Iniziative di trasparenza informativa.

Al riguardo prende la parola il **dott. Andrea Urbani** (Ministero della Salute-DGPROGS) il quale ricorda come in una delle ultime riunioni della CdR fosse stato valutato un documento che aveva fatto un assessment dell'attuale stato dei flussi informativi per prendere atto della potenza di questo sistema

informativo che oggi copre circa l'85% delle prestazioni sanitarie in termini di costo. Il tutto in una logica evolutiva che consenta di aumentare esponenzialmente la potenza informativa di questi flussi con delle piccole manutenzioni legate all'opportunità di mettere in relazione tutte queste informazioni. Abbiamo informazioni da un lato economiche sui dati di attività, dall'altro sanitarie sia sugli ospedali, che sul territorio e sui dispositivi, le quali ci consentono di creare relazioni che danno informazioni utili per fornire evidenza alla programmazione nazionale e regionale al fine di migliorare la qualità del servizio. Questo presuppone quindi che ci sia un sistema informativo che riesca a creare queste relazioni in un tempo ragionevole.

Quindi nel mese di aprile 2018 è stato presentato questo documento in CdR, che è stato approvato, e che prevede a regime di allineare le scadenze dei flussi informativi per consentire una lettura trasversale del fenomeno sanitario in tempo reale. Per poterlo fare si decise all'epoca di creare un gruppo di lavoro tra il Ministero della Salute ed i rappresentanti delle Regioni per valutarne l'impatto organizzativo. Oggi è molto importante questo lavoro perché siamo in una fase di grande opportunità per il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le misure che dovrebbero arrivare dalla UE vorremmo migliorare sensibilmente la capacità di utilizzo dei flussi informativi. Quindi prima di riconvocare il gruppo di lavoro, verificare i nominativi designati dalle Regioni a suo tempo.

Il Covid ci ha insegnato che dobbiamo imparare ad utilizzare meglio questo patrimonio informativo ed in maniera più tempestiva e strutturata. Quindi probabilmente sarà necessario scegliere alcuni flussi che ci consentano, attraverso un superamento dell'attuale processo, la raccolta in tempo reale per attivare cruscotti che attivino allarmi, ove necessario. Infatti se noi avessimo avuto un flusso EMUR, stabile, costante, probabilmente si saremmo resi conto già a dicembre che stavano crescendo gli accessi al pronto soccorso per patologie respiratorie in maniera anomala rispetto all'anno precedente o a medesimi periodi su medesime aziende. E' necessario individuare il modo per passare da un'alimentazione a scadenze ad una in tempo reale con letture ragionate anche a livello centrale. A complemento di questo ragionamento è ovviamente necessario andare a valutare l'esito, la qualità di tutto il complesso organizzativo che abbiamo messo a disposizione per l'erogazione di una prestazione. Oggi abbiamo un ottimo programma nazionale esiti che misura, attraverso 165 indicatori, la qualità dell'assistenza erogata sul reparto, sulla struttura, sul presidio e sulla disciplina. E altresì vero che questi indicatori sono per la maggior parte indicatori di appropriatezza organizzativa ed indicatori di vita o di morte, mentre non abbiamo informazioni adeguate sulla qualità della sopravvivenza di un paziente.

Un altro elemento importante, sempre riferito al programma nazionale esiti, è la tempistica, perché dobbiamo imparare a ragionare in tempo reale. Infatti noi oggi stiamo acquisendo dati relativi al 2018, mentre dobbiamo imparare a valutare gli outcome in tempo reale.

Quindi lo sforzo organizzativo che questa Cabina di Regia deve prendersi in carico e quello di ripensare con modalità innovative, la raccolta delle informazioni e l'utilizzo di strumenti di analisi.

Sull'argomento prende la parola la **dott.ssa Serena Battilomo** (Ministero della Salute-DGSISS) la quale presenta la proposta, in attesa di un sistema real time, di sincronizzare alcuni flussi mensili che non sono a 30 giorni rispetto al mese di riferimento, ma sono a 45. Nello specifico si fa riferimento al flusso SDO delle Schede di Dimissioni Ospedaliere e al flusso FAR dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale. Questa potrebbe essere una modalità per avere i principali flussi allineati al mese di riferimento, quindi con un ritardo di solo 30 giorni.

Tutto ciò presuppone che le Regioni rispettino le scadenze fissate dai decreti istitutivi dei flussi, nella realtà invece le Regioni chiedono continuamente la riapertura dei flussi eccezioni. Quindi l'impianto del NSIS consentirebbe di avere dei dati non real time ma tempestivi nell'arco del bimestre o del trimestre se le Regioni mantenessero il rispetto delle tempistiche previste per il conferimento dei dati. Premesso che non esistono sanzioni, la proposta che si vuole fare è quella di premiare le Regioni e le Province Autonome che rispettano le scadenze previste e limitare la possibilità dei flussi eccezioni al massimo al quadrimestre precedente. In questa maniera sarà possibile avere una finestra di ritardo al massimo di 6 mesi. Contemporaneamente a questa proposta si è pensati di far ripartire il gruppo di

lavoro che si stava costituendo, che ragionerà non solo sulla completezza delle informazioni, ma anche ripensando ad un sistema di conferimento real time e non più a scadenze prolungate.

La **dott.ssa Luciana Patrizi** (Ministero dell'Economia e delle Finanze-RGS) sottolinea che il sistema Tessera Sanitaria può contribuire a realizzare una piattaforma che raccolga tutte le informazioni real time che riguardano il sistema sanitario con possibilità di creare al suo interno una piattaforma che consenta di elaborare i dati anche con sistemi avanzati. Ricordando anche che il sistema Tessera Sanitaria collega praticamente tutti: gli operatori sanitari, il Ministero, le Regioni, tutti gli erogatori, i farmacisti, l'Ordine dei Medici, ecc. Quindi propone l'utilizzo del sistema Tessera Sanitaria anche per creare una piattaforma che raccolga dati real time.

Il **dott Roberto Blaco** (Regione Lombardia) condivide quanto detto dal dott. Urbani, in quanto è effettivamente necessario effettuare una rivoluzione copernicana sui flussi, nel senso che ad oggi siamo abituati a flussi di rendicontazione e nel 2020 possiamo pensare ad un obiettivo più ambizioso che sono i cosiddetti flussi real time. Durante la pandemia tutte le Regioni sono state costrette ad istituire un flusso giornaliero basato spesso su fogli excel dove veniva semplicemente rilevata la data del ricovero, il reparto, l'ospedale ed il codice fiscale, quindi informazioni che sono contenute in qualsiasi flusso della movimentazione degenti di qualsiasi ospedale. Se si riuscisse, real time, a collegare tutti i sistemi informativi dei movimenti degenti degli ospedali, potremmo evitare in futuro di avere questi flussi estemporanei improvvisati dalle Regioni. Inoltre condivide anche la necessità di rendere più tempestivi i flussi con l'ambizione di ridurre ulteriormente la tempistica. Segnala però una criticità che è dovuta al fatto che quando una struttura di ricovero codifica una scheda di dimissione, purtroppo con tale codifica la SDO viene sottoposta ad una serie di controlli interni da parte degli ospedali che provoca un ritardo nell'approntamento del record. Allora suggerisce di distinguere due momenti, quello dell'invio, che dovrebbe essere il più tempestivo possibile, e poi dare la possibilità agli ospedali di correggere la scheda di dimissione in modo da offrire una qualità del dato perfetta o comunque più precisa possibile. In questo modo si potrebbero conciliare le esigenze delle Regioni e del Ministero della Salute di avere un dato immediato e le esigenze delle strutture che, giustamente, sottopone il dato ad una verifica interna di qualità. In tale ottica si potrebbe puntare quindi non più ai 4 mesi, ma a 2 mesi e si potrebbe inoltre fare in modo che indicatori come quelli del PNE possano essere calcolati anche senza bisogno che il dato sia consolidato ogni anno ma possa essere calcolato anche periodicamente.

Propone inoltre di rendere real time il flusso TS Art.50, grazie alla ricetta dematerializzata.

L'**ing. Stefano Van Der Byl** (AGID) condivide tutto ciò che è stato detto finora ed approfitta per richiamare quanto già discusso durante Cabina di Regia di due anni fa, nella quale fu presentata la GAP Analysis, sulla necessità di interconnettere diverse raccolte dati, non solo i flussi informativi. Questa che si presenta è l'occasione giusta per avere più informazioni e per avviare una riflessione su come utilizzare i dati che provengono dal fascicolo sanitario elettronico. Quindi la proposta è quella di iniziare a pensare in parallelo a queste evoluzioni dei sistemi informativi e flussi NSIS e al contempo a come utilizzare gli input che provengono da diverse fonti.

L'**ing Giulio Siccardi** (AGENAS) sottolinea come AGENAS soffra dei ritardi con cui recepisce i dati dalle Regioni e su questo punto accoglie la proposta del dott. Blaco della Regione Lombardia, ovvero di trasmettere i dati con maggiore frequenza anche se non completamente consolidati. Anche se, purtroppo, vengono a volte rilevate delle incongruenze ed una non perfetta qualità del dato. Per quanto riguarda invece le informazioni che riguardano la qualità della vita residua di un paziente è importante per AGENAS disporre di altri flussi, come per esempio quello di Tessera Sanitaria. Infatti il flusso PNE è basato quasi esclusivamente su SDO e EMUR e quindi solo sull'assistenza ospedaliera e nell'emergenza urgenza, per cui l'ing Siccardi accoglie favorevolmente la proposta dell'ing Van Der Byl di implementare, dove già ci sono, i fascicoli sanitari elettronici.

Il **dott. Antonino Ruggeri** (Regione Piemonte) accoglie favorevolmente sia la proposta sulla tempestività delle informazioni che sul real time. Con la necessità altresì di fare delle riflessioni in quanto non tutti i dati servono real time, quindi riflettere su quali dati sono utili per i sistemi di sorveglianza e quali invece non necessitano di questa tempestività.

Il fascicolo sanitario elettronico diventa sempre di più uno strumento e la maggior parte delle Regioni già lo alimenta con i referti di laboratorio. E' un percorso quindi da avviare, è altresì utile un gruppo di lavoro e magari in tempi stretti definire quali siano le principali priorità.

Oggi il dato è mediamente tempestivo sul flusso delle prestazioni ambulatoriali.

L'**ing. Gandolfo Miserendino** (Regione Emilia Romagna) sottolinea come un cambio delle tempistiche comporta anche un cambio che impatta su ogni struttura ospedaliera. Quindi convenendo sulla necessità di una logica di tempestività, osserva altresì che, sia per il PNE che per le altre attività che vengono svolte, non si può affermare che le tempistiche attuali non siano consolidate, non utili o che cambino le riflessioni rispetto ad ambiti di programmazione. Questo cambio ha un impatto che influisce su tutte le aziende sanitarie e quindi utilizzare un modello di invio che sia premiale aiuta a far sì che il Ministero abbia una completezza dei dati inviati da tutte le Regioni. Però al contempo i 15 giorni di differenza di cui si sta parlando adesso, nell'ambito della programmazione, non apportano un valore significativo. E' ovvio che l'ottimo è il real time ma dobbiamo essere consapevoli di come lavorano le aziende sanitarie e quale sia l'impatto che ha su di loro.

E uno degli aspetti che la Cabina di Regia deve sempre tener presente è il fatto che in virtù degli effort che dovrebbero essere richiesti, ci sia poi un arco temporale almeno triennale per consentire un reale ritorno di questo investimento.

L'ing Miserendino ricorda anche che il decreto 262 del 7 dicembre del 2016, regolamento recante le procedure per l'interconnessione, si muove proprio in questi termini ed è un regolamento che già esiste e sul quale tutti già stanno facendo delle attività. E quindi è importante portare all'attenzione della Cabina di Regia che gli strumenti oggi esistono e probabilmente vanno solo ottimizzati. Ma poter utilizzare gli strumenti che abbiamo portandoli a regime, risponderebbe già a tantissime delle proposte fatte oggi e delle chiare evidenze che ci sono.

La **dott.ssa Antonietta Cavallo** (Ministero dell'Economia e delle Finanze-RGS) riprende quanto detto dal dott Blaco per ricordare che il MEF sta pubblicando tutti i dati raccolti nel Sistema TS relativi alla farmaceutica convenzionata e alla specialistica ambulatoriale.

Prende la parola il **dott. Andrea Urbani** (Ministero della Salute-DGPROGS) per sottolineare che il Ministero sta lavorando ad una norma per consentire di lavorare al meglio i dati disponibili su NSIS e Tessera Sanitaria, renderli interoperabili e poterli quindi agganciare anche ad altre banche dati di altre Amministrazioni. Il punto però è che la genesi del dato di cui stiamo parlando in realtà non è esattamente così come ci attendiamo che sia per poterlo utilizzare, perché una SDO che viene letta in maniera veritiera dopo un anno, non ci consente di avere le informazioni che stiamo chiedendo, nonostante l'interoperabilità. Abbiamo altri flussi territoriali che sono a tre mesi, abbiamo anagrafiche che vengono aggiornate una volta l'anno, abbiamo altresì flussi che mancano sulla territoriale e vanno implementati. Abbiamo una qualità di questi flussi che va probabilmente migliorata in maniera significativa ed il documento lanciato in CdR, quando fu presa la decisione di provare a vedere l'impatto organizzativo per passare dal "as is" al "to be", descrive in modo puntuale tutte le fattispecie, flusso per flusso, cui si è parlato in maniera sintetica. Probabilmente quindi è necessaria una riflessione su quel documento ed il gruppo di lavoro ci dovrà descrivere l'impatto organizzativo. E' chiaro che tutto ciò richiede uno sforzo delle Regioni, però il senso del gruppo di lavoro è di andare a misurare tale sforzo poiché siamo in una fase dove sono stati investiti sul SSN 5 miliardi di euro in 4 mesi. Quindi se riteniamo che questo sia un elemento fondamentale di governance del Servizio Sanitario Nazionale per migliorare l'appropriatezza, la qualità, i tempi di intervento, il valore di ciò

che spendiamo, non ci sarà alcuna difficoltà a misurare l'impatto organizzativo, le risorse necessarie, le dotazioni tecnologiche, gli investimenti da fare. Il nostro compito è chiaramente quello di misurare tutto quello che serve, poi la politica deciderà se e come allocare le risorse qualora venga qualificata questa come una priorità nazionale.

Interviene la **dott.ssa Antonia Petrucci** (Regione Abruzzo) che pone una riflessione su quanto si è disponibili a pagare in termini di qualità a favore della tempestività. Perché quando si affermava che ci sono Regioni che chiedono il flusso delle eccezioni con un anno di ritardo, il motivo non deriva da una cattiva volontà delle Regioni a fornire i dati, ma purtroppo ci si accorge, non tempestivamente, che ci sono informazioni mancanti o parzialmente errate da rettificare. Quindi è necessario tener conto di questa problematica e parallelamente della capacità elaborativa che oggi abbiamo sugli attuali flussi. Infatti prendendo ad esempio gli incontri che si fanno con il gruppo EMUR, dove la tempestività è garantita da tutte le Regioni, nessuno si è accorto che c'era un aumento considerevole di accessi al pronto soccorso per polmonite. Quindi probabilmente il dato non viene utilizzato come dovremmo o potremmo utilizzarlo per cui esiste la necessità di tempestività e di controllo maggiore sui flussi e sui modelli gestionali, poiché tali modelli sarebbero stati molto utili in questo periodo, in particolare i modelli HSP ed invece ci siamo accorti che non erano alimentati in maniera precisa.

Il **dott. Massimo Bisogno** (Regione Campania) pone due osservazioni sull'anagrafe nazionale assistiti e l'anagrafe nazionale popolazione residente, tematiche importanti che durante l'emergenza Covid hanno portato ad avere spesso l'esigenza di ricostruire i nuclei familiari. E quindi senza una base che possa essere in qualche modo certificata, questa azione è risultata essere particolarmente onerosa e complessa. Quindi sarebbe apprezzabile avere uno spazio di riflessione sulla possibilità di agganciare queste due anagrafi nel mondo dei flussi in quanto permetterebbe di recuperare informazioni importanti e recuperare tempo per acquisirle nelle normali attività ordinarie.

Il **dott. Stefano Lorusso** sintetizza gli interventi precedenti sottolineando come ci sia una generale condivisione sulla proposta dei 15 giorni che ha un valore anche significativo. E' un segnale importante in quanto primo passo per andare verso qualcosa e viene quindi proposto al dott Urbani di riattivare il gruppo di lavoro, in quanto ha una valenza strategica. E tutto ciò anche in previsione delle probabili risorse economiche che potranno essere investite in termini tecnologici ed infrastrutturali. Quindi giungere ad una proposta condivisa dalla Cabina di Regia su come e perché queste risorse debbano essere investite risulta molto importante, e auspica che al prossimo incontro della CdR si possa discutere più dettagliatamente su questo aspetto, coinvolgendo tutti i soggetti interessati e facendo tesoro dell'intervento del MEF, rendendo il suo contributo come parte attiva del progetto.

Interviene la **dott.ssa Serena Battilomo** (Ministero della Salute) che precisa che sarà cura della Segreteria della Cabina di Regia rinviare al coordinamento delle Regioni la nota per avere una conferma sulle designazioni per il gruppo di lavoro.

Ore 12.20: punto 2 Odg "Potenziamento del fascicolo sanitario elettronico anche alla luce dell'art.11 del D.L. 34/2020. Prossimi passi."

Il **dott. Giuseppe Viggiano** (Ministero della Salute-DGSISS) rappresenta come il fascicolo sanitario elettronico (FSE) possa diventare una delle fonti più ricche a supporto delle scelte di programmazione, in relazione al bisogno di salute della popolazione. Al momento sono stati aperti circa 14 milioni di fascicoli sanitari elettronici in tutta Italia, ma non in maniera uniforme tra le varie realtà regionali. E questo anche perché finora per l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico era necessario il consenso dell'assistito. Tale presupposto poteva essere superato, come anche indicato dal Garante della protezione dei dati personali in alcuni suoi chiarimenti ed indicazioni, ed è

stata portata avanti con i colleghi del MEF e con la condivisione anche delle Regioni, la modifica legislativa inserita nel DL34/2020, che ha cambiato la norma del fascicolo sanitario elettronico (art.12 del DLgs 179/2012) in modo tale che ora sarà possibile attivare i fascicoli di tutti gli assistiti in ambito nazionale. Altre novità introdotte dalla modifica normativa sono: il FSE sarà alimentato anche con la documentazione sanitaria proveniente dall'assistenza sanitaria privata; l'istituzione dell'anagrafe nazionale dei consensi e delle revoche, che dovrà essere associata all'anagrafe nazionale degli assistiti il cui schema di decreto è in via di finalizzazione. L'indice nazionale documenti, inoltre, consentirà l'interoperabilità tra le funzioni del FSE, interoperabilità che è consentita dalla infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (FSE-INI) che è messa a disposizione e gestita dal Ministero dell'Economia e Finanze e più precisamente dall'Ispettorato diretto dalla dott.ssa Patrizi. E' prevista la realizzazione del portale nazionale e l'alimentazione del FSE con i dati del Sistema Informativo Trapianti (SIT) per le dichiarazioni di volontà sulla donazione degli organi, delle Anagrafi Vaccinali regionali per le vaccinazioni e per le prenotazioni da parte dei CUP regionali.

Detto ciò, il **dott. Giuseppe Viggiano**, in relazione all'attivazione dei FSE riguardanti tutti gli assistiti, rappresenta che c'è stata una proposta da parte del MEF di adozione di un decreto che disciplini in maniera uniforme questa alimentazione al fine di evitare discrasie tra le varie realtà regionali e su questo punto si è aperto un'interlocuzione con le Regioni che vorrebbero prescindere dalla necessità di un provvedimento amministrativo che disciplini questa fase, ritenendo che l'abrogazione della previsione normativa che imponeva il consenso all'alimentazione, consenta alle singole Regioni di attivare autonomamente tutti i fascicoli sanitari elettronici. Sul punto è previsto a breve anche un confronto con i colleghi del Garante per la protezione dei dati personali, onde valutare insieme gli impatti che queste novità possono avere sulla disciplina della tutela della riservatezza e dell'appropriatezza nella protezione dei dati personali. Detto ciò, è opportuno comunque evidenziare l'esistenza di una necessità: attualmente il fascicolo sanitario elettronico è disciplinato da un regolamento (DPCM n.178 del 2015) che dovrà essere aggiornato con le nuove indicazioni legislative e poiché non si tratta semplicemente di una trasposizione ma vanno, ovviamente, ragionati e condivisi questi adeguamenti, la proposta che viene avanzata dalla Direzione del Sistema Informativo Sanitario, è quella di demandare al tavolo ex art.26, che ha proprio una funzione propositiva, l'elaborazione di una proposta di adeguamento dell'attuale regolamento rispetto alle novità legislative. Proposta che potrà successivamente essere proposta alla Cabina di Regia per una condivisione e quindi procedere poi all'avvio dell'iter di modifica del regolamento. Il dott. Viggiano informa che il gruppo di lavoro sul taccuino ha terminato di recente i lavori e potrebbe essere uno strumento, se ben usato, molto prezioso per l'acquisizione di informazioni sempre più complete nel fascicolo sanitario elettronico e quindi, nella revisione del DPCM, si potrebbe prevedere anche l'adozione dei formati e standard anche di questa tipologia di documento.

La **dott.ssa Serena Battilomo** (Ministero della Salute-DGSISS) precisa che il deliverable del taccuino è stato trasmesso alla Cabina di Regia tra la documentazione della riunione per procedere alla sua approvazione e poterlo inserire insieme agli altri documenti approvati l'anno scorso.

Prende la parola il **dott. Antonino Ruggeri** (Regione Piemonte) per presentare il parere di tutte le Regioni sull'attuazione del D.L.34. E a tal proposito in molte Regioni sono già stati avviati interventi che portino all'attuazione dell'abrogazione del consenso obbligatorio all'alimentazione. Tutto ciò aiuta il sistema a massimizzare tutti gli interventi e gli investimenti ad oggi realizzati, mettendo a disposizione di tutti i cittadini il FSE.

La **dott.ssa Serena Battilomo** (Ministero della Salute-DGSISS) aggiunge che si ha la necessità di una immediata attuazione di quanto previsto dall'art.11, ma al contempo fare in modo che quanto previsto dalla regolamentazione sia coerente con l'evoluzione normativa. Quindi due percorsi che devono essere coerenti tra di loro e, ovviamente, svolti con tempistiche diverse. Va comunque sottolineato che le interlocuzioni in corso con il MEF e con il Garante sono legate al fatto che,

nonostante l'art.11 sia immediatamente attuativo, è necessario mantenere altresì delle regole comuni ed uniformi, e fare in modo che tutti i cittadini possano avere lo stesso tipo di offerta sanitaria a livello nazionale. Quindi è necessario definire queste indicazioni unitarie ed uniformi ed in base a come evolveranno queste interlocuzioni e tutto ciò che ne verrà fuori, sarà inserito nell'aggiornamento del nuovo DPCM che avrà anche l'adozione dei nuovi documenti.

Il **dott. Antonino Ruggeri** (Regione Piemonte) rappresenta l'apprezzamento per la chiusura dei procedimenti sull'anagrafe nazionale assistiti, nell'ottica di riuscire a superare le difficoltà che ad oggi si rilevano sia sul processo di gestione della mobilità sia quelle relative all'attribuzione del genitore nei confronti del minore.

La proposta del taccuino invece è un contributo che nasce dalle diverse Regioni grazie anche ad approfondimenti condotti con Agid con l'obiettivo di far dialogare le singole Regioni e condividere in maniera omogenea un set minimo di regole. L'esperienza del taccuino evidenzia che ogni Regione mantiene sempre dei livelli di servizio ulteriori, quindi l'omogeneità non deve fermare la specificità che qualche Regione può assicurare ai propri assistiti rispetto al minimo condiviso con l'interoperabilità.

Anche la **dott.ssa Luciana Patrizi** (Ministero dell'Economia e delle Finanze-RGS) sottolinea l'importanza della norma inserita nel D.L 34 per cui il fascicolo sanitario elettronico costituirà una base di informazioni enorme. Inoltre il MEF aveva proposto un decreto ministeriale che risolvesse delle questioni in maniera da garantire l'uniformità, infatti va ricordato che il MEF ha già erogato dei fondi alle Regioni per l'attuazione del fascicolo. Inoltre la dott.ssa Patrizi esprime alcune perplessità sul riportare tutto al tavolo ex art 26 perché siamo di fronte ad un decreto legge che è una norma che ci consente di lavorare con urgenza.

Il **dott. Giuseppe Viggiano** (Ministero della Salute-DGSISS) chiarisce che non si sta proponendo di subordinare alle modifiche del regolamento 178 l'attuazione del decreto legge, ma si sta rilevando la necessità di adeguare il regolamento base del fascicolo sanitario nazionale alle nuove previsioni normative, altrimenti rimane una discrasia tra fonte legislativa e fonte regolamentare e ciò perché la fonte legislativa è stata modificata. Il DPCM va comunque cambiato, quindi la proposta è quella di lavorarci nel tavolo ex art 26 così come previsto dallo stesso regolamento.

Il **dott. Stefano Lorusso** conclude l'esame del secondo punto all'Odg e la Cabina di regia approva all'unanimità il deliverable con standard e formati del Taccuino. Chiede inoltre che venga convocato prima della pausa estiva il Tavolo tecnico ex art.26 per mettere a fuoco e formulare una proposta di aggiornamento del DPCM 178/2015 per il prossimo incontro della Cabina di regia NSIS che si terrà nel mese di ottobre.

Ore 12.50: punto 3 Odg: “Telemedicina: presentazione dei risultati della mappatura delle esperienze regionali e individuazione degli ulteriori sviluppi per l'istituzionalizzazione degli strumenti di telemedicina anche in relazione alle iniziative avviate nel periodo dell'emergenza”:

La **dott. Serena Battilomo** (Ministero della Salute-DGSISS) illustra i risultati della mappatura delle esperienze regionali sulla Telemedicina che fornisce una fotografia a livello nazionale di quanto attivato nei territori nel 2018. Grazie alla collaborazione delle Regioni e delle Province Autonome sono state rilevate 282 esperienze che dimostrano come il nostro paese sia maturo per l'applicazione di strumenti di Telemedicina. Dalla mappatura la prestazione più erogata in Telemedicina risulta essere il Teleconsulto, seguita dalla Telerefertazione e dal Telemonitoraggio, le quali insieme raggruppano quasi il 70% delle esperienze di Telemedicina.

Nel questionario che è stato approntato sono state raccolte anche le domande legate ai 7 domini del modello MAST e, al fine di individuare fra tutte le esperienze di Telemedicina, quelle che potessero

essere oggetto di un ulteriore approfondimento. Delle 282 esperienze rilevate solo 31 hanno considerato le 7 dimensioni del MAST e quindi il sottogruppo che si occupa della Telemedicina valuterà quali di queste 31 esperienze abbiano i requisiti per essere analizzate in maniera più approfondita secondo tale metodologia. Infine comunica che i risultati della mappatura saranno pubblicati sul portale del Ministero della Salute nella pagina dedicata alla telemedicina.

Passa quindi la parola al **dott. Francesco Gabbrielli** (Istituto Superiore di Sanità) che illustra una proposta di documento contenente gli “*Elementi essenziali per lo svolgimento delle prestazioni di televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria e teleassistenza infermieristica*” per poter usare la videochiamata al fine di erogare delle prestazioni sanitarie a distanza, in un momento come quello attuale in cui c’è la necessità di dare delle risposte rapide ed operative su come le varie figure professionali che operano in sanità possano utilizzare determinati sistemi tecnologici che li mettano in contatto con i pazienti e permettano non solo lo scambio di dati, ma anche di eseguire delle prestazioni. Però ci sono delle questioni che vanno affrontate, dei limiti che vanno conosciuti. Limiti che hanno a che fare soprattutto con la sicurezza clinica dei pazienti o con l’efficacia di ciò che sto facendo sempre da un punto di vista clinico. E poi, da non trascurare, c’è la problematica della sicurezza dei dati, infatti per come è scritto oggi il codice deontologico, una interpretazione restrittiva di alcuni passaggi del codice stesso, possono indurre a ritenere che sia totalmente inapplicabile la Televisita, cosa che in realtà non è. Fino ad ora non sono mai stati usati i termini Televisita, Teleprestazioni e quant’altro ed i motivi derivano dal fatto che ci sono stati problemi non di poco conto rispetto alla definizione di queste parole. Ad oggi si stanno utilizzando i termini così come definiti nelle linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina, le quali sono state scritte con uno scopo di generale indirizzo per incamminare tutta la nazione verso uno sviluppo nell’ambito della Telemedicina. Ma stiamo parlando degli anni 2008-2009, poi arrivarono a compimento nel 2012 e solo nel 2014 furono inserite in un accordo Stato-Regioni. Quindi ci troviamo ad avere un testo che non ha la finalità di risolvere dei problemi pratici ma solo di indicare un indirizzo generale. Il nuovo documento prodotto e consegnato oggi alla Cabina di Regia analizza l’aggiornamento delle definizioni di queste parole, quindi la Televisita, il Teleconsulto, la Teleconsulenza e la Teleassistenza infermieristica, che sono tutte attività che richiedono un intenso lavoro tramite videochiamata, associata ad altri elementi diversi con diverso peso specifico rispetto alle varie attività o prestazioni.

La Televisita è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente al fine di arrivare alla formulazione di una diagnosi e all’indicazione del trattamento e della prognosi. E da questa definizione si evince subito che la Televisita è una visita a tutti gli effetti che può essere effettuata quando non sia necessario l’esame obiettivo e si conosce già il paziente.

Il Teleconsulto medico è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.

La Teleconsulenza medico-sanitaria, invece, è un’attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque esclusiva, delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che non hanno lo stesso livello di responsabilità rispetto al caso specifico.

La Teleassistenza infermieristica è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull’interazione a distanza tra infermiere e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all’occorrenza, aggiungere la condivisione di dati clinici, referti o immagini.

Il **dott Guido Marinoni** (FNOMCEO) illustra il punto di vista della FNOMCEO in merito alla Telemedicina. Il codice deontologico attualmente vigente ha un articolo che parla della Telemedicina e tale codice, essendo in qualche modo datato (2014), andrebbe rivisto. Non perché sia ostativo riguardo alle applicazioni di Telemedicina ma perché va aggiornato in diversi aspetti, in primo luogo

per capire quali sono le attività che si possono fare, quali applicazioni possono essere certificate, ecc. Un gruppo di lavoro FNOMCEO ha lavorato in tal senso ed i risultati sono stati presentati alla consulta deontologica FNOMCEO che dovrà esprimersi per modificare anche l'articolo del codice. Quindi diventa particolarmente importante che il percorso delle regioni nel dettare le linee guida di Telemedicina vada di pari passo con gli aspetti deontologici di competenza di FNOMCEO e quindi si arrivi al più presto ad un tavolo congiunto che consenta di mettere insieme i diversi aspetti di competenza. Sottolinea inoltre che ci sarebbe anche qualche aspetto di natura legislativa da affrontare quando si parla di Telemedicina, tra questi per esempio la Legge Brunetta sulle certificazioni di malattia.

Interviene il **dott. Gandolfo Miserendino** (Regione Emilia Romagna) per evidenziare alcuni aspetti che la Cabina di Regia dovrebbe fornire come indicazione ai vari gruppi di lavoro. Nel senso che uno degli aspetti non presenti nel documento presentato dal dott. Gabbrielli è l'elenco delle prestazioni che oggi possono essere erogate con queste modalità; è un elenco da fare.

Inoltre i servizi che vengono erogati in Telemedicina devono avere, come tutte le prestazioni erogate, delle tariffe ed il sistema di remunerazione che ad oggi non sembra disciplinato.

Sicuramente andrebbero aggiornate anche quelle specifiche tecniche nazionali che oggi, nel rispetto delle normative vigenti in uso, tipo l'ex art.50, quindi la legge 326/2003, dove si andavano a dare delle indicazioni tecniche che devono essere prese in considerazione all'atto di una importante azione che viene fatta.

Per ultimo ci sono anche degli aspetti legati ai consultori familiari, i centri di salute mentale, ecc, che andrebbero identificati.

Il **dott. Stefano Lorusso** sottolinea come sarebbe importante se il gruppo costituito sulla Telemedicina, integrato con i contributi della Direzione Generale della Programmazione, possa restituire a questo tavolo una proposta che possa essere anche un orientamento di carattere generale per tutti i soggetti a cui questa Cabina di Regia è deputata a dare una sorta di indirizzo condiviso fra le diverse componenti. Partendo quindi dall'ottimo lavoro fatto dal dott. Gabbrielli, si propone di rimandare al gruppo di lavoro sulla Telemedicina il compito di fare una sintesi che possa essere un elemento di condivisione e di indirizzo. E' un lavoro importante che necessita di essere fatto in tempi brevi.

In chiusura di riunione il dott. **Giuseppe Viggiano** concorda sul punto che siano maturi i tempi affinché le varie iniziative, le varie sensibilità che sono state anche sollecitate in questo periodo dall'esperienza che stiamo vivendo e che non si è ancora conclusa, possano emergere in una elaborazione condivisa tramite delle linee di indirizzo che tengano conto dei vari aspetti emersi durante questa CdR, al fine di utilizzare questi nuovi strumenti per fornire un'assistenza innovativa che vada ad integrarsi con quella tradizionale.

Il dott. **Giuseppe Viggiano** ritiene inoltre condivisibili le esigenze rilevate dalla FOFI, sia per quanto riguarda il coinvolgimento dell'Ordine dei Farmacisti che sulla necessità di dare un impulso conclusivo alla definizione del dossier farmaceutico che è uno dei documenti più importanti a dover essere presente nel fascicolo sanitario elettronico, pertanto si ritiene opportuno che il gruppo di lavoro che è coordinato dalla Regione Veneto e sta lavorando sul dossier farmaceutico, sia integrato da rappresentanti FOFI. Chiedendo altresì alla Regione Veneto di dare impulso all'attività del gruppo di lavoro per poter giungere in tempi abbastanza celeri alla definizione con il contributo appunto anche della FOFI.

Il **dott Guido Marinoni** chiede che a tale gruppo possa partecipare anche la FNOMCEO

Alle ore 13.37 il **dott. Stefano Lorusso** chiude i lavori della riunione e viene proposta la prossima riunione della Cabina di Regia per il 13 ottobre ca.

La Segreteria Tecnico-Operativa
della Cabina di regia NSIS