

Sanità

Anno XIII - n. 15
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
20-26 aprile 2010
www.24oresanita.com

Meno ricoveri, più assistenza a casa e interventi immediati salva-vita: il manifesto della società scientifica

Tutte le sfide della telemedicina

In arrivo le linee guida ministeriali - L'«ignoranza informatica» costa 862 milioni l'anno

In ospedale solo per le emergenze, il resto (anche le cronicità) si cura a casa. Interventi in tempo reale nelle emergenze con un risparmio di vite umane fino al 4%. Gestione dei servizi senza doppioni e code inutili. Meno spese per la maggiore appropriatezza e a regime niente costi per l'«ignoranza informatica» che vale 862 milioni l'anno. Sono gli obiettivi della telemedicina su cui la Società italiana (Sit) ha fatto il punto, elaborando anche un manifesto nazionale. E dal ministero della Salute stanno per arrivare le linee guida per interventi omogenei in tutte le Regioni.



A PAG. 18-19

Gli esperti

«Le buone pratiche siano lo standard per l'Ict»

A PAG. 19

Strategie

Con i certificati malattia on line parte l'era paperless

A PAG. 7

LOTTA AI TUMORI

Sboccia la nuova oncologia

Cure più umane: 10 progetti in mostra - Dipartimenti al check

Concerti nei reparti, sportelli d'accoglienza, sostegno alla sessualità dei malati, accoglienza continua e «globale». Sono andati in scena a Biella, nel corso del convegno «Contaci» promosso dalla rete oncologica piemontese e dai primari del Cipomo, i semi della nuova oncologia ospedaliera italiana. Sempre più attenta all'umanizzazione delle cure e al vissuto dei pazienti. Sempre più tesa a realizzare strutture «a cinque stelle», come annuncia il presidente Cipomo, in termini di efficienza e di comfort. E, dal punto di vista organizzativo - secondo i primari, che stanno lavorando a un'indagine ad hoc - non può che essere il Dipartimento la «forma» capace di supportare l'umanizzazione delle cure anti-cancro attraverso l'approccio multidisciplinare. Una strada però ancora in salita.

A PAG. 2-4

FARMINDUSTRIA

Caccia aperta agli sprechi

Frodi milionarie all'Erario - Fazio: perso il 5-10% del Fsn

Turfe e sprechi rubano al Ssn dal 5 al 10% del Fsn. Si potrebbero recuperare ben 11 miliardi l'anno solo allineando l'attività gestionale delle Regioni agli standard più elevati. Attorno a questi dati - e alle statistiche d'attività di Nas e Gdf, che

censiscono danni milionari all'Erario - si è snodato il dibattito su legalità ed efficienza promosso da Farmindustria, che lancia un patto di solidarietà con le Regioni in rosso.

A PAG. 14-16

INDAGINE CENSIS

Italiani soddisfatti del Ssn

Farmacisti e Mmg i più popolari - Sud, crolla la fiducia

Farmacie e Mmg sono in cima alla classifica della «popolarità» tra gli italiani, insieme agli «studi medici privati». Seguono, poi, i pediatri, i laboratori e le cliniche. Promossi anche gli ospedali e il pronto soccorso. Lo dice un'indagine

del Censis che mostra comunque come questa fiducia cali sensibilmente al Sud e nelle Isole. Qui i servizi ospedalieri sono considerati «buoni» solo dal 17,7% dei cittadini.

A PAG. 10-11

IN VETRINA

Biotestamento: l'aula si avvicina
Governo clinico a metà percorso

Prosegue alla Camera l'esame del Ddl sulle dichiarazioni anticipate: a inizio giugno il testo sarà in aula e il primo via libera è atteso entro due settimane. La Commissione intanto ha proseguito a votare anche gli emendamenti al testo unificato sulla governance previsto in aula entro maggio. (Servizi a pag. 9)

▼ **Patto per la salute: tra Governo e Regioni c'è la Stern**
Pronta per l'esame dei nuovi governatori prima della Stato-Regioni la bozza di regolamento della struttura tecnica «paritaria» Governo-Regioni. (Servizio a pag. 6)

▼ **Organi: donazioni samaritane al vaglio del Cnb**
Il Comitato nazionale di bioetica voterà il prossimo 22-23 aprile un parere sulle donazioni samaritane da parte di estranei coperti da anonimato. (Servizio a pag. 6)

▼ **Farmacia dei servizi: tra un mese i decreti attuativi**
Pronte entro un mese le regole attuative del Dlgs 153/2009 che fa della farmacia il front office del Ssn: l'annuncio di Fazio a un convegno Federfama-Assofarm. (Servizio a pag. 21)

▼ **Puglia: una rete più flessibile per i consultori**
Via libera della Regione al Piano di riprogrammazione della rete di consultori. Nuovi orari per le donne lavoratrici, priorità alla prevenzione dell'aborto. (Servizio a pag. 20)

Malpractice, tempo di mediare

Grazie al 28/2010 tra un anno sarà obbligatorio tentare la mediazione nelle cause civili da malpractice prima di rivolgersi ai giudici. Una strada intelligente per sgonfiare il contenzioso e restituire serenità al rapporto medico-paziente.

A PAG. 24

Chirurgia, la sicurezza va in video

Metà degli eventi avversi correlati agli interventi chirurgici è stata giudicata «prevenibile», ossia potrebbe non essere mai successa. È sulla base di questo dato che il ministero della Salute ha presentato un video dimostrativo e un manuale per la sicurezza in sala operatoria. Il problema della sicurezza rappresenta infatti una priorità del Ssn e sulla scorta delle campagne di sensibilizzazione dell'Oms, il ministero ha realizzato un video didattico, scegliendo quindi uno strumento di comunicazione efficace e immediato, che illustra le modalità di esecuzione dei controlli per la sicurezza in sala operatoria e ha lo scopo principale di influenzare il

comportamento delle équipes operatorie, introducendo buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.

In Italia si eseguono ogni anno circa 4,6 milioni di interventi chirurgici ma non ci sono dati precisi sul numero degli infortuni a livello nazionale. Forse però la chiarezza del linguaggio cinematografico e le musiche di Nicola Piovani potranno contribuire a diminuire i pur rari episodi di «negligenza», che in un contesto complesso e difficile come la sala operatoria possono avere conseguenze gravi e in ogni caso ingiustificabili. (Ro.M.)

A PAG. 23

GUIDA ALLA LETTURA

Primo Piano	a pag. 2 - 4
Dal Governo	6 - 7
In Parlamento	9
Dibattiti	10 - 11
In Europa	12
Cronache	13
Speciale	14 - 16
Aziende/Territorio	17 - 21
- Mercati&News	21
Lavoro/Professione	23 - 27
- Fisco/Previdenza	25
- Medicina	26
- La Giurisprudenza	27

A PAG. 12

Programma Ue

Dai trapianti alla psichiatria: ecco gli otto bandi europei che scadono il prossimo 20 maggio

A PAG. 25

Imprese&Tasse

Entro aprile i produttori di medicinali devono versare all'Aifa il 5% delle spese promozionali

A PAG. 27

Consiglio di Stato

È legittimo riservare ai generalisti una gara pubblica per la locazione di immobili





Il punto della Società italiana (Sit) sullo stato dell'arte e le prospettive delle cure in rete

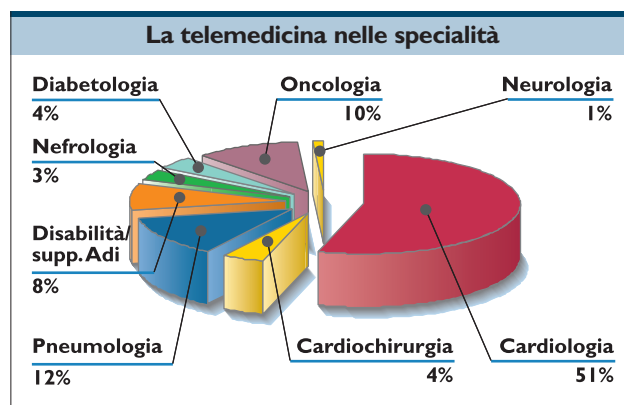
Telemedicina, il jolly del Ssn

Risparmi e appropriatezza sono le parole d'ordine - E il paziente resta a casa

Telemedicina è ospedale a casa, interventi in tempo reale con risparmio anche di vite umane (mortalità ridotta in emergenza fino al 4%), gestione dei servizi senza duplicazioni e code, risparmi per la maggiore appropriatezza e per il superamento dell'«ignoranza informatica» in Sanità che costa al Ssn 862 milioni l'anno di «tempo perso» del personale. Questi gli obiettivi e le prospettive su cui ha fatto il punto la Società italiana di telemedicina (Sit, unica società medico-scientifica di medicina telematica italiana, come ha spiegato il suo segretario generale, **Giancarmine Russo**) a Firenze la scorsa settimana in una «tre giorni» a cui hanno partecipato produttori, istituzioni, società scientifiche, Regioni e Università (v. box in fondo alla pagina). Dall'incontro è scaturito il primo manifesto della telemedicina in Italia, illustrato dal presidente della Sit, **Gianfranco Gensini**, preside della facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, un documento (v. pagina 19) inviato al mondo dell'e-health con l'obiettivo di arrivare a un testo condiviso nel giro di due mesi.

Le reti. Ci sono, ma non molte, secondo l'Osservatorio nazionale e-care, un progetto del ministero della Salute, realizzato in Emilia Romagna con il supporto di Cup2000 assieme a Campania, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto. E quasi tutte (79%) sono dedicate all'assistenza domiciliare. Le reti raramente offrono servizi di supporto sociale (teleassistenza, telecompagnia ecc.) e sulla telemedicina la tendenza è creare progetti «a moduli» che differenziano l'offerta nelle aree specialistiche: la rilevazione in-

Personale	% tempo perso per giornata lavorativa	Costo totale del tempo perso annualmente
Personale medico strutture sanitarie	0,90%	188.285.066
Personale infermieristico	2,80%	96.161.592
Personale tecnico	3,60%	49.133.063
Personale impiegatizio	7,90%	410.549.237
Medici di base	3,40%	117.583.658
Totale		861.712.616



1. Contesto internaz., naz.le, reg.le e aziendale	8. Sicurezza delle prestazioni	15. Privacy e confidenzialità
2. Formazione e training degli operatori sanitari	9. Analisi costo-efficacia	16. Comunicazione
3. Empowerment dei cittadini	10. Priorità di azioni da sviluppare	17. Integrazione - Non competizione - Tra i livelli istituzionali
4. Strumenti tecnologici e standard	11. Individuazione appropriata dei pazienti	18. Valutazione
5. Risorse dedicate	12. Modifiche organizzative e gestionali	19. Ricerca e innovazione
6. Documentazione chiara	13. Modalità di rimborso	20. Partnership pubblico-privato
7. Qualità delle prestazioni	14. Aspetti medico-legali	

dica un impegno nel 51% dei casi nella Cardiologia, seguita (12%) dalla Pneumologia e (10%) dall'Oncologia. C'è larga diffusione di progetti-pilota e sperimentazioni, ma anche un'alta mortalità dei progetti implementati, secondo la valutazione di **Carla Fiori**, che ha illustrato i risultati dell'analisi.

L'ignoranza informatica. La spesa per Ict raggiunge l'1,1% di quella sanitaria globale contro un tasso di crescita in Europa del 7%, il 44% del totale dei dipendenti di Asl e Ao sono «utenti informatici» (ma gli Mmg raggiungono il 90%), tuttavia su 250mila utenti di infor-

matica individuale solo il 7% si dichiara «esperto», 200mila utilizzano strumenti informatici senza preparazione e più di 400mila non li utilizzano affatto. Questa ignoranza informatica - ha spiegato **Antonio Teti** dell'Università «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara - vale lo 0,84% circa della spesa sanitaria, circa 862 milioni in un anno di «tempo perso» del personale sanitario. Per questo Teti ha rilanciato il progetto «Ecdl Health» gestito dall'Aica (Associazione italiana per l'informatica e il calcolo automatico), che prevede la certificazione degli operatori del Ssn per garantire

l'utilizzo dell'Ict: una «patente sanitaria» del computer insomma.

Le linee guida. L'esigenza è avere un indirizzo unico per l'applicazione e la gestione della telemedicina, un «documento strategico» secondo un indice che garantisce applicazioni efficaci, illustrato da **Alessandro Ghirardini**, del dipartimento Qualità del ministero della Salute (v. tabella). Ma il ministero sta già lavorando a linee guida che saranno presto ufficializzate per rendere il Nuovo Sistema informativo sanitario (NSis) la cornice unitaria politico-strategica delle iniziative di Sanità in rete, come ha spiegato **Maria**

Carla Gilardi, professore di Bioingegneria, elettronica e informatica all'Università Milano Bicocca, direttore dell'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare del Cnr e consulente del ministero della Salute. Le linee che ne faranno parte riguardano l'attuazione dei risultati dei Mattoni del Ssn per la generazione di «Lea di informazioni» assicurando l'interoperabilità tra tutti i livelli del Ssn nella rilevazione delle prestazioni erogate, l'identificazione del cittadino e la rilevazione delle prestazioni con la tessera sanitaria, l'innovazione nelle cure primarie con l'invio telematico di pre-

scrizioni e certificati, il fascicolo sanitario elettronico, il sistema dei Cup, l'adozione di servizi di telemedicina nella pratica clinica per ridisegnare struttura e organizzazione dell'offerta e infine un'anagrafe unica delle strutture Ssn per il monitoraggio della rete di assistenza. Essenziale tuttavia - ha ribadito il direttore generale del NSis, **Rossana Ugenti** - è un cambio di rotta nella cultura degli operatori e dei cittadini perché comprendano importanza e appropriatezza delle reti nell'assistenza.

Le imprese. Coinvolti nello sviluppo della telemedicina sono i produttori di apparecchiature. E **Fernanda Gellona**, direttore generale di Assobiomedica, l'associazione che le rappresenta, ha indicato le proposte dell'associazione. Per gli aspetti legali-regolatori-clinici la richiesta delle imprese è di definire un contratto standard tra struttura sanitaria e fornitore del servizio in cui siano chiare le rispettive responsabilità, e anche di un «contratto» paziente-struttura sanitaria (con un consenso informato ad hoc) che garantisca gli ambiti di privacy, la «diligenza» nella telemedicina, il livello del servizio. D'accordo con la necessità di percorsi, professionalità e formazione specifiche per operatori e pazienti, Assobiomedica ha sottolineato infine la necessità di inserire nei Lea la telemedicina, prevedendo una codifica che per la tracciabilità delle tecnologie, eventuali forme di co-payment per gruppi di pazienti non finanziabili e Drg specifici e tariffe ambulatoriali di rimborso per le tecnologie innovative.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Emergenza: -4% di mortalità

Un elettrocardiogramma pre-ospedaliero grazie alla telemedicina riduce il tempo per la diagnosi e l'inizio della terapia di 20-55 minuti, aumenta i pazienti trattati nel Dea, quelli trattati con fibrinolisi (dal 37 al 43%), riduce la mortalità ospedaliera dal 12 all'8 per cento. In Lombardia il progetto Prometeo realizza strutture e forma gli operatori col risultato di una giornata di degenza guadagnata ogni 6 pazienti; nel Lazio c'è il progetto infarto.net che fa capo a 7 aziende ospedaliere coordinate; in Toscana mezzi e personale specializzato trattano non solo il cuore; in Puglia il sistema telecardiologia del 118 ha referato 28.669 Ecg on-line su 233.657 totali. L'emergenza è uno dei settori di maggiore applicazione della telemedicina e al di là del problema tecnico sono in atto processi completi di riorganizzazione e razionalizzazione in funzione del miglioramento della qualità delle cure.

L'ospedale a casa dei cronici

Con la telemedicina l'ospedale diventa struttura di riferimento per il territorio. Le esperienze illustrate (Irccs Maugeri di Milano, Fatebenefratelli di Roma, Molinette di Torino) sono di reti radiologiche telematiche a elevate competenze con la creazione di servizi di riferimento, attività di telemonitoraggio degli anziani affetti da patologie croniche riacutizzate e ospedalizzati a domicilio e di vere e proprie strutture di telemedicina con équipe multidisciplinari di medici e infermieri che trasformano le cure normali in assistenza integrata: telemedicina, self-management, assistenza domiciliare, ospedale a casa, second opinion per il Mmg, riabilitazione domiciliare, dimissioni protette e cure palliative. Un nuovo modello organizzativo che coinvolge soprattutto il personale infermieristico (advance practical nurse) con cui si «telesorveglia» il paziente cronico (telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto anche per i pazienti post-stroke e post-ictus).

Isole, medici di base on line

La gestione del paziente nei gruppi di cure primarie strutturati con un sistema informativo assicura accessibilità e servizi multicanale, telemonitoraggio e assistenza, realizzando un'«agenda del paziente», servizi on demand e proattivi e la partecipazione di tutte le figure del tema con l'integrazione e la connettibilità delle cartelle cliniche in uso e il contatto con i servizi di supporto.

Ma il medico di base utilizza la telemedicina anche in altri contesti. A esempio nelle piccole isole, con sistemi che rendono wireless la casa da cui il paziente trasmette i dati al medico e questo lo allerta in caso non compia gli atti previsti nella sua agenda di cure. E i suoi vantaggi non finiscono qui: a esempio in un paziente con ictus, una trombolisi endovenosa eseguita entro tre ore dai primi sintomi grazie al riconoscimento precoce con la telemedicina «salva» un paziente ogni 10 casi trattati.

L'Università raggiunge l'Africa

L'università con il supporto dell'Ict ha come obiettivo proiettare le strutture sanitarie pubbliche e private della Sanità del futuro. E sono le facoltà di Ingegneria che affiancano stavolta i medici per implementare la digitalizzazione. La scommessa è soprattutto sui dispositivi mobili che incentivano lo sviluppo economico e contribuiscono all'innalzamento del Pil. E sono gli ingegneri biomedici a strutturare, ma anche a gestire le reti. Oltre questo ruolo, le facoltà di Medicina puntano spesso al di là dei confini tradizionali (ospedale/territorio).

Il caso illustrato a Firenze è quello dell'Università di Napoli Federico II che ha implementato il programma di medicina prenatale Tocomat totalmente digitale e basato sulla telemedicina. E da Napoli il collegamento arriva fino a Budapest e a Tripoli e nel 2010 a Dakar in Senegal e Moi in Kenia. Obiettivo: tenere sotto controllo i pericoli delle pazienti a rischio visto che la mortalità perinatale in Africa raggiunge il 62 per mille nati, mentre in Europa non va oltre il 13 per mille.

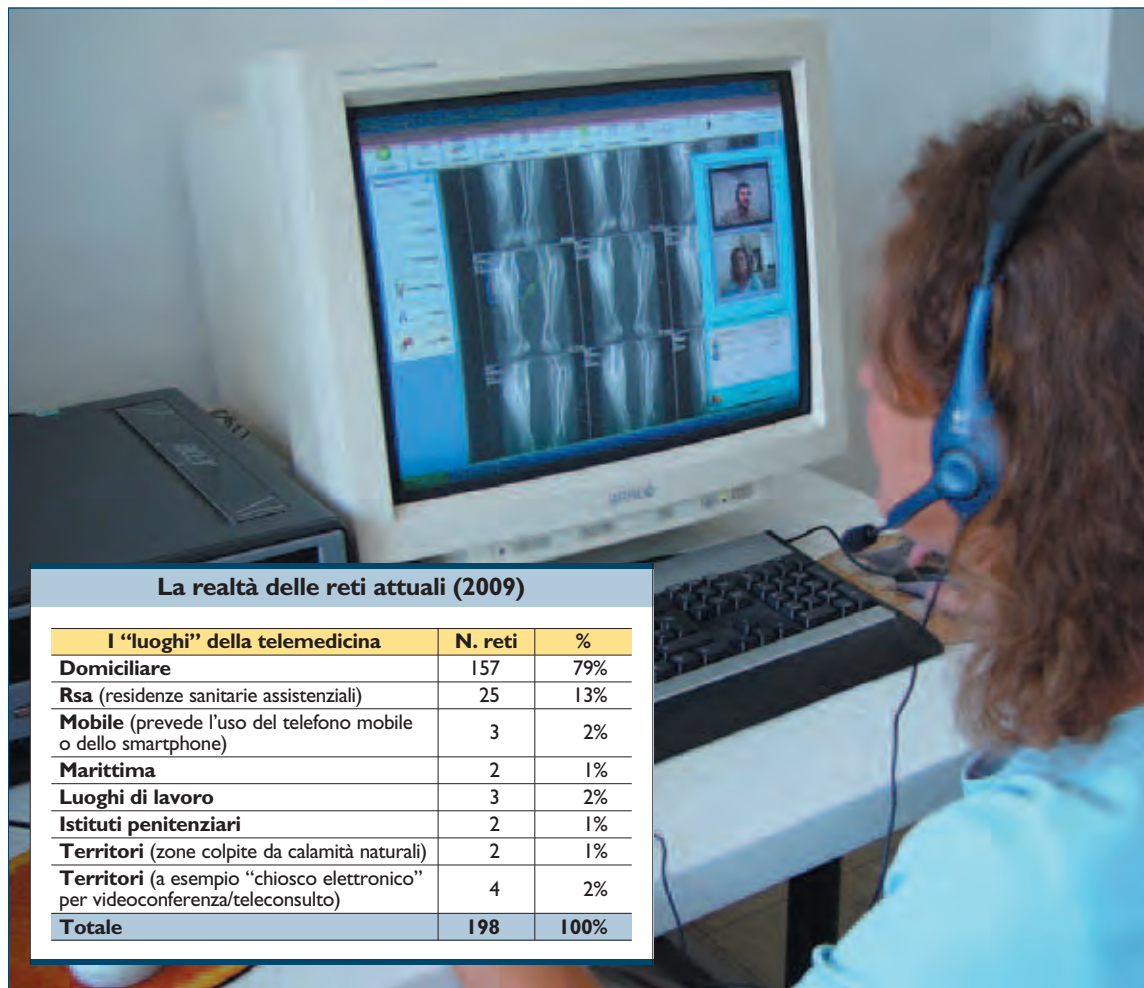
Prove di futuro dalla ricerca

Pazienti «connessi», infrastrutture telematiche per la continuità dell'assistenza, robot. La ricerca nella medicina telematica guarda alla fantascienza tenendo i piedi nella realtà. E partendo dallo studio di prototipi di modelli infrastrutturali per garantire l'interoperabilità tra sistemi informativi diversi (progetto Itaca) per la continuità dell'assistenza, arriva fino alla valutazione della qualità del servizio di telemedicina grazie al progetto multiregionale e-R.Me.Te. (Regioni per la medicina telematica). Ed ecco i «robot». O meglio i sistemi robotici e mecatronici per la neuroriabilitazione dell'arto superiore con risultati che consentono a un arto artificiale anche di sentire caldo e freddo, fino a suonare il pianoforte. La teleriabilitazione è anche cardio-respiratoria e neuromotoria e il paziente la fa a domicilio.

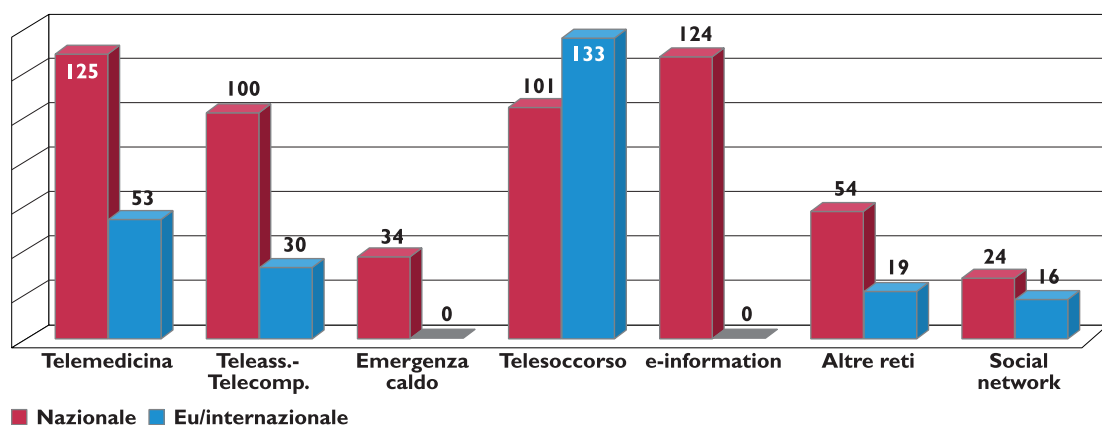
Società scientifiche alzano il tiro

Cardiologia, radiologia, sistema I18: i pionieri della telemedicina (le società scientifiche che rappresentano queste aree), fanno il punto sullo sviluppo, ma anche sulle criticità della medicina telematica. E chiedono linee guida nazionali per evitare frammentazioni, e lo sviluppo delle reti per la tempestività nella trasmissione e ricezione dei dati. Il tutto con consensus intersocietà multidisciplinari e multiprofessionali basati sulla evidence clinica. Meno disposizioni tecniche e norme per rivistare l'attuale modello nazionale dispersivo e frammentario.

La necessità è di modelli innovativi di sperimentazione che contribuiscano alla modernizzazione del sistema sanitario per una gestione non più solo nelle strutture del servizio, ma anche a domicilio con reti integrate. E serve anche l'educazione dei pazienti accanto a quella del personale usando sistemi che permettano un pronto accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni del paziente indipendentemente da dove si trovino.


La realtà delle reti attuali (2009)

I "luoghi" della telemedicina	N. reti	%
Domiciliare	157	79%
Rsa (residenze sanitarie assistenziali)	25	13%
Mobile (prevede l'uso del telefono mobile o dello smartphone)	3	2%
Marittima	2	1%
Luoghi di lavoro	3	2%
Istituti penitenziari	2	1%
Territori (zone colpite da calamità naturali)	2	1%
Territori (a esempio "chiosco elettronico" per videoconferenza/teleconsulto)	4	2%
Totale	198	100%

Reti aperte al cittadino - Totale nazionale e internazionale (2008)

LE CRITICITÀ

Best practice: obiettivi e non modelli

Come mai le esperienze di telemedicina non sono "messe a sistema"? Come si può propagare un'innovazione duratura nelle aziende sanitarie? Le best practice nella medicina telematica non sono un punto di arrivo, ma devono essere uno standard di servizi sanitari efficienti e il lavoro da fare è verso chi non riesce a raggiungerli questi standard, secondo **Angelo Rossi Mori**, dell'Unità di Sanità elettronica - Itb-Cnr di Roma, che ha elaborato una visione complessiva sulle modalità di diffusione della Sanità elettronica nel settore della salute in rete.

In sostanza, l'emulazione delle best practice presuppone una diffusione spontanea delle esperienze, ma se si vuole provocare la diffusione di nuovi modelli organizzativi, si deve trovare il modo per portare l'innovazione a sistema. «Per questo - ha sostenuto Rossi Mori - Federsanità-Anci e Forum Pa hanno promosso un tavolo permanente di lavoro sulla Sanità elettronica dei vertici di Asl e Ao, che a sua volta ha avviato l'iniziativa sui "Livelli di innovazione tecnologica in Sanità" (Litis), in accordo con il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica della presidenza del Consiglio. E Litis conferma che le funzionalità essenziali (es. su contabilità, logistica, portale) sono diffuse e c'è esperienza sui nuovi modelli assistenziali basati su telemedicina e sulla gestione avanzata della documentazione clinica. Ma la propagazione dell'innovazione è avvenuta in modo non controllato, e un certo numero di Asl/Ao sono rimaste indietro. Tutte le aziende sanitarie devono poter garantire un minimo di soluzioni, ormai ben stabilizzate, per le funzionalità essenziali». Secondo Rossi Mori, l'approccio spontaneo e quello pianificato sono complementari e si applicano bene in situazioni diverse. Le best practice sono uno stimolo al riuso: le caratteristiche di esperienze di successo sono messe in evidenza per permettere la diffusione di singole soluzioni nei contesti più maturi,

migliorando la qualità, l'efficacia, il numero di funzioni già offerte, o il loro grado di copertura. Il processo di massa teorizzato da Litis invece è orientato soprattutto a recuperare le aziende sanitarie in cui l'innovazione è meno diffusa, in modo da avviare un fenomeno di sistema, di mettere in evidenza "cosa manca" a un'azienda per raggiungere lo sviluppo bilanciato delle funzionalità.

E tra le cose che mancano, ha spiegato **Guerino Carnevale** del Dipartimento qualità del ministero della Salute, ci sono una legislazione più specifica, linee guida di riferimento e standard di qualità, l'attivazione e l'omogeneità delle reti, una codifica delle prestazioni e modalità di rimborso da parte del Ssn, la gestione dei dati, il valore medico-legale dell'atto medico, la definizione delle competenze e delle responsabilità degli operatori. E poi il capitolo sicurezza (smart card, password digitali ecc.) e dell'autenticazione per certificare l'identità del mittente e del destinatario. Tra le criticità della telemedicina Carnevale ha indicato l'esistenza di modelli autoreferenziali, la necessità di valutazione delle esigenze di assistenza sanitaria in ogni Regione, le eterogeneità presenti nelle priorità valutate negli investimenti regionali, i campi di applicazione (patologie ad alto impatto sociale), le tecnologie (hardware/software, dispositivi, applicativi, sicurezza), la formazione del personale sanitario (Mmg, Pdf, medici specialisti, 118, infermieri,

tecnici) e dei professionali di Università, enti di ricerca, Asl ecc., fino alla formazione dei pazienti, dei familiari e/o dei caregiver che li assistono. L'agenda delle cose da fare deriva da queste e va dalla scelta dei partner tecnici per valutare i dispositivi all'identificazione delle aree di interesse e degli aspetti socio-sanitari di applicazione. E poi - una volta formati operatori e pazienti - c'è l'Hta (Health technology assessment) per validare i sistemi che offrono le migliori garanzie in termini di qualità (efficienza, efficacia) e di sicurezza in ambito medico, sociale ed economico.

È necessaria l'analisi di ciò che manca per raggiungere uno sviluppo bilanciato

IL MANIFESTO SIT DELLA TELEMEDICINA

La Società italiana di Telemedicina e Sanità elettronica (Sit) è stata fondata con la finalità di promuovere e diffondere lo sviluppo della Telemedicina e della Sanità elettronica in tutti i suoi aspetti: medici, tecnologici e organizzativi, favorendo, a tal fine, la collaborazione tra le varie componenti del sistema sanitario nazionale e regionale, nonché le aziende e le organizzazioni che contribuiscono al miglioramento dei servizi socio-sanitari, attraverso l'innovazione tecnologica, la ricerca e l'investimento di risorse finanziarie.

La Società italiana di Telemedicina e Sanità elettronica, in quanto Società scientifica, intende definire i principi fondamentali necessari per lo sviluppo armonico e sostenibile della "Telemedicina" intesa come strumento di innovazione tecnologica a valenza multidisciplinare che comprende la formazione, l'integrazione, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, attraverso l'impiego di sistemi di telecomunicazione che si avvalgono della cooperazione di differenti professionalità al fine della promozione della salute attraverso i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura del paziente.

Il primo principio che la Società italiana di Telemedicina e Sanità elettronica vuole affermare con il presente documento riguarda il riconoscimento, sia a livello culturale che organizzativo e operativo, della coesistenza nella "Telemedicina" di tre pilastri fondamentali: la Medicina telematica, la Sanità elettronica e l'Ict (Information and communication technology) in Sanità. Si afferma inoltre che questi tre pilastri costituiscono il fondamento della "Telemedicina" nella misura in cui concorrono al miglioramento, sia dell'esercizio della professione medico-chirurgica che dell'offerta sanitaria per i pazienti. Per tale motivo questo manifesto è, al momento, centrato prima di tutto sulla Medicina telematica.

La Medicina telematica è una branca della scienza medica che ha una sua propria valenza clinica e una sua propria specificità tecnico-scientifica. Si tratta di un'innovazione nella modalità di esercizio della

Medicina e chirurgia che richiede conoscenze e abilità specialistiche. Il grado di maturità tecnica raggiunto dalla Medicina telematica, e le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie disponibili, presentano infatti indubbi vantaggi nell'ambito del miglioramento della qualità e della sicurezza nell'assistenza ai pazienti. Tuttavia, malgrado tale potenzialità, il ricorso ai servizi di Medicina telematica è ancora limitato: la ricerca e il mercato infatti presentano, a oggi, un elevato livello di frammentazione che si traduce in un ostacolo allo sviluppo della Telemedicina sull'intero territorio nazionale.

Partendo da questo scenario la Società italiana di Telemedicina e Sanità elettronica redige il presente documento, aperto al confronto, al contributo e alla valutazione delle Istituzioni, delle Società scientifiche e delle aziende di settore presenti alle Giornate nazionali di studio in Medicina telematica, svolte a Firenze nei giorni 8, 9 e 10 aprile 2010, allo scopo di meglio definire, promuovere e diffondere lo sviluppo della Medicina telematica nel nostro Paese.

Con il termine di Medicina telematica si definisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle tecnologie di telecomunicazione computer assistite, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due o più professionisti) non si trovino nella stessa località o vi si trovino in momenti diversi. Essa comporta la trasmissione, in modalità sicura e protetta, di informazioni e dati di carattere medico grazie a testi, suoni, immagini o altre

informazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo monitoraggio dei pazienti. Si tratta di un'attività eminentemente clinica che presuppone l'intervento del medico e dell'infermiere i quali, per mezzo di strumenti tecnologici idonei, svolgono tutte le azioni necessarie a garantire ai pazienti la migliore assistenza a distanza, ovvero: rilevare, registrare, elaborare, trasmettere, decodificare informazioni e dati clinici, utilizzare, a distanza, strumentazioni medico-chirurgiche.

La Medicina telematica individua, pertanto, l'insieme di attività prettamente di Medicina e chirurgia cliniche, analoghe a quelle tradizionali, ma ricomprese nel termine più vasto e generale di "Telemedicina", così come definito dall'Unione europea, e si distingue dalla cosiddetta "Sanità Elettronica" (o connected-Health o e-Health) atta a indicare i sistemi e i servizi sanitari erogati per via info-telematica (teleprenotazione, e-prescription, refertazione on-line ecc.) e dall'Ict sanitario atto a indicare le tecnologie info-telematiche utilizzate in Sanità e nei sistemi sanitari.

La Medicina telematica è multidisciplinare in quanto abbraccia un'ampia varietà di attività specialistiche e non, è praticabile in varie forme in tutte le discipline mediche e chirurgiche, costituendo un indubbio progresso, in particolare per la teleassistenza domiciliare, il telemonitoraggio medicale delle patologie croniche e del decorso post-operatorio, il teleconsulto specialistico, i servizi di emergenza-urgenza, l'assistenza nelle piccole isole e nelle comunità montane, la tele-cardiologia, -radiologia e -dermatologia.

La Medicina telematica condivide gli stessi principi etici della Medicina e della Chirurgia esercitati in modo tradizionale, seguendo i dettami della deontologia medica e della buona pratica clinica, medica e chirurgica.

Un documento "aperto" alle considerazioni e ai suggerimenti

La Medicina telematica è interdisciplinare in quanto occorre la collaborazione di esperti di differenti settori per la progettazione e implementazione dei sistemi di cui essa si avvale. Tale collaborazione deve essere condotta a partire dalle problematiche medico-chirurgiche che a loro volta sono basate sulle

esigenze assistenziali dei pazienti. Per tale motivo il ruolo e il coinvolgimento degli infermieri nell'erogazione di servizi di Telemedicina clinica sono imprescindibili. La progettazione e lo sviluppo di servizi di Medicina telematica, nonché la loro strutturazione nel sistema sanitario nazionale e regionale, devono avere come prima finalità il miglioramento dell'assistenza sanitaria, nel pieno rispetto del rapporto fiduciario tra medico e paziente.

Massima attenzione deve essere pertanto posta alla sicurezza del malato o della persona che usufruisce di prestazioni sanitarie di Medicina telematica, così come alla tutela della riservatezza dei dati sanitari, soprattutto per quanto riguarda la loro trasmissione e trattamento. L'interazione telematica tra medico e paziente è da considerare sempre a tutti gli effetti un atto medico e come tale soggetto al segreto professionale.

Un utilizzo corretto della Medicina telematica può garantire un miglior accesso alle cure, un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale e regionale, ma tutto ciò comporta un processo di implementazione che necessita della elaborazione di procedure, della precisazione dei ruoli degli operatori e delle loro responsabilità, nonché di risorse e tempi adeguati. Di conseguenza devono essere sempre valutati assieme agli aspetti clinici, anche quelli amministrativi, economici e medico-legali.