

L. 17-12-2012 n. 221

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese

Pubblicata nella Gazz. Uff. 18 dicembre 2012, n. 294, S.O.

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche Sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
<p>Art. 7 Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico</p> <p>1. A decorrere dal sessantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti del settore pubblico non soggetti al regime del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per il rilascio e la trasmissione delle certificazioni di malattia, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente.</p> <p>1-bis. All'articolo 55-septies del decreto legislativo n. 165 del 2001, al comma 2 e' aggiunto il seguente periodo: « Il medico o la struttura sanitaria invia telematicamente la medesima certificazione all'indirizzo di posta elettronica personale del lavoratore qualora il medesimo ne faccia espressa richiesta fornendo un valido indirizzo ».</p> <p>2. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano per le</p>	<p><u>CERTIFICAZIONI DI MALATTIA NEL SETTORE PUBBLICO</u></p> <p>A decorrere dal 60° giorno di entrata in vigore del presente decreto in tutti i casi di assenza per malattia per il rilascio e la trasmissione delle certificazioni di malattia, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia, previsti dal comma 4 dell'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2011 n. 165, si configura quale ipotesi di illecito disciplinare nel caso ricorra sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza all'obbligo di trasmissione, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa. Le sanzioni sono applicate secondo criteri di gradualità e proporzionalità, secondo le revisioni degli accordi e dei contratti collettivi di riferimento.</p> <p>Il medico o la struttura sanitaria invia telematicamente la medesima certificazione all'indirizzo di posta elettronica personale del lavoratore qualora il medesimo ne faccia espressa richiesta fornendo un valido indirizzo.</p> <p>Tali disposizioni non si applicano per il personale delle Forze armate</p>

certificazioni rilasciate al personale delle Forze armate e dei Corpi armati dello Stato e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

3. Al testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e di sostegno della maternità e della paternità a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 3 dell'articolo 47 e' sostituito dai seguenti:

« 3. La certificazione di malattia necessaria al genitore per fruire dei congedi di cui ai commi 1 e 2 e' inviata per via telematica direttamente dal medico curante del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato, che ha in cura il minore, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, utilizzando il sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia di cui al decreto del Ministro della salute in data 26 febbraio 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010, secondo le modalità stabilite con decreto di cui al successivo comma 3-bis, e dal predetto Istituto e' immediatamente inoltrata, con le medesime modalità, al datore di lavoro interessato e all'indirizzo di posta elettronica della lavoratrice o del lavoratore che ne facciano richiesta.

3-bis. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 giugno 2013, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previo parere del Garante per protezione dei dati personali, sono adottate, in conformità alle regole tecniche previste dal Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, le disposizioni necessarie per l'attuazione di quanto disposto al comma 3, comprese la definizione del modello di certificazione e le relative specifiche »;

b) il comma 1 dell'articolo 51 e' sostituito dal seguente:

« 1. Ai fini della fruizione del congedo di cui al presente capo, la lavoratrice e il lavoratore comunicano direttamente al medico, all'atto della compilazione del certificato di cui al comma 3 dell'articolo 47, le proprie generalità allo scopo di usufruire del

e dei Corpi armati dello Stato e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

CERTIFICAZIONE – CONGEDI MATERNITA' E PATERNITA'

La certificazione di malattia necessaria al genitore per fruire dei congedi di maternità e paternità e' inviata per via telematica direttamente dal medico curante del SSN o con esso convenzionato, che ha in cura il minore, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, utilizzando il sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia di cui al decreto del Ministro della salute in data 26 febbraio 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLE CERTIFICAZIONI

Con DPCM da adottare entro il 30 giugno 2013 sono adottate le disposizioni per definire le modalità di trasmissione delle certificazioni di malattia necessaria al genitore per fruire dei congedi di maternità e di paternità comprese la definizione del modello di certificazione e le relative specifiche.

<p>congedo medesimo. ».</p> <p>3-bis. Il comma 1 dell'articolo 51 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, come modificato dal comma 3, lettera b), del presente articolo, si applica a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.</p>	
<p style="text-align: center;">Sezione IV SANITA' DIGITALE Art. 12 Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario</p> <p>1. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e' l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.</p> <p>2. Il FSE e' istituito dalle regioni e province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:</p> <p>a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;</p> <p>b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;</p> <p>c) programmazione sanitaria, verifica delle qualita' delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.</p> <p>Il FSE deve consentire anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on line secondo modalita' determinate nel decreto di cui al comma 7.</p> <p>3. Il FSE e' 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, nonche', su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso.</p> <p>3-bis. Il FSE puo' essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale puo'</p>	<p style="text-align: center;"><u>FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)</u></p> <p>Il fascicolo sanitario elettronico e' l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.</p> <p>Il fascicolo sanitario elettronico è istituito dalle Regioni, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; - studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; - programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria. <p>Il FSE e' alimentato in maniera continuativa, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.</p> <p>Il FSE può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale può decidere se e</p>

decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo.

4. Le finalita' 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 finalita' di cui alla lettera a) del comma 2, puo' essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalita' individuate a riguardo. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

6. Le finalita' di cui alle lettere b) e c) del comma 2 sono perseguite dalle regioni e dalle province autonome, nonche' 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, modalita' e logiche di organizzazione ed elaborazione dei dati definiti, con il decreto di cui al comma 7, in conformita' ai principi di proporzionalita', necessita' e indispensabilita' nel trattamento dei dati personali.

6-bis. La consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE, di cui all'ultimo periodo del comma 2, puo' essere realizzata soltanto in forma protetta e riservata secondo modalita' determinate dal decreto di cui al comma 7. Le interfacce, i sistemi e le applicazioni software adottati devono assicurare piena interoperabilita' tra le soluzioni secondo modalita' determinate dal decreto di cui al comma 7.

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

quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo.

CONSULTAZIONE FSE

La consultazione dei dati e documenti presenti nel Fascicolo puo' essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalita' individuate a riguardo. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

Le seguenti finalita': studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico e programmazione sanitaria, verifica delle qualita' delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria, sono perseguite dalle Regioni, nonche' dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dal Ministero della salute nei limiti delle rispettive competenze attribuite dalla legge, secondo livelli di accesso, modalita' e logiche di organizzazione ed elaborazione dei dati definiti, con il decreto di cui al comma seguente, in conformita' ai principi di proporzionalita', necessita' e indispensabilita' nel trattamento dei dati personali.

L'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari online avviene secondo modalita' determinate da apposito decreto del Ministro della Salute e del Ministro per l'Innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro per la Pubblica amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'Economia, **sentita la Conferenza Stato Regioni**.

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 e i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, 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'.

8. Le disposizioni recate dal presente articolo non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e le amministrazioni interessate provvedono alle attività di competenza delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

9. La cabina di regia per l'attuazione dell'Agenda digitale italiana, di cui all'articolo 47, comma 2, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, e successive modificazioni, e' integrata per gli aspetti relativi al settore sanitario con un componente designato dal Ministro della salute, il cui incarico e' svolto a titolo gratuito.

10. I sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici sono istituiti ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta

Il decreto stabilisce anche i contenuti del Fascicolo e i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che ne concorrono all'implementazione, 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, 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.

Le disposizioni recate dal presente articolo non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La cabina di regia per l'attuazione dell'Agenda digitale italiana è integrata per gli aspetti del settore sanitario con un componente designato dal Ministro della Salute.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA E REGISTRI DI MORTALITA', TUMORI E ALTRE PATOLOGIE

Sono istituiti, a livello nazionale e regionale, sistemi di sorveglianza e registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in

sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

11. I sistemi di sorveglianza e i registri di cui al comma 10 sono istituiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali. Gli elenchi dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici sono aggiornati periodicamente con la stessa procedura. L'attività di tenuta e aggiornamento dei registri di cui al presente comma è svolta con le risorse disponibili in via ordinaria e rientra tra le attività istituzionali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale.

12. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire con propria legge registri di tumori e di altre patologie, di mortalità e di impianti protesici di rilevanza regionale e provinciale diversi da quelli di cui al comma 10.

13. 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, con regolamento, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati, in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 20, 22 e 154 del codice in materia di protezione

ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

I sistemi di sorveglianza e i registri sono istituiti con DPCM, su proposta del Ministro della salute, **previa intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni** e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali.

Le Regioni e le Province autonome possono istituire con propria legge registri di tumori e di altre patologie, di mortalità e di impianti protesici di rilevanza regionale e provinciale diversi da quelli già previsti.

Con regolamento, da adottare su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali e previa **intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni**, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati, i soggetti che possono avere accesso ai registri di cui al presente articolo, e i dati che possono conoscere, nonché le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

<p>dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni, i soggetti che possono avere accesso ai registri di cui al presente articolo, e i dati che possono conoscere, nonché le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.</p> <p>14. I contenuti del regolamento di cui al comma 13 devono in ogni caso informarsi ai principi di pertinenza, non eccedenza, indispensabilità e necessità di cui agli articoli 3, 11 e 22 del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.</p> <p>15. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, le regioni e province autonome, possono, nel principio dell'ottimizzazione e razionalizzazione delle spesa informatica, anche mediante la definizione di appositi accordi di collaborazione, realizzare infrastrutture tecnologiche per il FSE condivise a livello sovra-regionale, ovvero avvalersi, anche mediante riuso, delle infrastrutture tecnologiche per il FSE a tale fine già realizzate da altre regioni o dei servizi da queste erogate.</p>	<p>Le Regioni e le Province autonome, possono, anche mediante la definizione di appositi accordi di collaborazione, realizzare infrastrutture tecnologiche per il FSE condivise a livello sovra-regionale, ovvero avvalersi, anche mediante riuso, delle infrastrutture tecnologiche per il FSE a tale fine già realizzate da altre Regioni o dei servizi da queste erogate.</p>
<p style="text-align: center;">Sezione IV SANITA' DIGITALE</p> <p style="text-align: center;">Art. 13 Prescrizione medica e cartella clinica digitale</p> <p>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 novembre 2011, concernente la de materializzazione 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</p>	<p style="text-align: center;">PRESCRIZIONE MEDICA IN FORMATO ELETTRONICO</p> <p>Le Regioni e le Province autonome, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, provvedono alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti</p>

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 e 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 nel rispetto delle disposizioni che regolano i rapporti economici tra le regioni, le Asl e le strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie, fatto salvo l'obbligo di compensazione tra regioni del rimborso di prescrizioni farmaceutiche relative a cittadini di regioni diverse da quelle di residenza. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con 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 e delle province autonome 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.

3-bis. Al comma 4 dell'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono aggiunti i seguenti periodi: «Affinche' si configuri l'ipotesi di illecito disciplinare devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza all'obbligo di trasmissione, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa. Le sanzioni sono applicate secondo criteri di gradualita' e proporzionalita', secondo le previsioni degli accordi e dei contratti collettivi di riferimento ».

4. Dal 1° gennaio 2014, il sistema per la tracciabilita' delle confezioni dei farmaci erogate dal SSN basato su fustelle cartacee e' integrato, ai fini del rimborso delle quote a carico del SSN, da sistema basato

in formato elettronico, in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60% nel 2013, all'80% nel 2014 e al 90% nel 2015.

PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

Dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale nel rispetto delle disposizioni che regolano i rapporti economici tra le Regioni, le Asl e le strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie, fatto salvo l'obbligo di compensazione tra Regioni del rimborso di prescrizioni farmaceutiche relative a cittadini di regioni diverse da quelle di residenza. Le modalità di attuazione del presente comma saranno definite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, **di intesa con la Conferenza Stato - Regioni.**

SANZIONI

TRACCIABILITÀ DEI FARMACI

Dal 1° gennaio 2014, il sistema per la tracciabilità delle confezioni dei farmaci erogate dal SSN basato su fustelle cartacee è integrato,

<p>su tecnologie digitali, secondo modalità stabilite con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, e rese note sul sito del sistema informativo del progetto « Tessera sanitaria », di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e nel rispetto di quanto previsto dal Sistema di tracciabilità del farmaco del Ministero della salute. Resta fermo quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in ordine ai soggetti abilitati alla trasmissione dei dati.</p> <p>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 solo 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. ».</p>	<p>ai fini del rimborso delle quote a carico del SSN, da un sistema basato su tecnologie digitali, stabilite con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Resta fermo quanto previsto dalla legge n. 326 del 2003 ovvero: "I dati rilevati sono trasmessi telematicamente al Ministero dell'economia e delle finanze, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica, anche per il tramite delle associazioni di categoria e di soggetti terzi a tal fine individuati dalle strutture di erogazione dei servizi sanitari; il software certificato, che deve essere installato dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, assicura che gli stessi dati vengano rilasciati ai programmi informatici ordinariamente utilizzati dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, fatta eccezione, relativamente al codice fiscale dell'assistito, per le farmacie, pubbliche e private e per le strutture di erogazione dei servizi sanitari non autorizzate al trattamento del codice fiscale dell'assistito. Il predetto software assicura altresì che in nessun caso il codice fiscale dell'assistito possa essere raccolto o conservato in ambiente residente, presso le farmacie, pubbliche e private, dopo la conferma della sua ricezione telematica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze".</p> <p>CARTELLA CLINICA ELETTRONICA Modifiche alla Legge 4 aprile 2012, n. 35 materia di semplificazione e di sviluppo Dal 1° gennaio 2013, la conservazione delle cartelle cliniche può essere effettuata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, anche solo in forma digitale, anche nelle strutture sanitarie private accreditate.</p>
<p style="text-align: center;">Sezione IV SANITA' DIGITALE Art. 13 bis Ricetta medica</p> <p>1. Il comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è sostituito dai seguenti: « 11-bis. Il medico che cura un paziente, per la prima volta, per una</p>	<p>FARMACI E PRESCRIZIONI PER PRINCIPIO ATTIVO</p> <p>Modifica della Legge 135/2012- Spending Review</p> <p>Possibilità per il MMG che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non</p>

<p>patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale e' vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente da 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. L'indicazione e' vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente.</p> <p>11-ter. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni si attengono alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'Agenzia italiana del farmaco ».</p> <p>2. Il comma 4 dell'articolo 13 del decreto – legge 28 aprile 2009, n. 39, convertito con modificazione, dalla legge 24 giugno 2009, n. 77, è abrogato.</p>	<p>cronica, di scrivere sulla ricetta il solo principio attivo oppure scrivere sia il principio attivo che il nome commerciale del medicinale generico.</p> <p>Divieto per il farmacista di sostituire il medicinale qualora il medico abbia posto sulla ricetta la dicitura "non sostituibile" debitamente motivata.</p> <p>L'indicazione del medicinale da parte del medico è vincolante per il farmacista anche in caso di prodotti a parità di prezzo, salvo diversa richiesta del cliente. In tal caso, qualora il medicinale chiesto dal paziente abbia un prezzo superiore a quello di rimborso, il paziente è tenuto a corrispondere al farmacista la differenza fra i due prezzi, come stabilito dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.</p> <p>Le Regioni devono attenersi alle indicazioni dell'Aifa in riferimento all'equivalenza terapeutica tra medicinali con diversi principi attivi.</p> <p>Viene abrogato il comma 4 dell'art. 13 della Legge 77/2009 che prevedeva la possibilità per le aziende farmaceutiche, per i primi nove mesi successivi all'immissione in commercio dell'equivalente, di ridurre il prezzo dei propri medicinali a brevetto scaduto ma non a livello di quello dell'equivalente.</p>
--	---