

**LE TECNOLOGIE DIGITALI A SOSTEGNO DELLE PROFESSIONI
SANITARIE: SFIDE ED OPPORTUNITÀ'**

Franco Ascolese
Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP
di NA – AV – CE – BN



#sanita2030



www.sanita2030.it

La medicina e l'assistenza sanitaria sono in continua evoluzione, e sempre più tecnologiche.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono **professionisti sanitari regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria.**

Vista l'esperienza maturata nella fase pandemica e il PNRR, sono necessarie **azioni che riassumono una nuova visione della sanità italiana del futuro e delle professioni sanitarie.** Anche rispetto alle liste di attese.



L'alfabetizzazione sanitaria individuale e organizzativa

Lo sforzo è andare incontro all'**adozione e allo sviluppo di un rapporto interno, tra e nelle professioni, ed esterno, con i cittadini assistiti.**

L'alfabetizzazione sanitaria individuale e organizzativa viene proposta come *chiave comunicativa* per realizzare l'alleanza terapeutica, contribuire alle politiche sanitarie, nonché supportare le decisioni manageriali aziendali a tutela della salute.



Integrazione poli-trans-interdisciplinare Integrazione multiprofessionale

Gli obiettivi di salute richiedono una integrazione poli-trans-interdisciplinare e multiprofessionale per poter rispondere meglio ai bisogni emergenti.

Cioè, sperimentare **l'agire congiunto e condiviso dei professionisti sanitari in équipe** e il **ripensamento continuo dei ruoli e delle competenze**.

Basarsi sul confronto tra saperi diversi e soluzioni possibili, sulla capacità **di fare sintesi con valutazioni integrate**.

Occorrono sinergie nelle **attività preventive, tecnico-diagnostiche, tecnico-assistenziali e riabilitative**.



La cura per rendere più efficiente il Sistema-Salute deve prevedere meccanismi per ottenere prestazioni più efficaci e appropriate capaci di fare filtro agli accessi in ospedale in cui le componenti cliniche vengono disgiunte da quelle produttive.

L'assistenza territoriale deve puntare sulle **équipe multiprofessionali** per le Case e gli Ospedali di Comunità.

Ogni nostra professione sanitaria, nella sua peculiarità, possiede e mette a disposizione competenze imprescindibili per la prevenzione, la cura, l'assistenza.



Le 18 professioni Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione

Area Tecnico-Diagnostica

- Tecnico sanitario di radiologia medica
 • D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Tecnico audiometrista
 • D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
 • D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n.6)
- Tecnico di neurofisiopatologia
 • D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)

Area Tecnico-Assistenziale

- Tecnico ortopedico
 • D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico audioprotesista
 • D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
 • D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
- Igienista dentale
 • D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
- Dietista
 • D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n.6)

Area Riabilitativa

- Podologo
 • D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Logopedista
 • D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Ortottista - assistente di oftalmologia
 • D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Terapista della neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
 • D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
 • D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
- Terapista Occupazionale
 • D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
- Educatore Professionale
 • D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)

Area della Prevenzione

- Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro
 • D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
- Assistente Sanitario
 • D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

QUANTI SIAMO?



#sanita2030



www.sanita2030.it

PNRR come un'opportunità storica e concreta

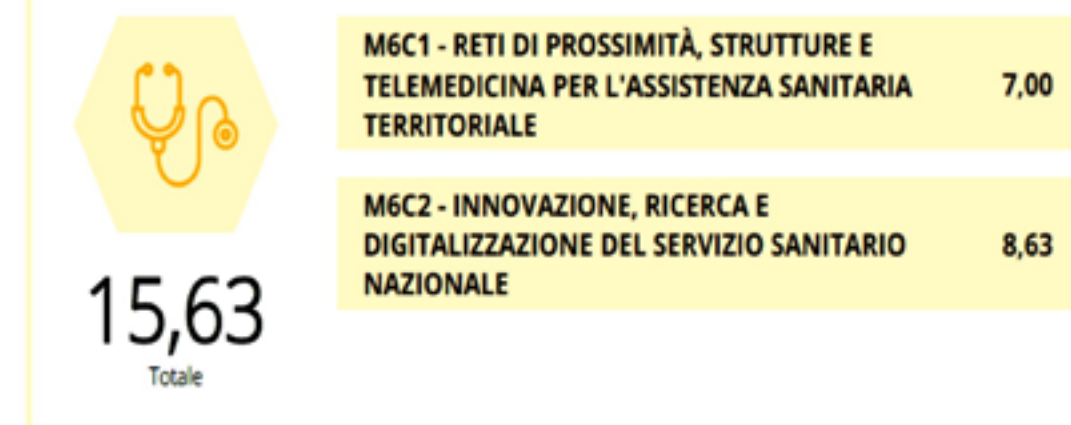


Gli elementi fondamentali della nuova riorganizzazione dell'assistenza si basano su 2 pilastri:

- concetto di **organizzazione del sistema e pianificazione** e sistemi territoriali
- **Digitalizzazione (anche per una «cura a distanza»)**.

MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta esiti sanitari adeguati, un'elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti inferiore rispetto alla media UE.

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

L'ASSISTENZA DOMICILIARE NON SIA INTESA
COME PRESTAZIONE MA **UN SERVIZIO**
PERCHE' QUESTO SIGNIFICA AVERE VISIONE
DI CIO' CHE GIRA INTORNO ALLA PERSONA
FRAGILE.

LA REGIONE CAMPANIA HA LA POSSIBILITA'
DI METTERE INSIEME LE PRESTAZIONI PER
TRASFORMARLE IN SERVIZI DI COMUNITA'
MA LA STRADA PER UNA PIENA
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E'
ANCORA LUNGA

**Necessaria
collaborazione
MISSION 5 e
MISSION 6**

In Campania tutte le istruttorie sono state fatte per le apparecchiature e per i lavori edilizi. Ma il cronoprogramma per l'assistenza territoriale sconta ritardi peraltro comuni a tutte le regioni.

Peraltro il PNRR stanZIA milioni per macchine e strutture edilizia ma nulla per assumere i professionisti sanitari.



Altro tema la sanità digitale: la telemedicina e l'intelligenza artificiale

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Impatto della IA nella sanità

Con l'Intelligenza Artificiale (IA) oggi abbiamo **Tecnologie per la salute** che dalle macchine per una Tac e dai **Robot in sala operatoria**, si stanno spingendo anche sul terreno della diagnosi clinica.

In un esperimento fatto una settimana fa (per una patologia oculare complessa) l'IA ha dato una risposta molto vicina a quella corretta.



#sanita2030

Siamo nell'era della **trasformazione digitale del SSN**, verso l'uso appropriato delle **nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative** per l'erogazione di prestazioni di qualità, anche a domicilio dell'assistito.



COME INIZIARE A RISOLVERE LE CRITICITA' DEL NOSTRO SISTEMA SANITARIO COGLIENDO L'OPPORTUNITA' DEL PNRR ?

Una struttura organizzativa basata sulla telemedicina, sempre più vicina ai pazienti per l'esecuzione di esami, interventi riabilitativi, azioni preventive ecc. così da assicurare:

- riduzione delle liste di attesa;
- maggiore efficienza dei servizi;
- numero maggiore di diagnosi precoci e trattamenti tempestivi

Allineare così i servizi ai bisogni delle comunità e degli assistiti

IL SERIO PROBLEMA DELLE LISTE D'ATTESA



Liste di attesa. Il ritardo delle prestazioni sanitarie accumulato durante la pandemia ha determinato un ulteriore allungamento delle liste di attesa che le Regioni non riescono a smaltire nonostante le risorse stanziare dal Governo. Secondo una recente audizione dell'Istat la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie è passata dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021. E se nel 2022 le stime attesterebbero un recupero con una riduzione al 7%, l'ostacolo principale rimangono le lunghe liste di attesa (4,2%) rispetto alle rinunce per motivi economici (3,2%).

Tempi

Sia per la cura di base o specialista, per le prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali, esistono quattro classi di priorità:

U – con attesa massima 72 ore;

B – con attesa massima 10gg;

D – con attesa massima 30gg per le visite e 60gg per gli esami;

P – con attesa massima 180gg (fino al 31/12/2019, poi 120gg).

A partire dal 31/12/2019, sempre per le prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali, l'attesa massima con classe di priorità "P" viene ridotta: si passa da 180gg a 120 gg.

Tempi

Per i ricoveri, innanzitutto, l'inserimento in lista d'attesa viene effettuato tramite procedura informatizzata. Al momento dell'inserimento in lista d'attesa, al cittadino devono essere comunicate le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e sui tempi massimi di attesa. Il cittadino può, inoltre, chiedere alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica ospedaliera di prendere visione della sua posizione in lista d'attesa, anche successivamente all'inserimento.

Per i ricoveri sono previste quattro classi di priorità, che corrispondono ad altrettante attese massime:

- A - con attesa massima 30gg;**
- B - con attesa massima 60 gg;**
- C - con attesa massima 180gg;**
- D - con attesa massima 12 mesi.**

Come ridurre le liste d'attesa

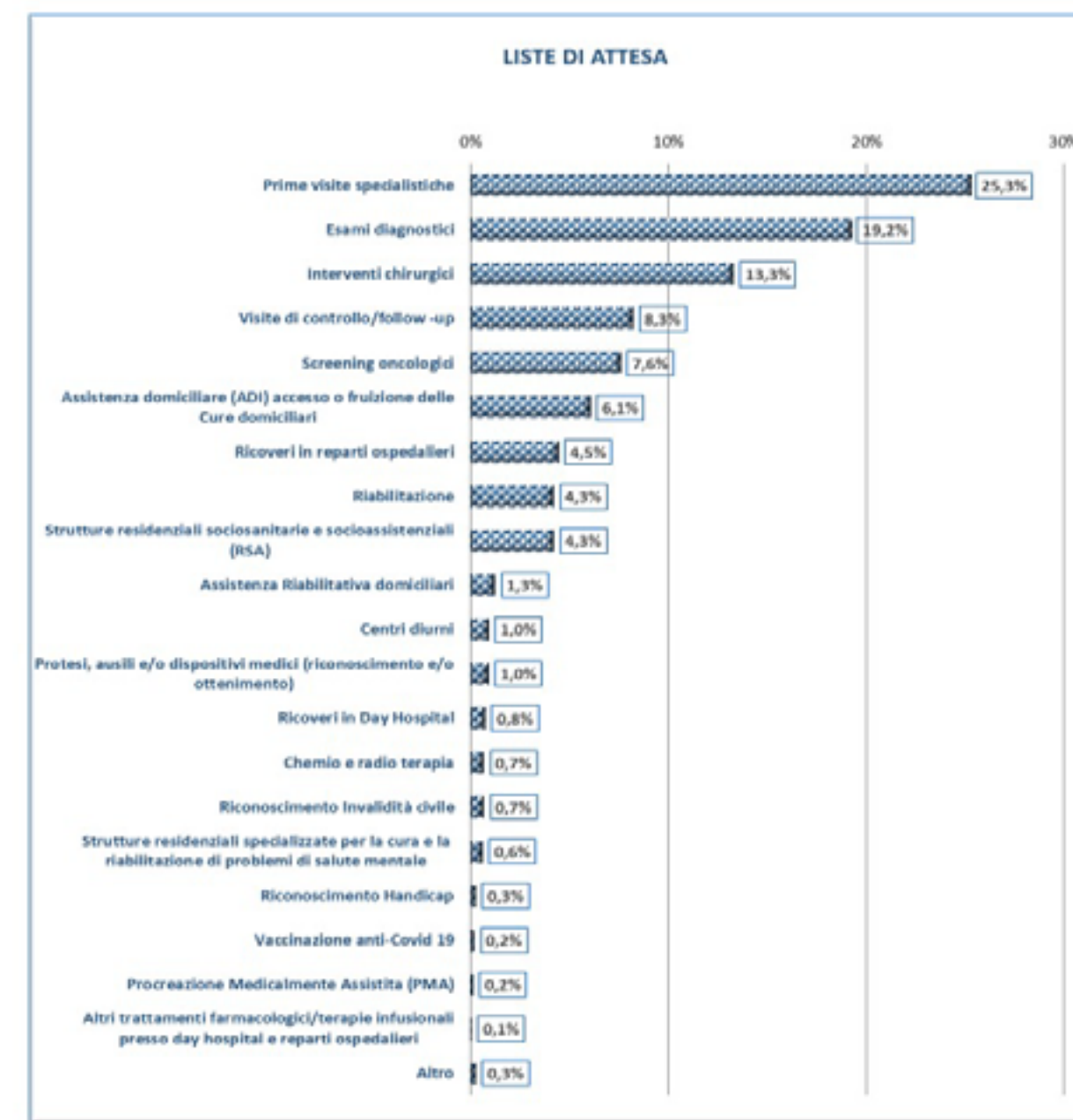
Punto di partenza è dunque il Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021 (PNGLA), che tra l'altro fissa l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, definisce le Classi di priorità (U, urgente; B, breve; D, differibile; P, programmata) e fissa per ognuna di esse un limite massimo di attesa.

Si stabilisce che "il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D". Visto che la dilatazione dei tempi d'attesa non dipende unicamente da fattori imprevedibili e da urgenze, bensì da un eccesso di domanda di prestazioni o esami specialistici, si ribadisce più volte il concetto di **appropriatezza prescrittiva**, per fare in modo che le risorse disponibili vengano usate laddove ve ne sia fondato bisogno e per garantire l'equità d'accesso alle prestazioni.

LE LISTE D'ATTESA: I DATI IN NEGATIVO

In base alle segnalazioni dei cittadini si riscontrano liste d'attesa principalmente per: le prime visite specialistiche (25,3%), gli esami diagnostici (19,2%), gli interventi chirurgici (13,3%), visite di controllo/follow up (8,3%), screening oncologici (7,6%), assistenza domiciliare-Adi- accesso e fruizione delle cure domiciliari (6,1%), ricoveri in reparti ospedalieri (4,5%), riabilitazione (4,3%) e Strutture residenziali, sociosanitarie e socio-residenziali (RSA) (4,3%).

#sanita2030



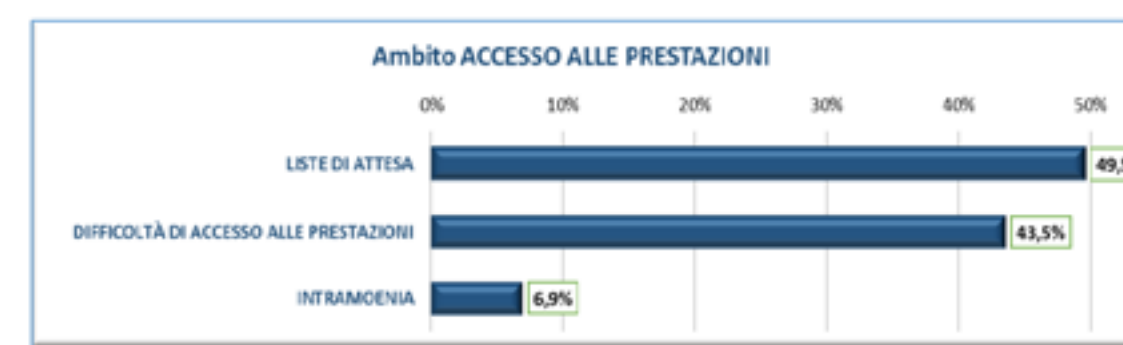
Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 - Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Liste d'attesa: Ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva

Alla domanda “come ridurre le liste d'attesa” si può dare una risposta concreta ottimizzando l'appropriatezza prescrittiva. Anche qui, tramite la tecnologia. È infatti possibile adottare soluzioni software che, in forma del tutto automatica, effettuino proprio questa valutazione e rilevino eccessi di prescrizione, fornendo tutte le informazioni del caso alle Direzioni competenti. È palese il fatto che questo sistema, agendo direttamente sulla domanda, possa ridurre le liste d'attesa, accelerare i tempi e permettere l'erogazione di un servizio migliore ai pazienti.

DISSERVIZI AGGRAVATI DALLA PANDEMIA

Nella classifica dei “disservizi” patiti dai cittadini nel corso dell’ultimo anno, secondo il Rapporto PIT Salute 2023, le segnalazioni riguardano: le liste d’attesa (49,5%), le difficoltà di accesso alle prestazioni (43,5%), l’intramoenia (6,9%).



Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Segnalati dai cittadini altresì:

150 giorni per una mammografia di categoria B,

730 giorni per una mammografia di categoria P,

180 giorni per una RM di encefalo e tronco encefalico di categoria D

Per la **riabilitazione** ed in particolare l’assistenza ambulatoriale e domiciliare, segnalate: **difficoltà nell’attivazione (22%), scarsa assistenza riabilitativa – medica - infermieristica (22%), numero di cicli garantiti dal SSN insufficienti (13,6%), accettazione/dimissioni pazienti complessi (11,9%), riduzione del servizio (8,5%), scarsa qualità del servizio (5,1%).**

UTILIZZO DEI FONDI PER IL RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA

Da una analisi sull'utilizzo dei fondi per il recupero delle liste d'attesa, di quei 500 milioni stanziati nel 2022, circa il 33% non è stato utilizzato per un totale di 165 milioni. - Vi sono 3 Regioni che hanno speso qualcosa di più di quello che avevano a disposizione, e cioè Emilia-Romagna (37 milioni), Friuli (10 milioni) e Piemonte (36 milioni). La Liguria invece è al 100% (di 13 milioni). - Poi sono andate bene la Toscana (91% di 31 milioni) la Lombardia (85% di 84 milioni), la Basilicata (81% di 4,5 milioni), il Veneto 80% di 41 milioni. Si tratta prevalentemente di grandi Regioni, che fanno poi alzare la media dei soldi spesi in totale dalle amministrazioni locali perché disponevano di fondi proporzionali al numero degli abitanti. - **Arrivano almeno a un terzo dei soldi utilizzati** la Valle d'Aosta (32%), **la Campania (35%)**, le Marche (36%). Stanno intorno alla metà, invece, l'Abruzzo, il Lazio e la Provincia di Trento (49%). Infine l'Umbria è al 62% e la Puglia al 66%. - I dati raccontano che il Molise ha investito per le attese solo l'1,7% di quanto aveva a disposizione, circa 2,5 milioni. Male anche la Sardegna (26%), la Sicilia (28%), la Calabria e la Provincia di Bolzano (29%).

Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 - Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

#sanita2030



www.sanita2030.it

LE LISTE D'ATTESA A LIVELLO REGIONALE. ESEMPIO ASL NAPOLI 1

Dal **monitoraggio dell'Asl Napoli 1, aggiornato a dicembre 2022**, relativo ai tempi che i pazienti devono aspettare per accedere alle diverse prestazioni ambulatoriali o agli esami strumentali attraverso il SSN, sono emersi i seguenti dati:

- **32 giorni** per una **mammografia con priorità B**, che si sarebbe dovuta effettuare entro dieci giorni.
- **65 giorni** per la **prima visita oncologica classificata con priorità D**, da effettuarsi entro un mese.
- **97 giorni** per una **risonanza magnetica di encefalo e tronco encefalico classificata con priorità B**.

QUALI CAUSE IN CAMPANIA

- Dal recente **rapporto della Ragioneria generale dello Stato** relativo alle variazioni di personale sanitario nelle regioni negli ultimi 10 anni la **Sanità regionale** ha fronteggiato l'emergenza Covid con il **più basso numero di operatori sanitari per 10 mila abitanti** lungo lo Stivale.
- Anni in cui in Campania, **sono stati persi circa 14 mila operatori sanitari non rimpiazzati** per far quadrare i conti del Piano di rientro. Ciò ha ridotto ai minimi termini la dotazione del personale dipendente (meno di 80 per 10 mila abitanti) aggravata dall'attribuzione, ai cittadini campani, della **più bassa quota procapite di finanziamento per le cure sanitarie** del paese.
- le conseguenze della possibile **autonomia differenziata** che incombe, vedrebbero differenziare soprattutto le paghe e gli emolumenti del personale con colpo finale ai Livelli di assistenza erogabili nel Sud con una **migrazione sanitaria** che toccherebbe anche gli **operatori**.
- **A pagare pegno è anche l'assistenza del territorio: Il Pnrr non prevede fondi per l'assunzione di nuovi operatori.**



*COME SI COLLOCANO LE
PROFESSIONI TSRM PSTRP NEL
CONTESTO DELLA TELEMDICINA ?*

Il ruolo delle 18 professioni sanitarie delle aree Tecnica, della Riabilitazione e della Prevenzione

- **Risulterebbe determinante nell'azione di rinnovamento del Sistema-Salute in relazione all'utilizzo della telemedicina e all'interoperabilità dei dati scambiati tra amministrazioni locali e centrali.**
- **L'impiego delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione permetterebbe l'erogazione di servizi digitali specifici, appropriati e fondamentali per il cittadino recante patologie o in buono stato di salute: teleconsulto e teleriabilitazione in primis, oltreché teleprevenzione, telemonitoraggio e educazione sanitaria.**

Con **la tele-prevenzione** vengono erogati servizi di promozione della salute :

- servizi di sensibilizzazione per **mantenimento del corretto stile di vita** per ogni fascia d'età;
- **programmi educativi mirati per l'età evolutiva**;
- **prevenzione secondaria** rivolti alle categorie di persone definite "a rischio" o già affette da patologie (come diabete o patologie cardiovascolari);
- **interventi riabilitativi in ottica preventiva** per tutte le fasce di età;
- **interventi sull'ambiente di vita.**

Con la **tele-riabilitazione** servizi erogati, in base all'età e alla patologia, in modo diretto sulla persona (bambino, adulto, anziano) oppure in forma indiretta, attraverso il supporto di un caregiver.

- Associa i benefici del **percorso riabilitativo** in presenza con l'intervento a casa;
- **trattamento intensivo**;
- **monitoraggio costante**;
- **incrementare l'intensità** dell'intervento riabilitativo;
- **generalizzazione degli obiettivi** nei contesti di vita quotidiana;
- Potenzia il **senso di auto-efficacia** del paziente.

Logopedista, Podologo, Ortottista – assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale.

La **tele-assistenza** da parte delle nostre professioni sanitarie è da intendersi rispetto alle **attività di controllo e monitoraggio dei parametri vitali e delle attività assistenziali**. È da destinare ad esempio, a quei pazienti la cui diagnosi è stata già formulata e con trattamento (di qualsiasi natura) in atto.

- **svolgimento di attività assistenziali** di pertinenza delle professioni sanitarie;
- **programmi di accompagnamento** del paziente;
- **visione**, se ritenuto necessario, di **dati, referti o immagini**.

Il **teleconsulto** serve a **completare o consentire approfondimenti**. In particolare sarà attuabile una riorganizzazione (con effetti sia sul piano economico sia organizzativo) ad esempio, della **diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini** al fine di assicurare l'interoperabilità dei sistemi ospedalieri e delle ASL.



VEDIAMO ALCUNI ESEMPI

#sanita2030



www.sanita2030.it



Nel processo di **teleradiologia** il **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM)** provvede alla conduzione tecnica della pratica e:

- verifica la congruenza tra quesito clinico e l'indagine radiologica proposta;
- esegue l'esame;
- valuta l'iconografia prodotta, assumendosene la responsabilità;
- invia le immagini dell'esame al medico presente in remoto per la visualizzazione e refertazione (assumendo la responsabilità della corrispondenza della corretta anagrafica);
- provvede alla corretta e completa archiviazione nel PACS di tutte le immagini realizzate.

- La branca della **tele-nutrizione** racchiude al suo interno soluzioni di teleassistenza da parte di un **Dietista** e l'uso interattivo delle app e di sistemi smart di monitoraggio del peso, della condizione cardiaca e di molto altro.
- I **Tecnici Audioprotesisti** si avvalgono della Telemedicina per la **teleaudiologia assistita** e l'inquadramento audioprotesico da remoto in modalità video.
- Nell'ambito della **tele-cardiologia**, il **Tecnico Di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (TFCPC)** è in grado di eseguire il controllo e il monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili in un "ambulatorio virtuale". Tale ambulatorio è un esempio concreto di controllo dei soggetti portatori di CIED e VAD sfruttando le potenzialità tecnologiche disponibili negli attuali dispositivi impiantati.

La **teleriabilitazione**, da parte di **Logopedista, Podologo, Ortottista – assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale**, grazie a diversi software/app consente:

- interventi di Abilitazione/riabilitazione da remoto
- monitoraggio a casa,
- valutazione,
- screening a distanza,
- attività preventive,
- teleconsulto.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)