

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL LIVELLO DI DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE DELLE
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E SUGLI INVESTIMENTI COM-
PLESSIVI RIGUARDANTI IL SETTORE DELLE TECNOLOGIE DEL-
L'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

59.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 21 SETTEMBRE 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PAOLO COPPOLA**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Coppola Paolo, <i>presidente</i>	3	Miserendino Gandolfo, <i>professional ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna</i> ...	6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome:			
Coppola Paolo, <i>presidente</i>	3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17	Ruggeri Antonino, <i>dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte</i>	3, 6, 7, 8, 13, 14, 16
D'Incà Federico (M5S)	11, 12, 13, 14, 15		

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PAOLO COPPOLA

La seduta comincia alle 8.40.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante trasmissione diretta attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso e diretta *streaming* sperimentale sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti delle regioni e delle province autonome.

Sono nostri ospiti: il dottor Antonino Ruggeri, dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi per la Regione Piemonte, e l'ingegner Gandolfo Miserendino, *professional ICT* presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, accompagnati dal dottor Paolo Alessandrini, responsabile dei rapporti con il Parlamento della segreteria della Conferenza delle regioni e delle province autonome, che ringrazio per la presenza.

Avverto i nostri ospiti che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e che, facendone espressa e motivata richiesta, in particolare in presenza di fatti illeciti sui quali siano in corso indagini tuttora coperte da segreto, consentendo la

Commissione, i lavori proseguiranno in seduta segreta, invitando comunque a rinviare eventuali interventi di natura riservata alla parte finale della seduta.

Si tratta di un'audizione di natura prettamente conoscitiva per la quale chiedo ai nostri ospiti di fornire un quadro esplicativo quanto più ampio possibile della loro esperienza in merito al fascicolo sanitario elettronico.

Cedo la parola al dottor Ruggeri per lo svolgimento della relazione introduttiva, al termine della quale seguiranno eventuali domande o richieste di chiarimento da parte dei commissari.

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Innanzitutto vi porto i saluti della commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome, che ieri ho incontrato per rappresentare l'incontro odierno e lo stato dell'evoluzione che ha portato, nel mese di agosto, alla chiusura di un atto a livello nazionale. Mi riferisco al decreto per la piattaforma INI, che vi presenterò.

Vorrei partire con una sorta di premessa. L'informatizzazione dell'area clinica è accompagnata da processi di dematerializzazione e di accessibilità da parte dei cittadini, facilitati anche dagli operatori sanitari, che costituiscono oggi una delle leve a disposizione, *in primis*, del Sistema Sanitario Regionale, ma anche a livello di Sistema Sanitario Nazionale. Per com'è composta l'assistenza e per come sono stabiliti i principi universalistici dell'assistenza sanitaria nel territorio italiano, quei processi rispondono a una delle leve principali per iniziare a offrire una serie di servizi a valore aggiunto, con una logica *win-win* tra

cittadino e pubblica amministrazione. Nello stesso tempo, i due soggetti sono coinvolti nell'avviare un processo in cui, da un lato, i cittadini iniziano a non vedere quello che in passato veniva inteso come una perdita di tempo e, dall'altro lato, la pubblica amministrazione deve iniziare a investire in soluzioni informatiche al passo con i tempi per avviare un percorso di efficientamento e di sostenibilità economico-finanziaria. Come ben sappiamo, il mondo degli investimenti è finanziato prevalentemente dal Fondo Sanitario Nazionale, da cui attingiamo per destinare una parte di risorse all'evoluzione tecnologica e quant'altro.

Sicuramente, come rappresenterò nel corso di questa relazione, sussistono, a oggi, anche strumenti alternativi che molte regioni stanno ponendo in essere per realizzare questa sorta di cambio di marcia, che, al fine di produrre una massimizzazione e una diffusione nel territorio, richiede anche tempi tecnici, non solo di sviluppo, ma anche di percezione dell'utilità del servizio che si offre. In questo contesto, il Fascicolo Sanitario Elettronico risponde sia a esigenze nell'ottica di governo del Servizio Sanitario Regionale sia a esigenze di salute e benessere da parte dei cittadini.

Per come lo interpretiamo in regione Piemonte e per come lo interpreto anch'io a livello personale, il Fascicolo Sanitario Elettronico è visto come un insieme di cassetti informatizzati che offrono la possibilità al cittadino di avere informazioni o documenti clinici inerenti a suo percorso clinico-assistenziale. Questi cassetti possono essere utilizzati, se necessario e opportuno, anche dagli operatori sanitari, quando si prende in carica, nel processo di cura, un determinato cittadino. Visto come architave informatica, va da sé che il Fascicolo Sanitario Elettronico richiede una serie di interventi infrastrutturali a livello immateriale. Al fine di evitare che quelli siano interventi legati a una singola azienda o che siano sporadici o ripetitivi, si richiede anche una *vision*: una programmazione a monte di un progetto che definisca un ecosistema. Ora, se questo è il contesto del Fascicolo Sanitario Elettronico, sicuramente è innegabile che alcuni percorsi a

livello regionale siano stati condotti, in questi anni. Già dalla fotografia dell'AgID del 31 dicembre 2016, si evidenzia che, nonostante quei percorsi siano più o meno partiti con una cadenza temporale in tutte le regioni intorno al 2012 e in qualche regione, come nel caso della Lombardia, anche da dieci anni, si stanno avviando investimenti sulle piattaforme per le architetture regionali in modo assicurare una sorta di dialogo dei documenti clinici prodotti dalle aziende sanitarie. Questa rappresentazione al 31 dicembre 2016 evidenzia, in termini di sviluppo, una diffusione che prevalentemente si aggira intorno al 50 per cento. Fatto salvo il caso di qualche regione che a oggi sta avviando l'implementazione della piattaforma INI (Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità) con il supporto del MEF, le altre già hanno avviato in questa fase l'implementazione delle piattaforme in coerenza con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 2015. In merito all'implementazione, bisogna rappresentare che, a oggi, l'attuazione non è omogenea rispetto allo sviluppo delle soluzioni offerte dalle regioni. La rappresentazione dello stato d'attuazione è messa a disposizione in un portale specifico, che è stato predisposto, se non erro, dall'AgID e che abbiamo riportato nella relazione. Nel portale è possibile visualizzare i portali messi a disposizione dalle regioni per le soluzioni di sanità digitale e, nello stesso tempo, una serie di indicatori. Tali indicatori rappresentano il monitoraggio dell'attuazione in termini di implementazione delle soluzioni informatiche legate al Fascicolo Sanitario Elettronico, ma anche dei livelli di attuazione, ovvero se effettivamente quel servizio viene utilizzato dai cittadini. Attraverso questo portale, in maniera anche — lo ritengo personalmente — abbastanza trasparente, è possibile visualizzare la realtà di ciascuna regione italiana, con parametri di confronto.

Nell'ultimo anno, l'attenzione si è concentrata su una serie di attività che hanno visto un contributo congiunto delle regioni, ma anche del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute, dell'AgID e dell'Autorità garante. Attra-

verso una serie di iniziative, ci si è concentrati su alcune tematiche, cercando soluzioni o interpretazioni o, comunque, identificando quali potrebbero essere le criticità, per poter rispondere a un'esigenza: il fine ultimo è offrire servizi che rappresentino una sorta di *win-win* e non un altro irrigidimento all'interno della macchina, in modo da rispondere a una serie di esigenze, come si aspettano i cittadini, nella lettura e nella visualizzazione di questi servizi.

Uno dei primi atti rappresentativi è la recente legge di bilancio, che prevede una formula di accelerazione nel monitoraggio e nell'attuazione del fascicolo sanitario elettronico, in quanto si identifica la necessità di istituire una piattaforma nazionale di interoperabilità ovvero quella dell'INI. La necessità di istituire questa piattaforma deriva — poi, entrerà nel dettaglio — dall'esigenza, a livello nazionale, di assicurare che un minimo comune denominatore dei servizi offerti nel territorio italiano sia standardizzato o risponda a esigenze per cui evitiamo investimenti che possano generare una duplicazione se entriamo in un micro-ambito ovvero nel dettaglio. La piattaforma INI risponde, quindi, a una prima esigenza: offrire servizi in sussidiarietà per le regioni che non hanno ancora implementato la piattaforma del fascicolo sanitario elettronico. Per esempio, rientrano in questa fattispecie tre regioni, che, a oggi, hanno richiesto al Ministero dell'economia e delle finanze l'attivazione della sussidiarietà, ovvero lo sviluppo di questa piattaforma attraverso la soluzione che Sogei sta implementando per conto del Ministero stesso in coerenza con il DPCM del 2015. Le tre Regioni sono la Calabria, la Sicilia e la Campania. Nello stesso tempo, si dà una possibilità alle regioni che a oggi non hanno implementato totalmente i servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico, al fine di evitare che quell'investimento possa essere una sorta di duplicazione: se questo è stato sviluppato in un nodo centrale, è inutile che nei nodi periferici lo sviluppiamo nuovamente, nel caso in cui i servizi siano omogenei e non abbiamo già condotto questi investimenti. Nell'ambito di questa pos-

sibilità, a oggi, la regione che, per esempio, ha richiesto un approfondimento è la mia regione, ovvero la Regione Piemonte, in quanto stiamo approfondendo con Sogei — e lo faremo con AgID durante altri incontri che ci saranno — la possibilità di potersi avvalere di uno dei servizi che l'INI mette a disposizione ovvero quello della infrastruttura di dialogo. In questo caso, non parlo dell'interoperabilità tra le aziende, ma parlo dell'interoperabilità tra la regione e le altre regioni. Lo rappresento perché si tratta di uno dei cambiamenti del passato rispetto a quella che sarà l'evoluzione in attuazione al decreto di agosto, che è stato emanato a seguito di una serie di confronti tecnici durati almeno cinque o sei mesi e basati su analisi già condotte nei mesi precedenti. La differenza sta nel fatto che prima le regioni, per come era strutturato il DPCM del 2015, con il principio dell'interoperabilità, avevano la necessità di dialogare con le altre regioni, quindi la Regione Piemonte doveva dialogare con tutte le altre regioni e doveva sviluppare le cosiddette « tubature », se mi passate un termine che magari è più immediato nella comprensione. Si tratta di dire: « se il mio fascicolo sanitario deve prendere la documentazione clinica prodotta da un'altra regione per un mio cittadino, devo comunque dialogare e devo far comunicare i due fascicoli ». Il nodo, quindi, era ampliato, mentre oggi vi è un nodo centrale: nella pratica, avviene che una singola regione dialoga con il nodo centrale che smista la necessità delle chiamate nelle altre regioni. Ciò permette sicuramente una maggiore rappresentazione informatica e, nello stesso tempo, può permettere una sorta di monitoraggio per assicurare la copertura del dato o delle informazioni cliniche in *compliance* ad alcune regole che il garante ci ha illustrato nel corso di questi mesi di confronto. Uno degli aspetti essenziali è rappresentato dal fatto che queste implementazioni informatiche richiedono, com'è bene che sia, il rispetto di regole di *privacy* e sicurezza, quindi già l'implementazione di determinate regole standardizzate dovrebbe permetterci di rassicurare, anche nell'ottica di tutela del cittadino, la salvaguardia

dei dati. È vero che quei dati sono a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per un certo verso, ma sono solo ed esclusivamente di proprietà dei cittadini, quindi dobbiamo assicurare la tutela e la salvaguardia delle informazioni. In alcuni casi, forse il principio della salute deve essere quello più tutelato rispetto a tutte le altre possibili « proprietà » dei singoli cittadini.

Nello stesso tempo, la piattaforma acquisisce come elemento caratterizzante la gestione del consenso, che ha visto la costituzione di un tavolo specifico tecnico, con il contributo determinate regioni, tra cui anche la Puglia come Regione capofila. Questo tavolo ha permesso di identificare una soluzione per cui la gestione del consenso viene, all'interno dei meccanismi informatizzati e gestiti dalla piattaforma INI, archiviata o detenuta nel nodo centrale, in modo che, nel dialogo tra le varie piattaforme regionali, si possa acquisire il consenso da parte del cittadino o, diversamente, far sì che la visualizzazione dei documenti clinici, ai fini o di programmazione e ricerca o ai fini di cura, avvenga solo dietro espresso consenso informato e autorizzato da parte del cittadino. A mio parere, quest'implementazione può essere vista come valore aggiunto. La vedo come valore aggiunto perché, nella sostanza, si evita che il cittadino debba esprimere un certo numero di volte il consenso per quanti sono i punti di contatto nei confronti delle singole strutture. In assenza del consenso, la singola struttura doveva chiedere ai cittadini: « esprime il consenso ai fini della visualizzazione o ai fini di programmazione e controllo o altro ? ». Sappiamo benissimo che questo significa che, se, per motivi di cura, mi devo spostare nel territorio o, all'interno della stessa regione, mi devo spostare da una struttura a un'altra, in ogni momento di contatto avrei dovuto esprimere il consenso. Diversamente, questo sarà informatizzato e dematerializzato e verrà gestito come informazione che rispetta i principi di *privacy* e sicurezza, anche perché le specifiche tecniche sono state condivise con il garante che ha partecipato ai gruppi di lavoro. Questo dovrebbe permettere di assicurare al citta-

dino una possibilità: in qualsiasi momento, il cittadino può decidere se modificare o meno il proprio consenso, quindi può sempre decidere di oscurare determinati documenti, e lo può fare in libera autonomia, senza recarsi nelle singole strutture cui è stata richiesta l'esecuzione di esami e prestazioni, anche in maniera...

PRESIDENTE. Come lo può fare il cittadino ?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. L'implementazione prevede che ci saranno soluzioni, come portali o altro, nella piattaforma del Fascicolo, per cui si darà la possibilità di poter esprimere il consenso. Alcune regioni lo hanno già implementato nelle proprie realtà regionali, ma si trattava di qualcosa che esisteva solo nelle singole regioni. In questo caso, la gestione del consenso viene messa a fattor comune a livello italiano, quindi, se acquisisce il consenso la Regione Piemonte, questo consenso è valevole anche in Regione Lombardia.

PRESIDENTE. Anche all'estero ?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Anche all'estero.

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Il Ministero ha richiamato un gruppo di tre Regioni, che sono Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, per studiare il modello di interoperabilità a livello europeo, quindi, all'interno di questo progetto europeo, si sta studiando oggi l'interoperabilità a livello internazionale: per le nazioni che hanno aderito, questo tipo di progetto, che ha uno sviluppo fino al 2020, porta a standardizzare i contenuti che saranno scambiati anche all'esterno dell'Italia, attraverso

l'infrastruttura INI, quella predisposta dal MEF con Sogei.

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Come stiamo svolgendo l'istituzione del fascicolo? La stiamo svolgendo attraverso quanto era già stato previsto in attuazione all'ex articolo 26 del DPCM del 2015, n. 178: la costituzione di un tavolo di monitoraggio e di indirizzo per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Questo tavolo fu costituito circa un anno fa, se non sbaglio, a luglio del 2016...

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Stai parlando dell'ex articolo 26?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Sì. Quel tavolo ha operato attraverso un gruppo multispecialistico che vede coinvolte le regioni di rappresentanza. Siamo circa undici regioni, quindi si è cercato anche di assicurare una diffusione e una partecipazione delle regioni. Oltre alle regioni che avevano sviluppato il fascicolo, quindi avevano una loro esperienza o comunque erano portatori del loro punto di vista, sono state inserite nei tavoli di confronto anche regioni che non avevano implementato il Fascicolo Sanitario Elettronico, ma avevano la competenza tecnica per poter discutere su quei tavoli di queste tematiche.

Nello stesso tempo, il tavolo vede la partecipazione del Ministero della salute, la partecipazione del Ministero dell'economia e delle finanze, di Sogei, di AgID e del Garante. Il tavolo funziona con incontri periodici. Già dall'atto della sua costituzione, sono stati identificati determinati gruppi di lavoro specifici che, dal punto di vista di tutti i partecipanti, rappresentavano gli elementi caratterizzanti per la affrontare le attuali criticità, per cui, negli ultimi anni, concependolo come un con-

retto di elettronica, non si vede la messa a terra di qualcosa. Come mai, all'atto pratico, questo non si utilizza? Qual è il rischio? Quali sono le criticità? Per risolvere tali questioni, sono stati costituiti determinati gruppi che sono: il consenso; l'accesso; la comunicazione; la firma dei fogli di stile; l'interoperabilità; le codifiche.

Come prima stava rappresentando il mio collega dell'Emilia-Romagna, c'è una *task force* costituita da tre Regioni prevalentemente, ovvero la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna, che vede coinvolte, mediante momenti di incontro, anche le altre regioni per poter diffondere tra i referenti IT i percorsi. Si approfondiscono quali debbano essere le specifiche tecniche per assicurare il dialogo sia a livello nazionale, come si stava rappresentando, ma anche a livello dei Paesi europei o comunque fuori dal contesto italiano. Tutto ciò sicuramente porta a discutere anche su quali debbano essere le soluzioni applicative che ci mettano al passo con i tempi per assicurare questa forma di dialogo, considerando che magari altre realtà, in altri contesti, possono aver già raggiunto livelli di maturità che portano il sistema a evolversi sempre di più. Il tavolo dell'interoperabilità, per esempio, si riunirà il 22 settembre per consolidare le specifiche tecniche di interoperabilità in attuazione al decreto di agosto. Come stavo anticipando prima, nel mese di agosto è stato emanato un decreto da parte del MEF, in raccordo con il Ministero della salute. Nel contempo, si rimandava il dettaglio delle specifiche tecniche alla conclusione di una serie di elementi che stavano ancora chiudendo in termini di approfondimento le regioni che hanno raggiunto a oggi un livello di maturità significativo. Quest'attività è prevista per il 22 di questo mese. Tra gli altri, c'è stato un tavolo sul consenso, come rappresentavo prima, per capire quali erano i limiti interpretativi che magari venivano identificati leggendo la norma e quali erano i dubbi che eventualmente i singoli referenti IT avevano maturato in questi anni in termini di *privacy* e consenso. In quel caso, per esempio, è stato molto utile anche la partecipazione dell'autorità garante, che, in due occasioni, ha

predisposto note specifiche interpretative su che cosa significava il consenso all'alimentazione, che cosa significava il consenso alla consultazione e che cosa significava e come si doveva gestire l'oscuramento. Questi sono termini che sono facili da comprendere in termini macro, ma, per oscurare l'informazione, dal punto di vista informatico sono richieste regole che non devono comportare, come stavo presentando prima, una sorta di rigidità nell'utilizzo. Devo chiedermi « per oscurare, prendo i singoli documenti o prendo un arco temporale? ». Questi elementi sono stati discussi al tavolo.

PRESIDENTE. Qual è la conclusione?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. In conclusione, è stato predisposto un documento che verrà adottato da tutte le regioni per l'implementazione, quindi ogni gruppo di lavoro produce degli atti. Adesso stiamo verificando la modalità di recepimento, anche perché verosimilmente, a normativa ferma, trattandosi di un DPCM, si dovranno recepire queste regole per poi farle valere nel territorio italiano delle regioni.

È anche vero che di queste attività sono informate tutte le regioni, quindi stiamo cercando anche di non creare una scollatura tra il momento in cui si prende una soluzione e i tempi tecnici per l'emanaazione degli atti. Nello stesso tempo, anche per la realizzazione informatica, che nella pubblica amministrazione richiede anche degli *step* di verifica a monte nei confronti dei nostri fornitori, cerchiamo di velocizzare il tutto per chiudere questa partita ed effettivamente offrire dei servizi a valore aggiunto per i cittadini. Ciò non significa che si ferma quello che esiste, ma semplicemente che si sta cercando di migliorare le rigidità che, nel tempo, l'implementazione informatica, tra la norma e l'attuazione, poneva in generale.

Un altro elemento su cui si sta discutendo e che ritengo opportuno rappresentare è quello della definizione dei docu-

menti strutturati. Sosteniamo sempre la tesi per cui gli investimenti del Fascicolo servano anche ai fini di governo, programmazione e quant'altro oppure possano dare servizi a valore aggiunto per gli operatori sanitari. È anche vero che, nel fornire informazioni che hanno la natura di un documento in PDF, che pure il cittadino visualizza, il valore aggiunto che puoi dare è semplicemente quello di una visualizzazione di un documento, che prima era di carta e che adesso è dematerializzato e messo a disposizione mediante canali alternativi forniti dallo sviluppo delle soluzioni informatiche. Forse non ci serve solo questo, ma ci serve, quando il cittadino ci dà il consenso, utilizzare informazioni anonimizzate ai fini di programmazione e di ricerca oppure, diversamente, dare informazioni agli operatori sanitari specifici perché, così facendo, si possono, per esempio, migliorare i percorsi di cura. Si parla di percorsi a tutela dei pazienti cronici e quant'altro. Queste soluzioni richiedono necessariamente che il dato non sia solo archiviato come un PDF non leggibile, ma che sia strutturato mediante una formula in termini di linguaggio. Ora, se il linguaggio non è comune, come comprendete bene, difficilmente riusciamo a dialogare tra le aziende nella stessa regione, ma anche tra le regioni stesse. Il percorso che si adotterà sarà quello di HL7, il CDA2, e comunque attendere le eventuali successive evoluzioni, ma è anche vero che, per questo percorso di strutturazioni, c'è la necessità di identificare anche quali siano i contenuti minimi che riteniamo necessari e che, ai fini della strutturazione del documento dell'informazione clinica, dobbiamo portare all'interno dei nostri percorsi formativi. Per questo motivo, per esempio, sono stati costituiti ulteriori gruppi tematici che vedono coinvolte molte regioni che hanno già sviluppato e hanno esperienze in questo ambito. Questi gruppi stanno identificando *in primis*, insieme a AgID e al Ministero della salute, quali siano i contenuti minimi. Dopodiché, sicuramente faremo anche un giro di confronto nell'ambito del coordinamento delle aree tematiche cliniche e sanitarie che hanno competenza nell'ambito,

anche perché, se la strutturazione del dato è necessaria, è vero che colui che lo deve utilizzare deve riconoscere l'importanza di queste informazioni che dobbiamo strutturare come requisito minimo. Certo, il di più non è negato per definizione, però, al fine di poter assicurare una strutturazione omogenea, sicuramente lo riteniamo utile.

PRESIDENTE. Finora, sinceramente, non ho capito. Sul livello di attuazione del fascicolo, ci sono molti tavoli *in itinere*. Nel portale del Fascicolo Sanitario Elettronico, ci sono alcuni indicatori. Per esempio, su alcune regioni e in particolare sull'Emilia-Romagna, l'indicatore di attuazione è del 100 per cento. Che cosa misura l'indicatore di attuazione, se ci sono ancora aspetti che devono essere definiti? Come si spiega che l'indicatore di attuazione sia al 100 per cento, ma gli indicatori di utilizzo delle aziende sanitarie, dei medici e dei cittadini sono tutti abbondantemente sotto il 50 per cento?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna.* L'indicatore di attuazione che immagino Lei ha visto sul sito <https://fascicolosanitario.gov.it> si riferisce allo stato di attuazione, quindi alla risposta al DPCM n. 178 del 2015, che inseriva una serie di azioni che dovevano essere normalizzate per tutte le regioni e prevedeva una serie di lavori che dovevano essere fatti, fra i quali, per esempio, il nucleo minimo di documenti che dovevano essere presenti all'interno del fascicolo. Quello che lei ha visto è il livello al quale oggi le regioni hanno adattato questo tipo di percorso.

PRESIDENTE. Quelli sono, quindi, gli adempimenti relativi al DPCM n. 178 del 2015. Per attuazione si intende che quei documenti ci sono o che il *software* è strutturato in modo da poter accogliere quei documenti, ma la banca dati deve essere implementata? Quale delle due?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la*

salute della Regione Emilia-Romagna. Ciò vuol dire che la piattaforma dell'infrastruttura è predisposta per fare questo tipo di attività. Lei, correttamente, prima ha detto che, osservando gli indicatori, si trovano gli indici, per esempio, delle aziende sanitarie o del numero di medici di medicina generale coinvolti. Il Fascicolo Sanitario Elettronico ha, fra le altre caratteristiche, quella di mettere insieme il territorio con le strutture ospedaliere e veicolare anche i professionisti, nel senso che esiste il concetto di avere a disposizione del cittadino un referto e poter dare visibilità di questo referto a un professionista. In quest'ottica, quelli di cui Lei parlavo sono indicatori di realizzazione all'interno delle aziende sanitarie. Prendiamo a esempio una tipologia di documento: il referto di pronto soccorso. Per come oggi è stato organizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico, il referto di pronto soccorso è un indice da un documento, cioè il documento è presente presso la struttura che l'ha generato, essendo in questo caso titolare di quel tipo di informazione, quindi l'infrastruttura deve poter collegare, tramite questi indici, i documenti presenti sulla realtà nazionale. In tal senso, si capisce anche il motivo per cui è molto importante il lavoro attivato con i tavoli dell'*ex* articolo 26: si uniformano le regole nella struttura del documento, come diceva prima il collega, e si permette a tutti di non avere solo un PDF, che è una foto e non è un dato strutturato. È importante avere il dato strutturato per poter fare tutta una serie di azioni successive, dalla ricerca al governo, di cui si parlava prima. È ovvio che gli indici di attuazione impattano sulle aziende sanitarie che sono il produttore del dato, quindi devono essere date disposizioni perché quelle tipologie di documenti siano strutturate in modo uniforme per poter avere l'interoperabilità. Ecco perché Lei trova dei valori più bassi sugli indici di attuazione. Quest'aspetto riguarda i documenti clinici presenti sul fascicolo.

Un altro aspetto, invece, riguarda l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, inteso come possibilità di accedere a questo tipo di piattaforma. Oggi, c'è un livello corretto di attenzione al dato sanitario,

quindi al fatto che io mi debba presentare, per esempio, presso uno sportello per fare il riconoscimento detto *de visu*, perché stiamo parlando di un dato sensibile. Quest'aspetto porta il cittadino a doversi recare presso una struttura sanitaria, quindi a fare la coda a uno sportello, o anche presso associazioni che aderiscono a questo tipo di percorso per certificare il fatto che io, Miserendino Gandolfo, sono realmente Miserendino Gandolfo, quindi con la presa d'atto del documento di identità, della tessera sanitaria e quant'altro. Questo tipo di processo di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico sicuramente vede un rallentamento. Per un malato cronico è molto importante il Fascicolo Sanitario Elettronico perché c'è uno scambio di documenti molto frequente, ma capite bene che un ragazzo di vent'anni — che io spero stia in ottime condizioni, come tutti ci auguriamo — si ritrova con l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per poche occasioni, come la vista della medicina sportiva una volta l'anno o gli esami del sangue ed altro, quindi i contatti sono realmente molto pochi, come si spera che sia in una nazione che ha una popolazione con un *target* giovanile in buona salute. Tutto ciò vuol dire che probabilmente il *target* di arrivo sul cittadino potrà anche essere la totalità dei cittadini. Il DPCM n. 178 del 2015 dice che il Fascicolo Sanitario Elettronico non è obbligatorio, ma è facoltativo ed è un'agevolazione, ma lo dice per un motivo molto semplice: noi curiamo una persona anche se non ha il Fascicolo Sanitario Elettronico ed è il sistema sanitario ad occuparsene. Si tratta un pezzo tecnologico che permette una serie di agevolazioni. Quello che si sta cercando di fare oggi, tramite strumenti messi a disposizione dalle agenzie come l'AgID, è agevolare percorsi di attuazione e di accesso al Fascicolo, evitando, per esempio, le file agli sportelli o situazioni che si creano se devo presentarmi personalmente. Per esempio, lo si sta facendo con l'evoluzione del progetto SPID, quindi per l'identità digitale. Oggi, ci sono *identity provider* per potersi riconoscere *de visu*, senza recarsi fisicamente a uno sportello, che sono approvate da percorso di certificazione e

che permettono di agevolare questo tipo di utilizzo. Tant'è che in molte regioni c'è stato un incremento, negli ultimi sei o otto mesi, di accessi al Fascicolo mediante queste modalità, che hanno avuto sicuramente un approccio non velocissimo, per via dell'adeguamento delle persone alla tecnologia, ma che sicuramente facilitano questi percorsi. Spiegare i due indici, in realtà, è una questione legata al fatto che ci sono delle attività che devono essere fatte, ma che, per portare il risultato dell'interoperabilità fra tutte le regioni, necessitano della strutturazione di documenti. Mi riferisco ai documenti di cui si parlava e che il tavolo *ex* articolo 26, così come descritto nel decreto n. 178 del 2015, doveva istituire. Correttamente, il collega lo diceva prima: si pensa, con un DPCM successivo, di allegare questa documentazione, al fine di dare una forte attuazione a questo tipo di percorso. Con quel modo parleremo tutti lo stesso linguaggio e parleremo tutti lo stesso linguaggio — permettetemi — senza un dialetto, che è oggi una delle criticità che si forma all'interno del linguaggio informatico...

PRESIDENTE. Per maggiore chiarezza, vorrei un chiarimento. Per esempio, l'indicatore di utilizzo dei cittadini in Emilia-Romagna è pari al 35,5 per cento nel secondo trimestre del 2017. Questo significa che il 35,5 per cento dei cittadini che hanno accesso ai fascicoli l'ha fatto in modo digitale, utilizzando le tecnologie dell'informazione, quindi con l'autenticazione.

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT* presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna. Come dicevo all'inizio, se è stato raggiunto il 100 per cento per quel *target*, il 90 o il 95 per cento oggi è fatto da persone che si sono recate presso una struttura sanitaria e si sono fatte riconoscere *de visu*. Questo viene fatto, come dicevo, presentandosi allo sportello, sia nel caso del sottoscritto che nel caso anche di delegati o di minori e quant'altro, nel caso in cui voglio vedere il fascicolo sanitario il figlio eccetera, quindi con la stessa modalità.

PRESIDENTE. Quindi il 35 per cento lo fa, invece, utilizzando... ?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Il 35 per cento lo fa utilizzando l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico. Tant'è che, negli indici che Lei ha visto...

PRESIDENTE. Si tratta di una percentuale piuttosto elevata, visto anche che, molto probabilmente, la tipologia...

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Considerate che in questo caso la piattaforma INI, quella di interoperabilità, a oggi ancora non scambia i documenti sanitari tra una regione e un'altra, nel senso che si tratta di fase di sviluppo che il decreto di agosto ha messo in piedi per arrivare a fare questo tipo di percorso. Oggi, in realtà, se prendiamo il caso della Regione Emilia-Romagna, gli assistiti dalla Regione Emilia-Romagna hanno la loro documentazione fatta da un *set* minimo di documenti definito nel DPCM n. 178 del 2015, ma in realtà arricchito anche da contributi. C'era un su un nucleo minimo di documenti obbligatori e poi c'era un nucleo opzionale.

Per esempio, la regione Emilia-Romagna ha deciso che tutta una serie di oggetti opzionali e documenti ulteriori poteva essere inserita ugualmente e ha utilizzato questo tipo percorso.

PRESIDENTE. Mi scusi, solo per chiarire meglio. I cittadini dell'Emilia-Romagna come accedono fisicamente ?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. I cittadini accedono mediante un sito *web* che, se volete, posso farvi vedere, anche per chiarezza. I cittadini accedono mediante questo sito *web*, dove, con uno degli accessi SPID, quindi utilizzando una delle tecnologie oggi disponibili, accedono al Fascicolo

Sanitario Elettronico con delle credenziali...

PRESIDENTE. Con quali credenziali ?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Quelle che le sono state consegnate durante il percorso di certificazione *de visu*.

FEDERICO D'INCÀ. Ora, se si utilizza lo SPID per poter controllare il fascicolo sanitario, in qualche maniera non si può collegare il Fascicolo Sanitario Elettronico allo SPID dalla parte opposta ? Una volta che hai cercato il tuo Fascicolo Sanitario Elettronico, immagino che ci sia un momento in cui, *de visu*, hai un incontro fisico. In quel momento, non ci può essere il collegamento anche allo SPID, in maniera tale che possa essere fatto immediatamente ?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Rispondo a entrambe le domande. La sua è sicuramente una buona idea adesso essendo lo SPID un progetto di entrata successiva agli AB dei fascicoli sanitari elettronici, il livello al quale oggi, dopo l'avvio del progetto SPID, si è deciso che un cittadino debba accedere ai servizi delle amministrazioni pubbliche è chiamato da noi il « livello 2 », cioè garantisce un certo livello di sicurezza. Per esempio, si è detto che il professionista accede all'applicazione con un livello 3. Per poter portare su SPID le credenziali che oggi esistono, per esempio, in Regione Emilia-Romagna, sul Fascicolo, occorrerebbe che uno degli *identity provider* accettasse che le credenziali generate dal Fascicolo Sanitario Elettronico abbiano avuto un livello 2 di certificazione, anche perché il livello 2 di SPID è certificato da *identity provider* che hanno un percorso di certificazione per riconoscere l'identità. Bisognerebbe dichiarare in qualche modo che il percorso fatto precedentemente all'uscita di questo regolamento possa essere un percorso equivalente per il

quale queste credenziali possano essere prese in carico.

PRESIDENTE. Da chi erano rilasciate le credenziali ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Regione per regione, le credenziali sono state rilasciate dalle strutture. Nel caso della Regione Emilia-Romagna, la maggior parte delle credenziali sono rilasciate dalle strutture sanitarie. La struttura sanitaria rilascia utente, *password* e OTP, la *password* equivalente di livello 2, che è rilasciata dalla struttura sanitaria e non da un *identity provider* di SPID...

PRESIDENTE. Però, potrebbe esserlo ?

FEDERICO D'INCÀ. Ma non può diventarlo ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Oggi, da regolamento SPID, si dice che il percorso di certificazione per poter accedere a quei servizi è fornito solo da aziende private che hanno fatto il percorso di certificazione SPID. Un esempio può essere, se guardiamo ciò che accade oggi, quello di Poste o di Sielte.

PRESIDENTE. Da regolamento ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Da regolamento dello SPID. A oggi, non è possibile per un'amministrazione pubblica certificarsi a livello di SPID.

PRESIDENTE. Questo è un regolamento dell'AgID ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Sì.

PRESIDENTE. Contrario alla legge ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Tenga presente che il percorso di certificazione è fatto da SPID. Chiaramente è opportuno che sia l'AgID a parlarne, nel senso che le mie informazioni sono limitate al progetto SPID da punto di vista della regione, quindi non ho elementi ulteriori da poter portare all'attenzione. Sicuramente nel percorso di certificazione SPID non è menzionata oggi la possibilità per una struttura pubblica di aderire a questo tipo di processo.

PRESIDENTE. Si tratta di una cosa diversa, perché un conto è che non sia menzionata la struttura pubblica e un conto è che sia esclusa la possibilità per la struttura. A me risulta che, nel Sistema Pubblico di Identità Digitale, sia prevista la possibilità di fare *identity provider* sia pubblici sia privati, quindi mi sembra strana questa cosa.

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. In merito a quanto sta dicendo, vedo questo come un percorso ottimo per provare a aumentare le identità digitali oggi disponibili presso le strutture. Uno degli scogli forti che oggi il Fascicolo Sanitario ha riscontrato è quello dell'accesso con riconoscimento *de visu*, cioè di presenza, per cui, se si riuscisse con una modalità tecnologica, tipo quella messa in campo dallo SPID, a dare identità digitale, questo permetterebbe, come oggi accade, di accedere ai servizi della pubblica amministrazione senza doversi ripresentare diverse volte presso un certo numero di sportelli.

Il concetto di identità digitale è sacrosanto, ben pensato e quant'altro. La velocità con la quale oggi si arriva a rilasciare l'identità digitale probabilmente dovrebbe trovare qualche tipo di accelerazione. Assolutamente, in quel modo si potrebbe dire « tutte le persone che hanno quest'identità digitale hanno il loro Fascicolo Sanitario aperto, senza doversi presentare presso una struttura ».

FEDERICO D'INCÀ. O il contrario.

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Assolutamente. Nel momento in cui c'è quello che Lei diceva prima, il livello di riconoscimento da una parte e dall'altra, che chiaramente chiederà delle certificazioni...

FEDERICO D'INCÀ. Però avete già una parte dei dati.

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. L'introduzione di SPID, però, ha forzato alcuni elementi, nel senso che li ha migliorati, nel senso che la prima credenziale del Fascicolo Sanitario Elettronico risale al 2004-2005, quindi è chiaro che ci sono in mezzo dieci anni di tecnologia.

FEDERICO D'INCÀ. Quindi, Campania, Calabria e Sicilia in questo momento sono a livello... ?

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Come diceva prima il collega, queste tre Regioni hanno chiesto al sistema di interoperabilità nazionale una sussidiarietà completa, quindi di tutta la piattaforma.

FEDERICO D'INCÀ. Quali risposte danno queste Regioni per il fatto di non aver raggiunto un livello minimo ?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. La domanda, così com'è stata formulata, non è emersa durante quegli incontri, quindi non sono in grado di poter rappresentare quello che l'eventuale regione può avere detto. Sicuramente posso dire quello che può riguardare me, come Regione Piemonte, nel senso che, se voi osservate la situazione in cui ci troviamo, rappresentiamo un 50 per cento e, in termini di attuazioni, sono a oggi attivi 14 mila cittadini, quindi, se lo rapportiamo a un mi-

nimo *target*, oggi ci troviamo in una situazione in cui sicuramente dobbiamo investire nella piattaforma e dobbiamo investire nella comunicazione, ma dobbiamo fare anche una serie di attività come Regione Piemonte.

PRESIDENTE. Mi scusi solo un attimo, onorevole D'Incà, perché purtroppo non ho ancora capito ed è importante che la semantica degli indicatori sia chiara. Non riesco a capire l'indicatore sull'utilizzo da parte dei cittadini perché, per esempio, la Regione Piemonte ha un utilizzo del 10 per cento. Ora, ho considerato le Regioni coinvolte in questo piccolo consesso, quindi Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte e Veneto, per cui, secondo questo indicatore, la Regione con il maggior utilizzo da parte dei cittadini – dal mio punto di vista sorprendentemente – è il Lazio, con il 50 per cento dei cittadini che utilizza il Fascicolo Sanitario Elettronico, il che probabilmente dimostra la mia scarsissima percezione. Immaginavo, invece, che le vostre regioni fossero molto più avanzate.

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. La Regione Piemonte non si trova in un contesto per cui può essere definita come una regione avanzata. Nell'ultimo anno e mezzo, abbiamo identificato quali sono le necessità di sviluppo di progetti e di realizzazioni a tendere. Abbiamo predisposto addirittura un piano di progetto e abbiamo identificato delle risorse del FESR per progetti europei finalizzati a far evolvere la nostra situazione attuale all'ottimale o comunque al percorso che vogliamo raggiungere. Oggi, ci troviamo in una situazione in cui sicuramente è stata sviluppata una piattaforma e mettiamo a disposizione del cittadino un portale, dove c'è una serie di servizi, quelli del Fascicolo Sanitario Elettronico e un altro *set* di possibilità, tipo il cambio del medico o la visualizzazione dei referti.

PRESIDENTE. Quando Lei dice che il 10 per cento dei cittadini lo utilizza vuol

dire che effettivamente lo utilizzano o che il cittadino è potenzialmente un utilizzatore perché... ?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Si tratta del 10 per cento che sta utilizzando la piattaforma su quello che oggi la piattaforma mette a disposizione all'interno del contesto regionale. Mi spiego meglio: sono messi a disposizione i referti clinici del laboratorio, che sono stati inseriti all'interno del portale tramite l'FSE, per cui vi è la possibilità di scarico del documento. Questo documento, a oggi, è in PDF e non è un documento che – come rappresentavo prima, sulla base del consenso da parte del cittadino, dovendo rispondere a esigenze di programmazione e ricerca – non possiamo leggere informaticamente in PDF, che è un'immagine, quindi dobbiamo far evolvere la nostra piattaforma. Un altro aspetto è capire quali sono le aziende che aderiscono all'interno di questa soluzione per dare questo tipo di risposta. Come Regione Piemonte, se devo dare una risposta al cittadino, innanzitutto devo permettere, all'interno della piattaforma, l'accesso da parte di tutte le strutture, pubbliche e private. In assenza di ciò, c'è un pezzo di informazione che non metto a disposizione del cittadino perché magari vi è qualche struttura che non aderisce all'infrastruttura definita. Dico che c'è un percorso, come Regione Piemonte, da realizzare perché l'obiettivo a tendere è quello di dare una sorta di risposte a 360 gradi sul percorso di digitalizzazione, il che significa anche investire sui *repository* aziendali, al fine di rispondere ai requisiti minimi che già la normativa prevede in termini di *privacy* e sicurezza.

FEDERICO D'INCÀ. Il Fascicolo Sanitario Elettronico in Piemonte, in questo momento, è arrivato all'implementazione ?

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei*

sistemi informativi Regione Piemonte. L'implementazione in Regione Piemonte è al 50 per cento. Ci troviamo in una situazione in cui, per quanto concerne l'interoperabilità con le altre regioni, la soluzione come piattaforma non era stata implementata e oggi stiamo verificando con Sogei la possibilità di poter aderire con la piattaforma INI, al fine di evitare una duplicazione di investimento. Nello stesso tempo, non abbiamo a oggi implementato Patient Summary, che, come potete vedere, oggi è allo 0 per cento. Il Patient Summary sarebbe la situazione clinica sintetica di un paziente che il medico di base mette a disposizione all'interno di questo percorso della piattaforma del Fascicolo Sanitario Elettronico. Anche su quest'aspetto dobbiamo implementare l'informazione al fine di poterla acquisire, il che non significa che i medici non predispongono il Patient Summary all'interno delle loro cartelle cliniche, ma che questo non è messo a disposizione all'interno della piattaforma dell'FSE. Anche in quel caso, oggi – ahimè ! – siamo allo 0 per cento e abbiamo identificato le soluzioni per farlo evolvere.

Nello stesso tempo, alcune strutture – e lascio la parola – non aderiscono al nodo del Fascicolo Sanitario Elettronico perché l'abbiamo avviato come sperimentazione pilota e poi non è stata diffusa la piena adesione da parte di tutte le strutture. Ci stiamo lavorando, dando obiettivi alle aziende per poter far rientrare all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico tutte le informazioni e i documenti clinici di tutte le aziende sanitarie.

FEDERICO D'INCÀ. Oltre a chiedere al presidente, visto che l'Aula inizierà i propri lavori alle nove e trenta, se possiamo avervi di nuovo in audizione lunedì o martedì – poi il presidente farà la scelta –, vorrei sapere se l'Emilia-Romagna in questo momento si trova a un livello diverso.

Rispetto a quello che ha detto il collega, l'Emilia-Romagna in questo momento è al 100 per cento o l'80 per cento ?

GANDOLFO MISERENDINO, *professionista ICT presso l'assessorato politiche per la*

salute della Regione Emilia-Romagna. Gli indicatori sono presenti su <https://fascicolo.gov.it>. Rispondo in questo modo per un motivo molto semplice, perché noi li andiamo a compilare trimestralmente.

PRESIDENTE. Più guardo questa cosa più esprimo perplessità sulla qualità di questi indicatori.

La Regione Lazio ha una percentuale di utilizzo da parte dei cittadini del 50 per cento e da parte delle aziende sanitarie e dei medici dello 0 per cento. La domanda immediata è: che cosa utilizzano i cittadini visto che nessun altro lo fa? La mia domanda è: visto che siete nel tavolo in questo momento e vi ritroviamo in questa in questa Commissione, c'è un'interoperabilità e uno scambio di informazioni dove il Piemonte non è arrivato e — lo domando — l'Emilia-Romagna ci è arrivata con *software*, modalità di gestione ed altro, com'è contenuto nella stessa legge. Lo chiedo perché, altrimenti, continuiamo a fare ventuno lavori diversi dall'interno del nostro Paese. Questo secondo me è un problema enorme, per cui abbiamo una preoccupazione da parte dei cittadini. Il Molise fa le stesse cose che fa la Lombardia pur essendo più piccolo, il che vale anche per la Valle d'Aosta. Lo vorrei sapere perché ritengo che in questo momento vi sia una certa confusione anche da quello che è uscito in questa mattinata.

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Sicuramente esistono realtà differenti e questo è indiscusso. Condivido in parte quello che lei ha detto sulla confusione e vi spiego il perché, sperando di riuscire a rappresentarlo nel modo più corretto.

FEDERICO D'INCÀ. Le chiedo una cosa in più per la prossima volta: avete anche degli indicatori di risparmio di spesa per sapere quanto possiamo risparmiare con l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico? Vorrei sapere se vi sono già degli indicatori in Lombardia, in Veneto e in Emilia-Romagna rispetto alle altre regioni,

cioè sapere che cosa avremmo potuto o possiamo risparmiare e quanto questo ci è costato in ogni singola regione. Credo che sia opportuno conoscerlo.

GANDOLFO MISERENDINO, professionista *ICT presso l'assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna*. Parto dalla prima domanda, provando a ricostruirle tutte ed, eventualmente, vi chiedo di correggermi, se dimentico qualcosa.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione, ho detto all'inizio si tratta di un indice relativo all'aderenza al DPCM n. 178 del 2015. Lo dico solo per darvi correttamente questa indicazione: io potrei avere la piattaforma rispondente al 100 per cento delle azioni richieste dal decreto n. 178 del 2015 e non avere, all'interno della piattaforma, assolutamente nulla. Questo è un indice di attuazione. È ovvio che gli indicatori che sono stati inseriti rispetto all'utilizzo evidenziano una serie di aspetti. Per esempio, uno degli indicatori è l'accesso effettuato realmente dall'assistito al Fascicolo Sanitario Elettronico: in un arco temporale definito, di un anno, di sei mesi o di tre mesi, se il cittadino Miserendino Gandolfo ha utilizzato lo strumento.

L'esempio più classico che vi facevo prima: il ragazzo di vent'anni che non ha problemi di salute probabilmente accede al suo fascicolo per il referto della visita di medicina sportiva o per il referto dell'esame di laboratorio, quindi due volte all'anno, il che vuol dire che, se io faccio un indice per monitorare il trimestre sull'utilizzo del fascicolo, noterò che quello probabilmente non lo utilizza. Questo vale per gli indici di utilizzo. Tant'è che trovate, anche nella *homepage* del sito messo a disposizione da AgID, il numero di fascicoli sanitari elettronici attivati.

Per attivazione, come dicevo prima, si intende avere le credenziali per poter accedere alla piattaforma che la singola regione ha messo a disposizione a livello di fascicolo. I referti digitalizzati a oggi sono 23.868 mila e oltre e sono i documenti, come dicevamo, digitalizzati con qualsiasi tipo di formato perché le specifiche tecniche per la strutturazione, come vi dicevamo, sono in corso di attuazione. Arrivo al

punto successivo che Lei chiedeva. L'insieme delle azioni messe in campo oggi serve proprio a portare a quella che uniformità di cui lei parlava. Stiamo cercando di fare in questi gruppi di lavoro che erano definiti all'interno del decreto n. 178 come attuazione, cioè il tavolo *ex* articolo 26 voleva dire «dovranno essere date delle indicazioni molto chiare, quindi tecniche e strutturate, perché il famoso referto di pronto soccorso sia così composto per tutte le regioni». In questo caso, la sinergia con il Ministero della salute, con AgID e con associazioni, come HL7 Italia che si occupa di strutturare i documenti secondo standard clinici, rappresenta il passo in più che va nella direzione che lei chiedeva.

È assolutamente necessario che si vada in quel tipo di direzione: questo servirà — le regioni aderenti all'interoperabilità oggi sono undici — per permettere lo scambio di questi *link*, che, come dicevo prima, non sono documenti perché il documento rimane presso l'azienda sanitaria, quindi di scambiarsi queste informazioni e dire molto semplicemente che, se un assistito della Regione Emilia-Romagna fa una visita presso un'azienda della regione limitrofa, in quel caso anche quel documento sarà a disposizione dell'assistito.

L'insieme degli indici che avete osservato rappresentano l'utilizzo da parte del cittadino e l'utilizzo da parte del medico. Con ciò ho spiegato anche quello che chiedeva lei prima, presidente, quando diceva: «nella regione Lazio vedo l'indice pari a zero». In quel caso, loro hanno adeguato la loro infrastruttura tecnologica a rispondere a quanto richiesto nel DPCM n. 178 del 2015, ma il passo che va fatto, se parlo di documenti, è quello per cui tutte le aziende sanitarie devono produrre, secondo un formato che oggi è parte dei lavori di quel tavolo *ex* articolo 26, che non sono legati a un DPCM. Questo lavoro non era stato fatto precedentemente e serve per arrivare all'uniformità di cui si parlava.

PRESIDENTE. Mi dispiace, ma non credo che abbia spiegato com'è possibile che il 50 per cento dei cittadini utilizzi l'FSE, quando nessuna delle strutture sanitarie né i me-

dici lo utilizzano. Lo utilizzano e vedono che è vuoto?

Ho dei forti dubbi su questo, ma purtroppo la seduta dell'Aula è iniziata, quindi dobbiamo interrompere e aggiornare la seduta.

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Vorrei aggiungere solo tre pillole per punti...

PRESIDENTE. Va bene.

ANTONINO RUGGERI, *dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi Regione Piemonte*. Il primo aspetto che la legge di bilancio prevede in caso di inerzia da parte delle regioni è la sostituzione da parte dell'organo centrale per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e — mi sembra doveroso rappresentarlo — anche per le regioni che a oggi non l'hanno realizzato. Inoltre, se parliamo di costi, dovremmo circoscrivere eventualmente la necessità di capire il dettaglio del perimetro del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il Fascicolo Sanitario Elettronico è un'infrastruttura che mette a disposizione una serie di infrastrutture immateriali, quindi anche l'accesso con SPID e quant'altro nonché la gestione dell'anagrafe, per cui, se la vediamo nella sua interezza, dovremmo prendere tutta la spesa della digitalizzazione e, forse, dovremmo incontrarci anche al di fuori della riunione per perimetro delle spese.

Dobbiamo approfondirlo perché, se parliamo della digitalizzazione dei documenti clinici, queste informazioni stanno nelle aziende sanitarie, che hanno strutturato l'informatizzazione, mentre, se parliamo della spesa della piattaforma dell'FSE, si tratta di un altro ambito di perimetro, per il quale le spese sono state sostenute dalle regioni nell'ambito del governo per la realizzazione della piattaforma. I documenti clinici strutturali, o comunque in PDF, sono prodotti e dematerializzati dalle aziende sanitarie che sostengono la spesa.

Poi, abbiamo altre spese per gestire l'accesso e altro. Si tratta di infrastrutture immateriali con cui l'ecosistema del Fascicolo Sanitario dialoga, quindi probabilmente dovremmo, al fine di confrontarci e rappresentarvi in modo corretto la vostra esigenza, approfondire il perimetro. Le esigenze degli operatori sanitari e quelle dei cittadini sono diverse. Ecco perché c'è necessità del dato strutturato.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.40.

*Licenziato per la stampa
il 26 gennaio 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



17STC0028230