

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LA SEMPLIFICAZIONE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 LUGLIO 2019

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE NICOLA STUMPO

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Alvaro Teresa, <i>Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale</i>	3, 6, 8, 10, 13
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3	Buratti Umberto (PD)	11
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		Massella Ducci Teri Enrica, <i>responsabile del « Servizio Gestione Ecosistemi »</i>	5, 6
Audizione della Direttrice generale dell'Agen- zia per l'Italia digitale, dott.ssa Teresa Al- varo.		Mura Romina (PD)	10
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	3, 8, 10, 12, 14	Piarulli Angela Anna Bruna (M5S)	6
Agrimi Adriana, <i>dirigente dell'« Area Tra- sformazione digitale »</i>	7	Rellini Giovanni, <i>responsabile del Servizio « Razionalizzazione Servizi ICT »</i>	9
		Rossi Andrea (PD)	11
		ALLEGATO: Documentazione depositata dalla dott.ssa Teresa Alvaro	15

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
NICOLA STUMPO

La seduta comincia alle 8.45.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione della Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, dott.ssa Teresa Alvaro.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, l'audizione della Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, dottoressa Teresa Alvaro.

La dottoressa Alvaro, Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, è accompagnata dalla dottoressa Adriana Agrimi, dirigente dell'Area trasformazione digitale, dalla dottoressa Enrica Massella Ducci Teri, responsabile del Servizio Gestione Ecosistemi, dall'ingegner Giovanni Rellini, responsabile del Servizio Razionalizzazione Servizi ICT, nonché da Stefano Vanderbilt e da Chiara Basile, collaboratori, che ringrazio tutti per essere qui con noi oggi.

Ringrazio nuovamente la dottoressa Alvaro per la disponibilità, perché per la seconda volta in pochi mesi torna a partecipare ai nostri lavori, mettendo a disposizione elementi di conoscenza particolar-

mente significativi ai fini della prosecuzione dell'indagine che abbiamo avviato.

Ho chiesto alla dottoressa di approfondire i temi relativi alla piattaforma « Sanità digitale », mettendo a fuoco in particolare le questioni inerenti al fascicolo sanitario elettronico dal punto di vista della interoperabilità, del contenuto minimo per la costituzione del fascicolo stesso, necessari a garantire la continuità di accesso dei cittadini al proprio fascicolo anche in caso di mobilità sanitaria.

La Ministra Grillo, nel corso dell'audizione svolta la settimana scorsa, ha fatto riferimento ai lavori del tavolo tecnico di monitoraggio e di indirizzo, in cui siede anche Agid e che è stato istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, incaricato di elaborare formati, contenuti e standard del fascicolo sanitario elettronico. Vorremmo acquisire pertanto ulteriori elementi sugli sviluppi in corso.

Do quindi la parola alla dottoressa Alvaro per la relazione.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Grazie, presidente. Ringrazio gli onorevoli deputati e senatori presenti per l'invito e per la possibilità di rappresentare quanto è stato fatto e quanto ancora c'è da fare per avere, riguardo al Sistema sanitario e non solo, una digitalizzazione il più possibile coordinata e condivisa.

Se il presidente permette, la relazione sarà svolta a più voci, in modo tale da approfondire i temi da lei ricordati nella sua introduzione. Questa volta abbiamo raggruppato nella presentazione tutti gli elementi di approfondimento, in modo da darvi, in un unico documento a disposizione, tutte le informazioni che via via vi presenteremo.

La presentazione che vedete proiettata è stata impostata come una sorta di *SWOT analysis*, per rappresentare i punti di forza e i punti di debolezza di questo progetto nel suo complesso, partendo anche dagli elementi di *governance* e dalla normativa a contorno, per darvi il più possibile un'immagine di tutto quello che ruota intorno al progetto « Sanità digitale ».

Partiamo dalla *governance*, in particolare incentrata sul ruolo di Agid. La *governance* della sanità digitale ha come elemento portante la cabina di regia del nuovo sistema informativo sanitario. Questo è un elemento di forza, perché nella cabina di regia, come potete vedere dalla *slide* – per questioni di tempo non vi illustrerò in dettaglio la presentazione – è una cabina di regia *multi-stakeholder*, che è una necessità per la gestione coordinata di un progetto così complesso.

La cabina di regia si avvale, da un punto di vista tecnico, del tavolo di monitoraggio e di indirizzo del fascicolo sanitario elettronico – trovate nella *slide* la fonte normativa di istituzione – quindi è il tavolo a proporre alla cabina per l'approvazione gli obiettivi annuali di avanzamento per l'effettivo utilizzo del fascicolo elettronico, nonché i contenuti, i formati e gli standard dei documenti sociosanitari da inserire nel fascicolo elettronico.

A questo tavolo partecipa Agid che, oltre alle funzioni definite dalla fonte normativa che trovate citata, che sono di progettazione, monitoraggio e valutazione tecnica, ha anche il compito di: emanare linee guida e modelli di riferimento per la realizzazione dei sistemi regionali del fascicolo sanitario elettronico; predisporre le regole tecniche di interoperabilità, che è il tema cardine di questa audizione, e dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità; coordinare gruppi tecnici specifici, cioè quelli relativi alla modalità di accesso, alla firma dei documenti XML e all'interoperabilità; inoltre, definire guide implementative tecniche degli standard utilizzati per la definizione dei documenti sociosanitari da inserire nel fascicolo elettronico.

Qui trovate il primo elemento di attenzione. Agid non partecipa agli altri gruppi

di lavoro, anche se per missione istituzionale è investita della coerenza e della definizione di regole tecniche e di modelli omogenei, non partecipa alla definizione di regole e modelli omogenei per la telemedicina, i servizi generali di prenotazione unica e i flussi informativi correlati.

Nella *slide* successiva abbiamo pensato di darvi una panoramica dei cardini su cui si poggia non solo il sistema sanitario, ma il sistema sociosanitario digitale. Fondamentalmente i cardini sono due, il fascicolo sanitario elettronico e la tessera sanitaria. Il fascicolo sanitario elettronico, riassunto graficamente dalla *slide*, prevede l'aggiornamento dello stesso da tutta una serie di *stakeholder*, certificati o meno, mentre particolare attenzione va riservata al ruolo del sistema tessera sanitaria.

La tessera sanitaria non va vista soltanto come il documento personale che ha sostituito il tesserino plastificato del codice fiscale per consentire il riconoscimento degli assistiti per l'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, ma svolge anche le funzioni, forse non particolarmente note, di tessera europea di assicurazione malattia, per garantire ai cittadini in mobilità anche nei Paesi dell'Unione europea, dello Spazio economico europeo – quindi lo spazio allargato – l'assistenza sanitaria durante i periodi di soggiorno temporaneo.

Svolge anche un altro importante ruolo, quello di strumento di accesso, quindi di verifica dell'identità digitale, ai servizi delle pubbliche amministrazioni nazionali e regionali, svolgendo la funzione di carta nazionale dei servizi. Attenzione, però: questa funzione deve essere attivata – il *microchip* silente deve diventare attivo – dall'assistito presso l'ASL di appartenenza, per poter usufruire anche di questo servizio.

La tessera sanitaria va vista sia come un elemento digitale per fruire di servizi, sia come sistema tessera sanitaria nel suo complesso, che è stato creato per il monitoraggio della spesa sanitaria, con l'obiettivo di contribuire alla digitalizzazione e alla semplificazione dei procedimenti e rendere disponibili i dati ai soggetti autorizzati, quali il Ministero della salute, le Regioni e le

ASL, e fornire una tracciabilità dei processi d'interazione con il sistema sanitario.

Questi aspetti verranno adesso rappresentati più in dettaglio, anche da un punto di vista tecnico, dalla dottoressa Massella, che, se il presidente non ha nulla in contrario, prego di intervenire.

ENRICA MASSELLA DUCCI TERI, *responsabile del Servizio Gestione Ecosistemi*. La ringrazio. Entrerei nel dettaglio di cosa è il fascicolo sanitario elettronico oggi e cosa contiene.

Il fascicolo al suo interno contiene tutti i dati e i documenti di tipo sanitario e sociosanitario, che sono collegati agli eventi clinici degli assistiti, sia attuali che passati. Questo fascicolo sanitario elettronico è gestito da ciascuna regione per i propri assistiti e può essere gestito secondo due modelli architetturali, che variano a seconda della capacità delle strutture sanitarie presenti all'interno della regione.

Le strutture sanitarie possono avere al proprio interno il *repository* che contiene i dati e i documenti degli eventi clinici o altrimenti queste informazioni vengono centralizzate in un *repository* unico, centrale della regione. Come potete vedere, in questo *repository* vengono inserite le informazioni fornite da tutte le strutture sanitarie certificate, quindi dalle ASL, dalle aziende ospedaliere, dalle fondazioni pubbliche, ma soprattutto dovrebbero essere inserite dai medici di medicina generale e dai pediatri.

Per quanto riguarda il fascicolo sanitario elettronico, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 178 del 2015, contiene un nucleo minimo di documenti, che sono quelli evidenziati sulla sinistra. Questi sono i documenti che ogni regione aveva sviluppato secondo le proprie necessità, quindi nell'ambito dei gruppi di lavoro tecnici nati dal tavolo di monitoraggio. Agid ha contribuito a stabilire degli standard, in modo tale che tutti questi documenti ora possano essere omogenei, uniformi per tutte le regioni.

È stata data anche un'indicazione di quello che doveva essere lo standard tecnologico da utilizzare per memorizzare que-

sti documenti, che, come vedete, è lo standard HL7 CDA2, uno standard internazionale utilizzato nell'ambito sanitario anche a livello europeo.

È stato predisposto un Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, che ha delle risorse che possono essere utilizzate dalle regioni per assicurare l'utilizzo di questi standard per far evolvere i propri sistemi, affinché possano adottare questi standard.

Per quanto riguarda le cose che secondo noi sono da migliorare nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico, il fascicolo è alimentato da tutti i soggetti che fanno parte del Servizio sanitario nazionale e sono fonti certificate. Esiste una parte del fascicolo sanitario che invece è a completa disposizione del cittadino, dell'assistito, che può andarci a inserire, in quello che è chiamato il taccuino personale, informazioni che non sono certificate, ma possono essere di utilità per il medico. Pensiamo a dispositivi medici che si possono utilizzare per il controllo della pressione o la verifica dei battiti cardiaci.

Visto che siamo nel pieno rispetto delle iniziative per la protezione dei dati, l'assistito può oscurare qualsiasi documento presente nell'ambito del fascicolo sanitario e quindi non renderlo visibile a nessuno, neanche al proprio medico di base. Come si potrebbe migliorare? Sicuramente è necessario aggiornare i sistemi informativi sanitari, che in parecchie regioni sono ormai obsoleti dal punto di vista dell'*hardware* e del *software*, oltre al fatto che non sempre la connettività è sufficiente per riuscire a scambiarsi determinate informazioni che sono fondamentali, perché si tratta di *file* molto pesanti, quindi hanno necessità di una connettività di un certo rilievo.

È necessario coinvolgere i medici di medicina generale, quindi i medici di base e i pediatri, in modo tale che loro possano inserire le informazioni dei propri assistiti, eventualmente collegandolo agli indicatori di *performance*.

Un'altra iniziativa su cui Agid sta lavorando in questo periodo è legata alla *Connected care*, quindi alle iniziative del mondo

sanitario collegato al *welfare*, quella che potrebbe essere una programmazione della spesa del *welfare* legato ad assistiti cronici, che hanno bisogno di maggiori risorse.

Per quanto riguarda gli standard, come dicevamo questi sono utilissimi perché consentiranno di utilizzare il fascicolo sanitario come un contenitore di documenti, ma anche di estrarre i dati che potranno essere utilizzati dal mondo della ricerca, dei professionisti sanitari, per fare le analisi al riguardo.

Come si accede al fascicolo? Qui potete vedere quali sono gli strumenti di identità digitale che vengono utilizzati dalle singole regioni, perché vi ricordo che sono le regioni a gestire i fascicoli per i propri assistiti: a tutti si può accedere tramite le credenziali SPID, in alcuni casi vale anche la tessera sanitaria CNS se il *microchip* è stato attivato, e altre regioni hanno adottato anche delle proprie identità proprietarie.

Qual è stato il salto di qualità del fascicolo sanitario, che si è avuto proprio grazie all'infrastruttura nazionale dell'interoperabilità? Come potete vedere, nel 2015 l'architettura era basata su un modello federato di fascicolo sanitario elettronico. In questo caso soltanto dieci regioni erano effettivamente collegate fra loro, ma per quanto riguarda l'interoperabilità erano stati effettuati soltanto dei *test*, non esisteva quindi una vera interoperabilità.

Dal 2017, dopo che è stato progettato da Agid il nuovo modello INI che potete ritrovare nella circolare Agid n. 4 del 2017, esiste un'infrastruttura nazionale centrale per quanto riguarda l'interoperabilità, che collega tutte le regioni e quindi tutti i fascicoli regionali, tanto che ormai le regioni e le province autonome sono tutte interoperabili; quindi, grazie ai servizi messi a disposizione dall'infrastruttura nazionale, adesso sicuramente l'identificazione dell'assistito è certa e quindi è migliorata l'affidabilità del dato.

Si sono recuperate anche delle situazioni in cui ci si ritrovava con degli assistiti che in realtà non erano più tali, perché deceduti, duplicati o assistiti che cambiando di residenza avevano cambiato an-

che la regione, quindi si ritrovavano ancora in entrambe le regioni. In questo modo sono stati riassegnati correttamente gli assistiti alla propria regione di assistenza.

Tutte le regioni sono interoperabili. Dal 2016 al 2019 quindici regioni – quelle in verde – hanno implementato e reso operativo il proprio fascicolo sanitario elettronico regionale, due regioni – in giallo – sono in fase di completamento di questa attività, quattro, non avendo sviluppato un proprio fascicolo sanitario elettronico, utilizzano il fascicolo sanitario elettronico in sussidiarietà, cioè l'infrastruttura nazionale centrale offre le funzionalità di gestione del fascicolo.

ANGELA ANNA BRUNA PIARULLI. Dalla cartina sembrava che la Puglia avesse provveduto alla digitalizzazione del fascicolo, però non mi risulta. Chi ha effettuato questa digitalizzazione? I medici di base non hanno la digitalizzazione del fascicolo, nelle carceri non è ancora attivato, quindi chi lo ha fatto, gli ospedali?

ENRICA MASSELLA DUCCI TERI, *responsabile del Servizio Gestione Ecosistemi*. Sicuramente sono le strutture sanitarie che possono essere le ASL e gli ospedali. La Puglia è una di quelle regioni che ha già effettuato tutte le verifiche di interoperabilità e di scambio di documenti tra la regione e il sistema nazionale; sono stati attivati anche dei fascicoli e c'è da fare in modo che gli attori principali, cioè i medici di medicina generale e i pediatri, siano maggiormente coinvolti nell'utilizzo di questi fascicoli.

Qui ho riportato dei dati legati agli indicatori previsti dalla strategia « Crescita digitale », relativi agli assistiti a livello nazionale, quindi il totale degli assistiti e il numero dei medici di medicina generale che hanno utilizzato il fascicolo. Come vedete, in questa *slide* si capisce che soltanto la metà dei medici di medicina generale e dei pediatri utilizzano il fascicolo sanitario elettronico.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Andrei avanti

con la presentazione rispondendo anche al quesito dell'onorevole.

Il problema di un completo decollo del fascicolo elettronico è un problema anche di conoscenza degli strumenti di utilizzo da parte di tutti gli attori del Sistema sanitario. La dottoressa Agrimi adesso vi rappresenterà come il fascicolo elettronico possa essere un potentissimo strumento per valorizzare il patrimonio digitale del Paese.

ADRIANA AGRIMI, *dirigente dell'Area Trasformazione digitale*. Noi abbiamo immaginato di rappresentare come il percorso che la dottoressa Massella ha illustrato sino ad ora abbia realizzato dei risultati che possono essere ulteriormente potenziati, partendo dall'idea che il patrimonio digitale, quindi l'insieme dei dati e delle piattaforme messi a disposizione, possono rappresentare un patrimonio per tutto il sistema Paese.

In questo caso vogliamo enfatizzare come nella storia del fascicolo sanitario elettronico abbiamo già compiuto un primo passaggio, che è stato quello di far dialogare i ventuno sistemi informativi regionali nella stessa lingua. Questo è stato possibile anche attraverso un importante lavoro di standardizzazione.

Adesso vogliamo ulteriormente passare da una logica del documento inserito nel fascicolo sanitario elettronico ad una logica invece del dato, perché ciò consentirà l'utilizzo di questo patrimonio digitale, quindi di dati e di sistemi, anche ad altri fini, non solo a quello prioritario della programmazione sanitaria, ma anche a quello della ricerca scientifica o epidemiologica, per mettere in relazione fattori « abilitanti » le malattie con le malattie stesse, oppure valutare la qualità delle cure che vengono somministrate.

Questo perché oggi, consentendo questo passaggio dal documento al dato, possiamo fare il massimo utilizzo efficace dell'avanzamento tecnologico, la possibilità, avendo tanta mole di dati, di utilizzare l'intelligenza artificiale e tutto ciò che oggi fortunatamente la tecnologia mette a disposizione.

È di prossima emanazione una circolare Agid che consentirà di fare un ulteriore passo avanti, ovvero quello che il decreto del 28 ottobre 2018 già individuava come possibilità, far accedere al fascicolo sanitario elettronico un cittadino da ogni parte del mondo con un unico sistema di credenziali, che sono quelle SPID, attraverso il portale *fascicolosanitario.gov.it*, gestito dall'Agenzia.

L'Agenzia, nella logica e con la modalità finora sempre utilizzata e direi vincente, quindi con il coinvolgimento dei vari attori – le regioni, ovviamente con il supporto del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze – ha elaborato le specifiche tecniche, quindi ancora una volta un ruolo tecnico abilitante per compiere passaggi fondamentali in avanti di questo sistema.

Come vedete nella rappresentazione in basso, l'idea è che il cittadino, accedendo con le credenziali SPID, debba fare solo questo, dimenticando, grazie all'infrastruttura di interoperabilità che abbiamo costruito insieme a tutti gli attori, a quale regione appartiene, a quale sistema dovrebbe fare riferimento, quindi, il cittadino farà un unico accesso, non dovendo avere in mente quali siano gli attori specifici che consentono l'accesso al suo fascicolo sanitario.

Si diceva prima delle altre cose da fare. Si stanno già ponendo in essere alcune iniziative, la più importante è quella che lo stesso Garante per la protezione dei dati personali ha abilitato recentemente, ovvero che nell'ambito sanitario si possa eliminare il consenso all'alimentazione. Questa è una possibilità, che però deve essere ribadita dal Garante, ma allineata con lo stato dell'arte della norma – su questo si stanno impegnando i Ministeri competenti – ma che sicuramente consentirà un'alimentazione automatica di tutti i fascicoli, quindi questo *step* in avanti consentirà uno sviluppo ulteriore del fascicolo sanitario.

Accanto a questo, sarà necessario ovviamente continuare nella istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti e dell'Anagrafe dei delegati, per consentire a tutti i

soggetti fragili di avere la stessa tipologia di semplificazione nell'accesso al fascicolo sanitario, e infine, ma non meno importante, anche il tema della centralizzazione dell'indice.

Questa rappresentazione apparentemente complessa vuole dare un messaggio importante, unico, quello a cui stiamo guardando. Si parlava prima di una storia, quella del fascicolo sanitario, che fa passaggi di evoluzione soprattutto nell'approccio, quindi abbiamo utilizzato finora le opportunità dell'ICT e oggi vogliamo immaginare che questo metodo si estenda a un approccio che ha il cittadino utente al centro, ma soprattutto un approccio all'evento. Il cittadino, quando accede al fascicolo sanitario, non avrà più solo documenti e dati, ma avrà un luogo dove i servizi potranno essere ceduti in maniera integrata, seguendo gli eventi, dalla ricetta alla richiesta di prestazione, fino alla lettura dei propri referti specialistici.

Stiamo parlando di quello che ci aspetta, del futuro, di quello per il quale tutti i soggetti finora citati stanno lavorando insieme, che è un'ulteriore evoluzione, che viene chiamata la sanità connessa, nell'ottica di passare dalla sanità meramente digitale alla sanità connessa, perché la tecnologia ci offre delle opportunità, sulle quali stanno investendo *start up* e imprese, per consentire un'integrazione tra *welfare* e sanità. Questa ha bisogno, ancora una volta, di lavorare utilizzando le stesse leve di successo che hanno portato a superare gli ostacoli, ovvero parlare la stessa lingua, avere uno strumento di interoperabilità tecnica e semantica, e su questo l'Agenzia sta lavorando e lavorerà utilizzando lo stesso approccio inclusivo di ascolto dei soggetti.

Qui viene citata, per esempio, la telemedicina di cui si parla da tantissimo tempo, si è fatta molta sperimentazione: l'obiettivo di Agid è quello di fare in modo che dalla sperimentazione si passi a sistemi ormai a regime.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Grazie, dottoressa Agrimi. Continuerei molto rapidamente, siccome vedo che il tempo si sta

restringendo salterei questa *slide* in cui abbiamo rappresentato la complessità di tutte le componenti che bisogna tenere sotto controllo nel momento in cui bisogna far progredire il sistema sanità.

PRESIDENTE. Le *slide* ce le consegnate, quindi anche se saltiamo qualcosa poi le abbiamo a disposizione.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Assolutamente. Anche su questo vorrei passare molto rapidamente, perché ci sono aspetti molto interessanti che vorrei venissero trattati per quanto riguarda la spesa sanitaria.

Per raccordarmi con quanto diceva prima la dottoressa Agrimi sulla necessità di avere un approccio che utilizzi questo paradigma *once* e l'approccio olistico per un'effettiva semplificazione dei servizi offerti al cittadino, il progetto che oggi vi abbiamo illustrato rappresenta effettivamente una metafora di come si dovrebbe lavorare.

Quali sono i risultati che sono stati raggiunti fino ad ora con il fascicolo sanitario elettronico e con il sistema tessera sanitaria, che poi stanno progredendo verso un unico sistema di sanità digitale o, come diceva la dottoressa Agrimi, verso un sistema di salute connessa? La strategia che abbiamo utilizzato è quella che vi avevo illustrato nella precedente audizione, ovvero il problema che cittadini e imprese oggi si trovano ad affrontare è di avere un'interfaccia non unica verso la pubblica amministrazione, ma rivolgersi a ventitré amministrazioni diverse.

Quello che è stato realizzato nell'ambito del sistema sanità digitale è quello che stiamo realizzando nell'ambito di tutti i progetti del piano triennale: fare in modo, con un processo di digitalizzazione coordinata e condivisa con tutti gli attori, che l'amministrazione si presenti a cittadini e imprese con un'interfaccia unica, a prescindere dai segmenti di controllo che per norma sono attribuiti alle singole amministrazioni.

Questo prevede quello che è stato fatto anche all'interno del Sistema sanitario:

prima la reingegnerizzazione dei processi per integrare i processi di controllo e avere poi soprattutto un grande risultato, una grande esternalità, l'analisi dei rischi su ogni processo, per fare in modo che venga eseguito un controllo integrato che si avvalga di tutto il patrimonio informativo che deriva dall'aver acquisito questo gran numero di informazioni, che devono quindi essere messe in comune da tutte le amministrazioni; e, ovviamente, l'approccio *full digital* verso le imprese che fanno parte del sistema sanitario, per fare in modo che il colloquio o l'interazione con esso sia un'interazione *system to system* tra i sistemi della pubblica amministrazione e i sistemi delle imprese correlate.

Come avete visto nella *slide* che rappresentava la *governance*, nel panorama degli *stakeholder* trovate un gran numero di imprese e di associazioni di imprese.

In questa *slide* vi abbiamo rappresentato il paradigma che ha attraversato tutto il nuovo piano triennale: prima di tutto, lavorare per progetti condivisi con tutti gli attori, con tutti gli *stakeholder* e regionalizzare i processi con il paradigma *once*, ma questa è solo la prima parte dell'*iceberg*. La parte sommersa dell'*iceberg* è che nell'impostare qualsiasi progetto di innovazione e digitalizzazione occorre investire profondamente nella condivisione con gli *stakeholder*, dalla *vision* all'*execution*, e, soprattutto, studiare e definire, per renderle praticabili insieme alla digitalizzazione, le modifiche organizzative correlate, perché non si faranno le stesse cose di prima — il *back office* e il *front office* saranno diversi, ci saranno degli enormi risparmi — nonché curare quell'aspetto che era stato sollevato prima dall'onorevole, l'informazione e la formazione, cioè tutti gli attori del processo devono sapere esattamente cosa devono fare e come devono farlo.

I numeri l'hanno dimostrato: bisogna agire con un piano di comunicazione verso tutta l'utenza, anche il cittadino, e i numeri rappresentavano che circa 12 milioni di cittadini su 56 oggi conoscono il fascicolo elettronico e lo possono usare. Evidentemente sulla parte mancante bisogna fare un grande piano di comunicazione, così

come bisogna farlo verso tutta la costellazione del mondo della sanità, perché conosca questi strumenti e inserisca i dati necessari.

Queste sono le linee guida che hanno improntato il nuovo piano triennale con le tre aree di azione, ma passerei alla *slide* successiva e cederei la parola su un tema interessante, perché fino ad ora la rilevazione della spesa ICT in Italia è stata condotta solo per rilevare la spesa ICT, ma non cogliendo l'effettivo ritorno della spesa in termini di esternalità.

Passo la parola al dottor Rellini, che vi illustrerà in dettaglio cosa abbiamo fatto e cosa stiamo facendo al riguardo.

GIOVANNI RELLINI, *responsabile del Servizio Razionalizzazione Servizi ICT*. Buongiorno a tutti. Credo che questi siano dei numeri auto-esplicativi, sono numeri pubblici, nel senso che sono contenuti nel Piano triennale 2019-2021, quindi l'ultima versione disponibile del Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione.

Aggiungerei semplicemente un dato, un numero secco abbastanza auto-esplicativo: dalle rilevazioni a suo tempo fatte il comparto sanitario mostra una maggiore propensione all'investimento rispetto al resto della pubblica amministrazione. Stiamo parlando di pochi numeri di percentuale in più, un ordine di grandezza di un 40 per cento della spesa rispetto a un 35 per cento per gli altri comparti, però è abbastanza significativo.

Quello che oggi volevamo rappresentarvi è in realtà l'annuncio di un nuovo modo di rilevare e rielaborare i dati, e l'occasione relativa ai dati del comparto sanitario di nuova rilevazione in corso — vedete qualche numero e qualche indicazione in questa *slide* — sarà l'occasione per misurare il costo e quindi i vantaggi dell'introduzione del fascicolo sanitario elettronico che, come avete visto, esiste in modo anche abbastanza solido e consolidato dal punto di vista dell'impianto, ma è ancora abbastanza limitato dal punto di vista dell'utilizzo.

Cercheremo di utilizzare questi dati per dare evidenza di cosa vuol dire utilizzare il

fascicolo sanitario elettronico, ovviamente non solo in termini di risparmi, di *saving* di costi, sebbene questo aspetto, quando si parla di comparto sanitario, abbia un significato particolarmente rilevante.

Qui viene espresso il concetto che vi ho appena rappresentato: si tratta di un appoggio che noi vogliamo dare, prendendo spunto da questa occasione specifica, ad altri servizi che sono i pilastri della digitalizzazione della nazione.

Questo permetterà, dal punto di vista delle discussioni e dei suggerimenti in termini di provvedimenti e quel che segue, di essere molto concreti e di ragionare su numeri che sicuramente si riveleranno abbastanza significativi.

Credo sia abbastanza intuitivo cosa succede per un assistito che si trova, in una regione al di fuori della propria o talvolta anche all'interno della propria regione, a dover ricostruire una storia diagnostica sanitaria in assenza di uno strumento come il fascicolo sanitario elettronico, non solo in termini di intervento presso l'assistito, ma anche in termini di spesa.

Se vado in un ospedale che non sa nulla della mia storia, mi deve fare degli esami e gli esami costano, deve provare varie alternative di cura e di intervento, e tutto questo costa, quindi è un'intenzione ambiziosa che in questa occasione vogliamo cominciare a praticare nell'analisi dei servizi digitali primari.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Siamo alla conclusione della presentazione per dirvi che già stiamo pensando al prossimo Piano triennale, perché le nuove tecnologie ci inseguono e noi dobbiamo correre, quindi stiamo esaminando tutte le possibili opportunità che derivano dalle tecnologie emergenti e anche dal 5G.

Questo è un aspetto molto importante, perché medicina connessa significa anche lavorare con le reti di quinta generazione, occuparci di problemi che vanno affrontati con sistematicità, anche derivanti dall'avere la necessaria tutela in termini di sicurezza dei dispositivi, quindi è un discorso molto ampio e molto complesso.

L'altro aspetto, che volevo sottolineare e che eredito dalla precedente audizione per farvi un aggiornamento, è che stiamo procedendo sull'integrazione degli ecosistemi proprio per muoverci con la massima velocità verso un'applicazione integrale del principio *once only*, che metta finalmente al centro della digitalizzazione il cittadino e l'impresa, quindi da tutta una serie di ecosistemi digitali e verticali stiamo passando a due ecosistemi fondamentali, l'ecosistema cittadino e l'ecosistema impresa.

PRESIDENTE. Lascio la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ROMINA MURA. Le risposte sono emerse soprattutto in quest'ultima parte rispetto alla questione che volevo porre, infatti la mia domanda era un po' banale, ma poi è il tema dei temi: perché i medici di base hanno questa resistenza a interfacciarsi con questo sistema, che potenzialmente risolverebbe una serie di problemi? È una questione di formazione, una questione di pigrizia digitale, a volte anche una questione di infrastruttura, di carenza di connessione, perché ricordiamoci che nel nostro Paese – io vengo dalla Sardegna – ci sono ancora intere zone che hanno un problema di carenza digitale.

Avete già dato una risposta con la questione di costruire un sistema verticale in cui mettete insieme tutte le risorse della pubblica amministrazione, ma mi chiedevo se potrebbe essere utile, soprattutto rispetto al lavoro dei medici di base che sono il primo anello di relazione fra cittadini e Servizio sanitario nazionale, mettere in gioco i servizi sociali comunali: essi, infatti, sono diffusi in tutto il Paese, e rappresentano un anello della pubblica amministrazione che potrebbe aiutare a compensare questa resistenza dei medici di base, che è un problema anche di risorse umane anagraficamente vecchie o almeno non giovanissime, che quindi hanno una resistenza a utilizzare i sistemi digitali e in questo vanno ad impattare negativamente sui cittadini, che ugualmente in molti territori italiani sono anziani, quindi portati ad avere una diffi-

denza nei confronti degli strumenti digitali. Grazie.

UMBERTO BURATTI. Grazie per l'audizione. Non per contraddire la collega, ma per rappresentare quella che è l'Italia, che ha diverse situazioni – la collega viene dalla Sardegna, io vengo dalla Toscana – il mio medico di famiglia riceve direttamente le analisi, quindi ha già un approccio diverso, pur essendo un medico che fra un paio d'anni cesserà l'attività per raggiunti limiti d'età. Emerge quindi quell'Italia che è divisa in realtà diverse, ma questa mattina, presidente, mi sembra che abbiamo qualche notizia positiva rispetto alle quelle che avevamo raccolto nelle audizioni fatte finora.

Di lavoro ne è stato fatto, ma soprattutto ce n'è molto da fare. È interessante anche per noi entrare nel dettaglio, perché in queste situazioni dobbiamo non solo avere una visione dall'alto, ma anche valutare. Sarebbe quindi interessante una di queste mattine, come Commissione, andare noi in un ufficio sanitario della tua Regione e vedere come si comporta quell'ufficio rispetto a noi parlamentari provenienti da diverse regioni d'Italia, si fa un *test* e vediamo cosa possiamo valutare da questo, se andiamo all'ASL del Lazio tra noi c'è chi viene dalla Sardegna, chi dalla Toscana, chi dal Piemonte...

C'è molto da fare, veniva detto che Agid non partecipa agli altri gruppi di lavoro e credo che invece su questo non dobbiamo lavorare a compartimenti stagni, ma sia opportuno avere una cabina di regia unica, a cui tutti possano partecipare, quindi, più che una domanda, la mia è una considerazione. Grazie di nuovo.

ANDREA ROSSI. Anch'io ringrazio gli auditi. La mia è una domanda molto semplice, forse anche banale, senza ripetere quello che hanno già detto i miei colleghi.

Come diceva giustamente il collega Buratti, abbiamo avuto un inquadramento rispetto alla situazione delle regioni migliore rispetto a quello che ci si aspettava, abbiamo visto che oggi sono quindici le regioni con fascicolo sanitario elettronico,

quattro sono le regioni dove si sta cercando di sostenere un processo e due invece sono in fase di implementazione. Queste quindici regioni, dal punto di vista del dialogo tra fascicoli, sono in un sistema di rapporto e quindi di dialogo e di interazione oppure sono tutte piattaforme a sé stanti di tipo regionale?

Vengo da una regione, l'Emilia-Romagna, in cui l'unico tema è come si riesce ad alfabetizzare tecnologicamente una parte importante della nostra popolazione, perché oggi chi ha una relazione diretta con il sistema sanitario è in età avanzata e quindi ha maggiori difficoltà nel relazionarsi con la nuova strumentazione, che sia un'app o un normale sito *internet* su cui guardare il fascicolo sanitario elettronico, però, oltre ad un impegno di alfabetizzazione tecnologica che non riguarda in questo caso i soggetti auditi, c'è un tema di informazione, perché manca la consapevolezza di quanto sia importante oggi questo strumento.

La settimana scorsa ho avuto un problema e il mio medico mi ha inviato sul fascicolo sanitario elettronico la ricetta, con cui sono andato in farmacia a Roma e ho preso la medicina che mi serviva per la cura, quindi bisogna iniziare a far comprendere l'importanza di questo, e parla un neofita di questo mondo perché solo sei mesi fa ho attivato il fascicolo sanitario elettronico, quindi sono ai primi passi, ma ci si trova ormai di tutto e sono andato a vedere sul mio fascicolo quello che feci nel 2015 rispetto a un intervento fatto in pronto soccorso.

Molti miei coetanei però ignorano l'esistenza di questo strumento, quindi è chiaro che è un impegno regionale, però volevo capire come sia il dialogo e come alfabetizzare tecnologicamente generazioni che oggi, nonostante siano stati fatti passi in avanti perché anche genitori di settanta anni, una volta entrati nel mondo della rete, sono quasi più fanatici dei giovani.

È necessario realizzare campagne di tipo comunicativo in accordo con regioni e livelli centrali dello Stato per far comprendere quanto sia importante e utile la de-

materializzazione di una parte significativa di atti e di procedure.

PRESIDENTE. Grazie. Aggiungo alcune considerazioni prima di darvi la parola per la replica. Siamo rimasti in pochi, però rappresentiamo uno spaccato del Paese, perché abbiamo un paio di eccellenze, una regione che ha provato a fare delle cose, come emergeva, e una che alla fine ha preso il meglio della disponibilità, perché arrivando per ultima ha preso direttamente il progetto finale, e invece una collega che, all'interno di una regione di livello alto, rappresenta le difficoltà dei piccoli comuni di montagna: tutti elementi che dentro un Paese fanno il peso e la differenza.

Io porto la mia esperienza di una regione complicata come la Calabria, dove l'assenza del fascicolo sanitario fa sì che, rispetto a delle malattie croniche di alcuni cittadini, l'unica sanità possibile diventi il piccolo ospedale di frontiera, dove rifare sistematicamente l'anamnesi di malati che da venti anni hanno problemi che si sommano; d'altra parte, puoi andare nel migliore degli ospedali ma dimenticarti di dichiarare l'allergia alla penicillina, mentre magari il medico di base che lo cura da vent'anni lo sa.

Il fascicolo sanitario non è soltanto un'eccezione, ma è anche un salvavita di primo soccorso e primo livello, e questo è il tema sul quale bisogna provare a immettere un ragionamento superiore. Fatti positivi emersi oggi: abbiamo iniziato ad approfondire il profilo sanitario nell'ambito della nostra indagine conoscitiva perché eravamo consci che le eccellenze restavano tali in casa propria e chi aveva dei problemi continuava a mantenerli tutti, senza alcuna possibilità di riscatto.

Oggi voi ci avete dato uno spaccato che inizia a vedere un po' di luce: il fatto che si stia lavorando non a chiudere l'esistente e a costruirne uno nuovo, ma per dare una disponibilità al nuovo – avendo la possibilità di interfacciare l'esistente, che è quello che serve per costruire un sistema quando si parte in ritardo e male – perché la verità è che bisognava partire in modo centralizzato all'inizio e, non avendolo fatto, ora

bisogna rincorrere per rendere centralizzato ciò che non c'è.

La Ministra Grillo l'altro giorno ci diceva di questo tavolo, oggi voi avete rappresentato anche le modalità. Forse ha ragione l'onorevole Buratti, nel senso che anche in questi tavoli bisognerebbe provare ad avere una univocità, altrimenti il rischio è fare un nuovo percorso nel quale si fa un tentativo di mettere insieme, ma ad un certo punto ci si divide in tre o quattro settori e quei quattro settori viaggiano su quattro modalità diverse, quindi dobbiamo fare un quinto tavolo che metta insieme i quattro tavoli. È un rischio che mi è sembrato di aver percepito, quindi se può essere utile nelle discussioni che faremo con il Governo rappresenteremo questa cosa che abbiamo percepito; senza voler entrare in campi altrui, facciamo soltanto un'indagine conoscitiva, non abbiamo poteri di altro tipo.

L'unica cosa che forse andrebbe fatta è una sensibilizzazione sui medici di base, che mi sembra essere lo snodo della partita reale, perché l'infrastruttura nel bene o nel male ormai, nel giro di non so quanto tempo, è disponibile, le regioni hanno a disposizione tutti gli strumenti per costruire il sistema, il tema è ora dare agli operatori reali il compito di inserire i dati.

Da questo punto di vista anche la mancanza di medici di base – perché si dovrebbe inserire un numero elevato di medici di base nel Sistema sanitario nazionale, altrimenti chiudiamo il sistema sanitario e non facciamo il fascicolo perché non abbiamo più medici di base – la vivete come un'opportunità, nel senso che alcuni giovani potrebbero essere medici a cui assegnare un compito quasi innovativo, o rappresenta un rischio, perché entrando e non conoscendo le persone che andranno ad assistere partiranno non soltanto da zero, ma dovranno riprendere dei dati?

Il *turnover* sarà elevatissimo, non so se abbiate fatto un'analisi delle opportunità del *turnover* dei medici di base: c'è la possibilità di avere persone aperte alla digitalizzazione, ma c'è anche il rischio che in tanti posti il medico di base vada via e il nuovo medico che arriva come fa ad inse-

rire i dati in regioni dove non esiste nulla? Questo è un tema sul quale bisognerebbe interrogarsi e quindi agire prima di un *turnover* che ci sarà e sarà molto significativo. Grazie.

TERESA ALVARO, *Direttrice generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Provo a dare una risposta complessiva e prego poi i colleghi di intervenire se dimenticassi qualcosa.

Sul problema che sollevava l'onorevole rispetto alla resistenza all'innovazione potremmo scrivere un libro, perché conosciamo tutte le fasi della resistenza all'innovazione, che si vince se nell'ambito del processo di innovazione la si considera. Un progetto di innovazione ha successo quando tutti gli attori sanno esattamente che il progetto esiste, cosa si deve fare e come farlo, e questo bisogna stabilirlo con un piano preventivo e comprendere questi investimenti nel progetto. Un esempio eloquente: nel caso del fascicolo sanitario elettronico e della sanità elettronica nel suo complesso, il piano di comunicazione è adesso in fase di elaborazione. Un modo corretto di approcciare il problema sarebbe stato condurlo mano a mano in ogni fase del progetto, perché così avresti accompagnato tutti gli attori, senza scossoni, verso l'obiettivo finale.

Abbiamo considerato il fatto che il nostro sia un Paese a macchia di leopardo, fa parte dell'analisi di impatto che abbiamo condotto prima della stesura del nuovo Piano triennale, che in continuazione seguiamo, perché abbiamo impostato il Piano in modo il più possibile inclusivo, in modo che chi è più avanti traini quelli che sono più indietro, senza reinventare la ruota.

Dove ci sono delle esperienze devono essere assolutamente utilizzate.

Abbiamo costruito un'organizzazione ancora immatura, ma che mano a mano si affermerà perché su questo abbiamo colto dei grandi segnali. Stiamo utilizzando le competenze che la legge attribuisce ad ogni pubblica amministrazione in termini di digitale, cioè devi avere un responsabile per la transizione al digitale che deve curare tutti questi aspetti, deve essere l'eman-

zione della politica del digitale sul territorio.

Non stiamo facendo solo questo, perché, avendo bisogno delle energie di tutti e dovendo far viaggiare tutti alla massima velocità possibile, stiamo utilizzando tutte le forze in campo, quindi per quanto riguarda lo specifico del fascicolo sanitario elettronico questi dati vengono continuamente aggiornati e analizzati. Questi ci danno l'indicazione e il termometro di qual è lo sviluppo sul territorio, perché vi abbiamo rappresentato ovviamente la visione nazionale, ma questa visione può essere poi portata a livello territoriale per capire dove risiedano le inefficienze.

Come vedete, l'interoperabilità tecnica c'è, tutte le regioni possono utilizzare il sistema fascicolo elettronico, l'interoperabilità semantica c'è, parliamo tutti lo stesso linguaggio e tutto il lavoro che abbiamo fatto per far dialogare i vari soggetti tra di loro con gli stessi *standard* e proiettandoli negli *standard* europei (quello che vi dicevamo per l'*e-health*). Serve che cittadini e operatori sanitari conoscano questi strumenti e li utilizzino correttamente, quindi occorre investire in informazione e formazione. Il piano di comunicazione sta andando avanti, e noi come Agid stiamo agendo utilizzando tutte le leve a nostra disposizione (accordi con l'ANCI, accordo con le regioni, accordo con le province).

L'esempio che l'onorevole aveva fatto di rivolgersi ai servizi sanitari del Comune lo stiamo facendo, vorremmo utilizzare il servizio civile digitale proprio perché le forze e i giovani che possono essere utilizzati come veicolo della formazione e dell'informazione li troviamo lì dove ci sono, noi indirizziamo soltanto le forze in campo.

Come trasformare i medici in medici digitali: è una questione di trasmettere la formazione, ma non è solo una questione di medici digitali, ma come trasferire nel Paese, in modo capillare, la cultura digitale. Bisogna agire, costruire dei piani con le risorse a disposizione, ma poi diciamo che per fare meglio servirebbero altre risorse. Con le risorse che abbiamo a disposizione sfruttiamo tutto quello che c'è sul territorio, quindi le regioni che hanno fatto

meglio che raccontano alle regioni che sono ancora indietro anche da un punto di vista organizzativo, cosa deve essere fatto, e questo lo facciamo all'interno della Conferenza dei responsabili per la transizione al digitale.

PRESIDENTE. Nel ringraziare i nostri ospiti, anche per la documentazione consegnata, di cui autorizzo la pubblicazione

in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna (*vedi allegato*), dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.50.

*Licenziato per la stampa
l'11 settembre 2019*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

Indagine conoscitiva in materia di semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale

Teresa Alvaro

Direttore Generale, AgID

Commissione parlamentare per la semplificazione

Roma, 17 luglio 2019



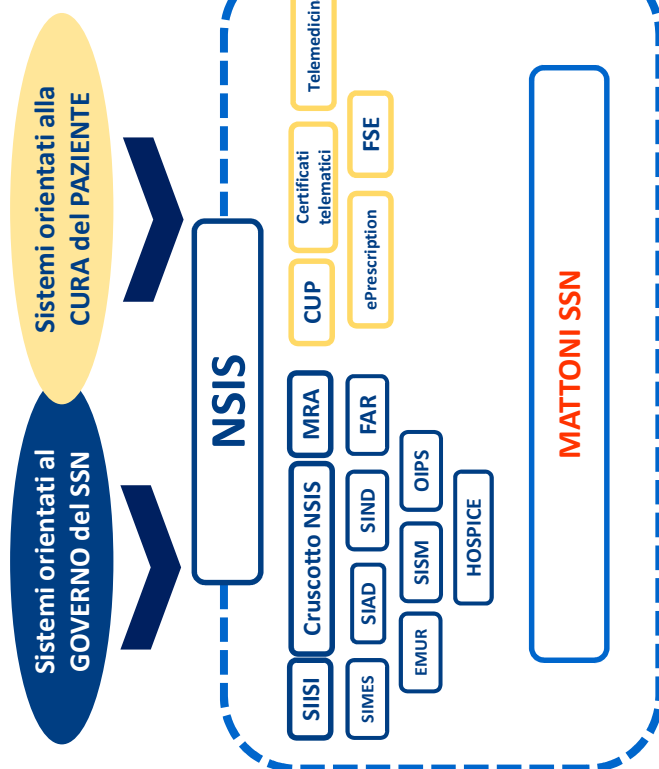
AgID

Agenzia per l'Italia Digitale

Governance della sanità digitale e ruolo di AgID/1

La Cabina di Regia del

Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)



Decreto ministeriale 11 maggio 2017, modificato dal decreto ministeriale 7 maggio 2019

Funzioni:

- ✓ indirizza, coordina e controlla l'evoluzione del NSIS;
- ✓ collabora con gruppi e comitati nazionali ed internazionali per l'attuazione dell'eHealth;
- ✓ predispone e aggiorna il Piano di Evoluzione dei Flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (PEF-NSIS), anche per le iniziative di sanità in rete e per il recepimento delle evoluzioni tecnologiche

Composizione:

- **3** Ministero della salute (Presidente + 2)
- **1** MEF
- **1** Ministro per la semplificazione e la PA
- **1** AGID
- **1** AGENAS
- **6** Regioni
- **1** coordinamento della Commissione Salute.

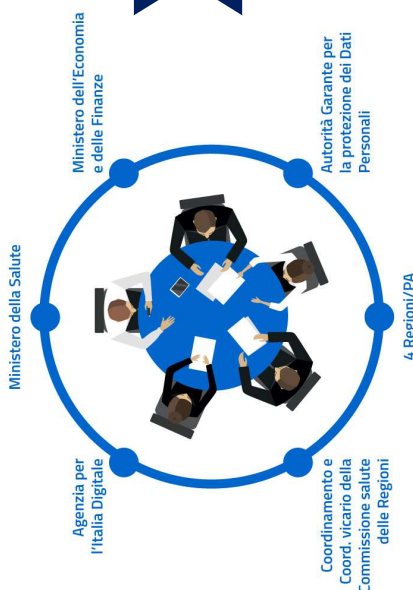
Per l'esercizio delle funzioni di governance **del Patto per la sanità digitale** (Intesa Stato-Regioni 7 luglio 2016), la Cabina di Regia è integrata da:

1 del MISE | **1** Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) | **1** Federazione Nazionale degli Ordini dei medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) | **1** Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) | **1** Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI) | **1** Associazione Nazionale Comuni d'Italia (ANCI) | **1** CONISP

Governance della sanità digitale e ruolo di AgID/2

Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

**TAVOLO TECNICO DI MONITORAGGIO
E INDIRIZZO DEL FSE**



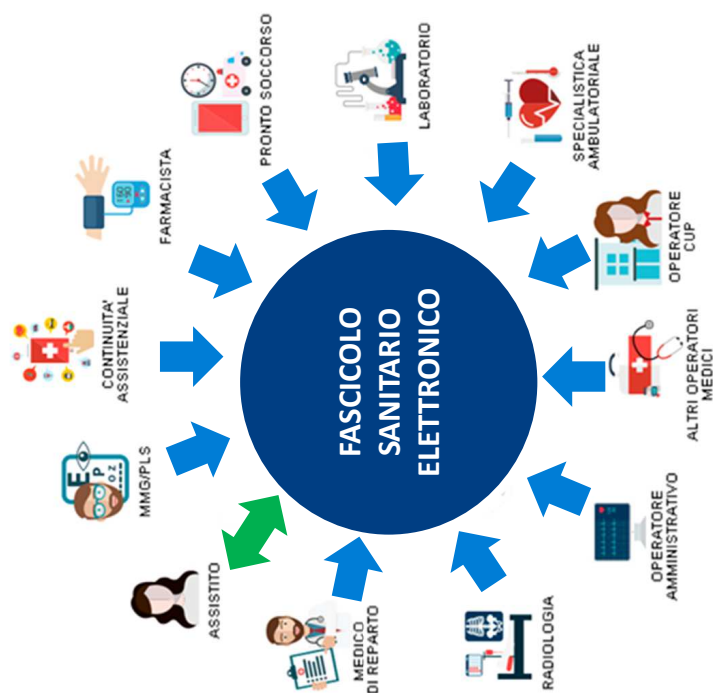
Nella Cabina di Regia è istituito il **Tavolo tecnico di monitoraggio e indirizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** ex. Art. 26 del DPCM 178/2015. Il tavolo propone alla Cabina, per approvazione, gli obiettivi annuali di avanzamento per l'effettivo utilizzo del FSE nonché i contenuti, formati e standard dei documenti socio-sanitari da inserire nel FSE.

AgID, oltre alle funzioni definite dall'art.12 del DL 179/2012 (che sono: progettazione, monitoraggio e valutazione tecnica) **ha il compito di:**

- ✓ Emanare le linee guida tecniche e i modelli di riferimento per la realizzazione dei sistemi regionali di FSE
- ✓ Predisporre le regole tecniche di interoperabilità del FSE e dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE
- ✓ Coordinare Gruppi Tecnici specifici: Modalità di Accesso, Firma documenti XML e fogli di stile, Interoperabilità
- ✓ Definire le guide implementative tecniche degli standard utilizzati per la definizione dei documenti socio-sanitari da inserire nel FSE

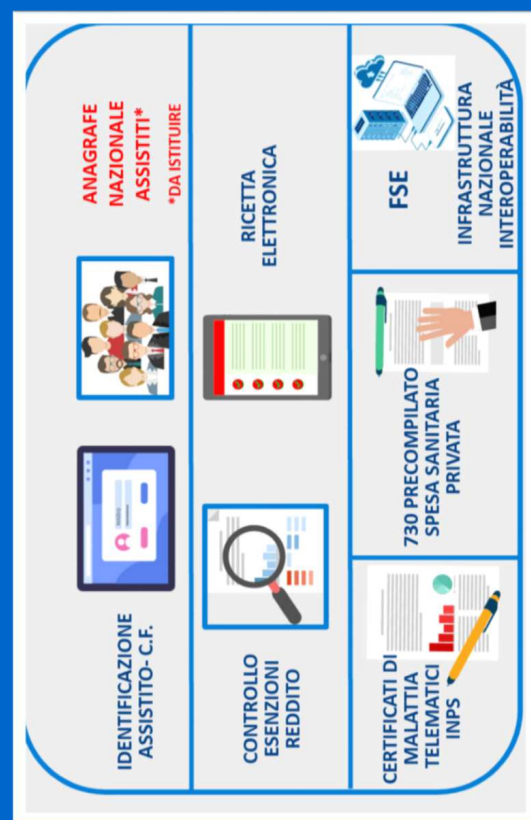
AgID non partecipa agli altri gruppi di lavoro, ma sarebbe auspicabile la partecipazione nella definizione di regole e modelli omogenei per la telemedicina, servizi generali di prenotazione unica (CUP) e flussi informativi.

Sanità digitale: i cardini



TESSERA SANITARIA





La Tessera Sanitaria

La Tessera sanitaria è il documento personale che ha sostituito il tesserino plastificato del codice fiscale con funzioni di:

- ✓ Riconoscimento degli assistiti per l'accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Tessera Europea di Assicurazione Malattia, per garantire l'assistenza sanitaria durante i periodi di soggiorno temporaneo nei Paesi dell'Unione Europea, in Svizzera e nei Paesi dello Spazio Economico Europeo (SEE) Norvegia, Islanda e Lichtenstein;
- ✓ Strumento di accesso via internet ai servizi delle PA nazionali e regionali come Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS). **Questa funzione deve essere attivata dall'assistito presso la ASL di appartenenza**

Attraverso il sistema TS creato per monitoraggio spesa sanitaria:

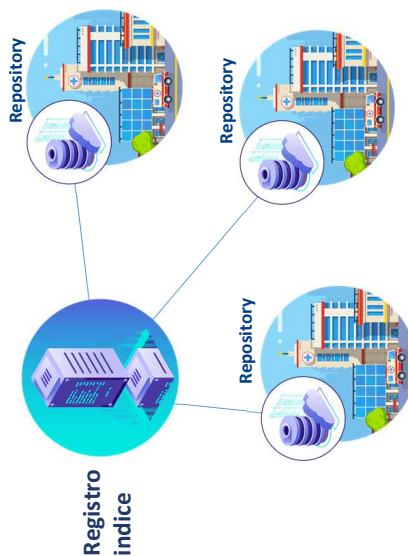
- ✓ Digitalizzazione e semplificazione dei procedimenti
- ✓ Disponibilità dei dati (solo soggetti autorizzati):
Ministero salute, regioni, ASL
- ✓ Tracciabilità dei processi di interazione col sistema sanitario (es. verifica delle ricette trasmesse dai medici di medicina generale)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico oggi

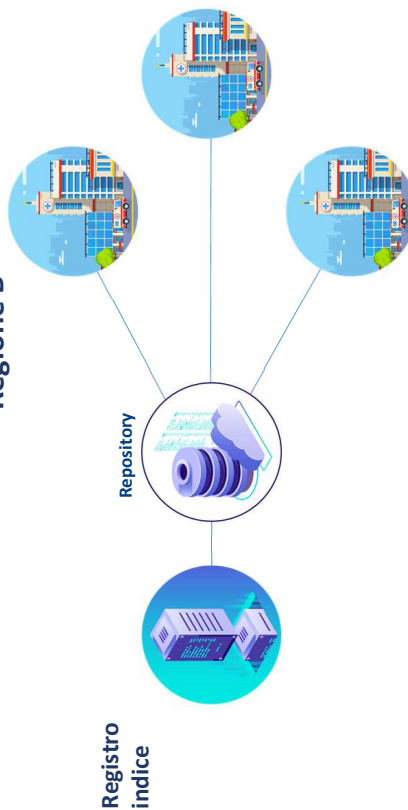
COS'È?

L'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, che riguardano l'assistito. Le Regioni hanno implementato due diversi modelli, uno a repository distribuito (modello A) ed uno a repository centralizzato (modello B) e di un registro centralizzato che permette di recuperare le informazioni e i dati da fonti del Servizio Sanitario Nazionale certificate (Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Fondazioni Pubbliche (FP), Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS)).

MODELLO A REGISTRY CENTRALE E REPOSITORY DISTRIBUITO Regione A



MODELLO B A REGISTRY CENTRALE E REPOSITORY CENTRALE Regione B



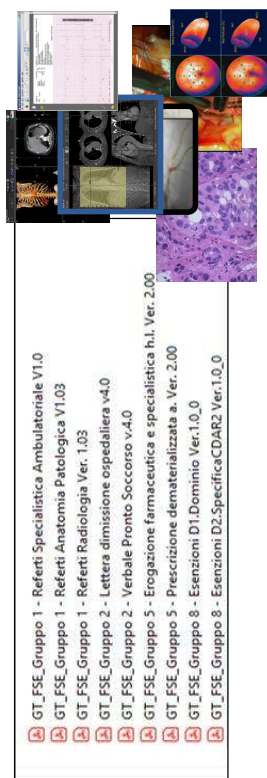
FSE: la storia clinica del paziente

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Contiene per legge (DPCM 178/2015) un **nucleo minimo** dei dati e documenti:

- ✓ dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- ✓ referti;
- ✓ verbali pronto soccorso;
- ✓ lettere di dimissione;
- ✓ profilo sanitario sintetico;
- ✓ dossier farmaceutico;
- ✓ consenso/diniego alla donazione degli organi e tessuti.

DPCM in via di diramazione stabilisce gli standard dei contenuti del nucleo minimo e di altri integrativi, approvati in Cabina di Regia NSIS del 29 maggio 2019



RISORSE DISPONIBILI PROGETTO FSE, PER ANNO IN €

2018	↑	5.000.000
2019	↑	68.000.000
2020	↑	120.000.000
2021	↑	15.250.000

(Nella ripartizione del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese tra le Amministrazioni centrali dello Stato, articolo 1, comma 1072 della legge 27 dicembre 2017, n. 205)

Per alcuni di questi documenti AgID ha pubblicato le guide implementative secondo lo standard HL7 (Health Level Seven) CDA 2 (Clinical Document Architecture)

Per saperne di più <https://www.fascicolosanitario.gov.it/Standard-documentali>

Le risorse sono da ripartire tra Regioni e PAC.
In discussione al MEF i criteri per assicurare coerenza con le modalità di impiego.

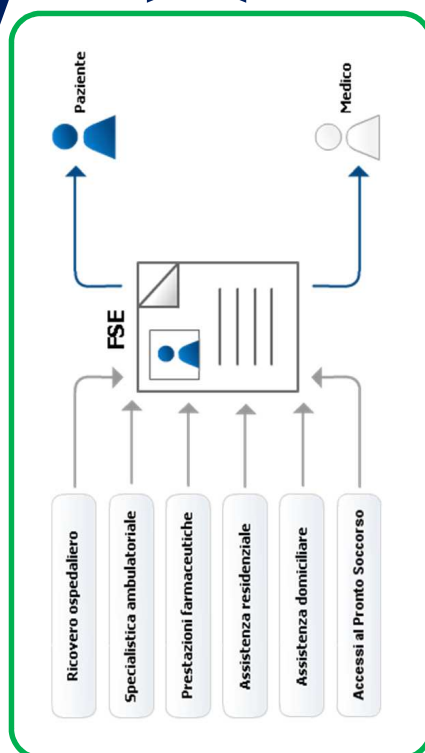
Alimentazione del FSE: cosa migliorare

Il DPCM 178/2015 individua i soggetti del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali che alimentano il FSE con dati «certificati»:

- ✓ personale delle aziende sanitarie locali e delle strutture sanitarie;
- ✓ medici convenzionati con il SSN;
- ✓ altri soggetti, anche convenzionati, che operano all'interno del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali (ad es. farmacista, cure ginecologiche).

L'assistito può inserire nel proprio **taccuino personale** altre informazioni «non certificate» che sono visibili agli operatori sanitari e socio-sanitari. **L'assistito può comunque oscurare ogni documento «certificato» contenuto nel FSE**

COME MIGLIORARE



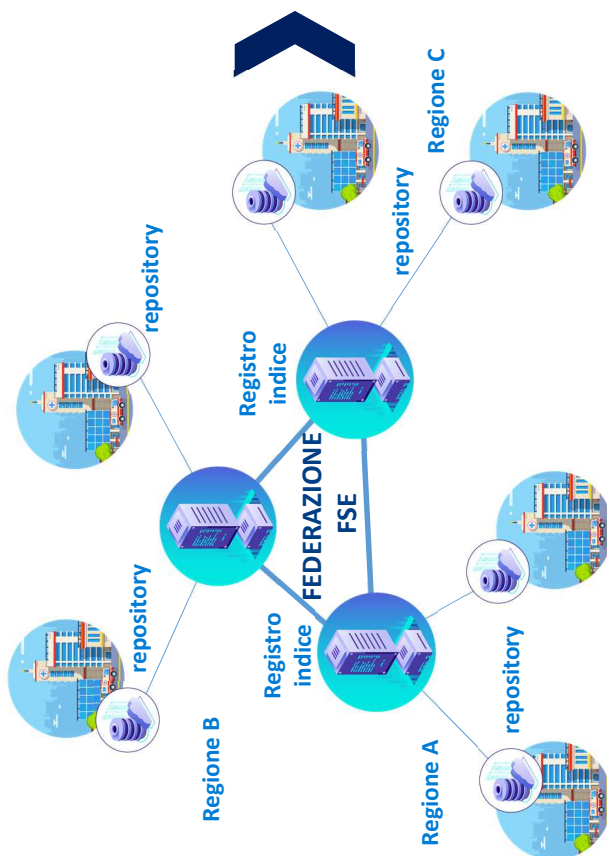
Accesso al FSE

QUALE IDENTITÀ DIGITALE

Regione/PA	SPID*	CNS/ TS	Identità «proprietarie»
Abruzzo	Si	Si	No
Basilicata	Si	Si	Sistema di One Time Password con autenticazione a due fattori e PEC
Bolzano	Si	Si	No
Calabria	Si	Si	No
Campania	Si	Si	No
Emilia Romagna	Si	Si	One Time Password del Gestore FedEra
Friuli-Venezia Giulia	Si	No	Carta Regionale dei Servizi, attivabile negli sportelli abilitati presso gli Enti e le strutture regionali.
Lazio	Si	Si	Utenza della Regione Lazio
Liguria	Si	Si	Credenziali rilasciate da Regione Liguria
Lombardia	Si	Si	One Time Password con "codice usa e getta" di Regione Lombardia
Marche	Si	Si	PIN FedCohesion
Molise	Si	No	Utenza della Regione Molise
Piemonte	Si	Si	Credenziali Sistema Piemonte
Puglia	Si	Si	Credenziali IDP Puglia
Sardegna	Si	Si	No
Sicilia	Si	Si	No
Trento	Si	Si	Carta Provinciale dei Servizi
Toscana	Si	Si	No
Umbria	Si	Si	No
Valle d'Aosta	Si	Si	SecurityCard (OTP)
Veneto*	Si	No	No

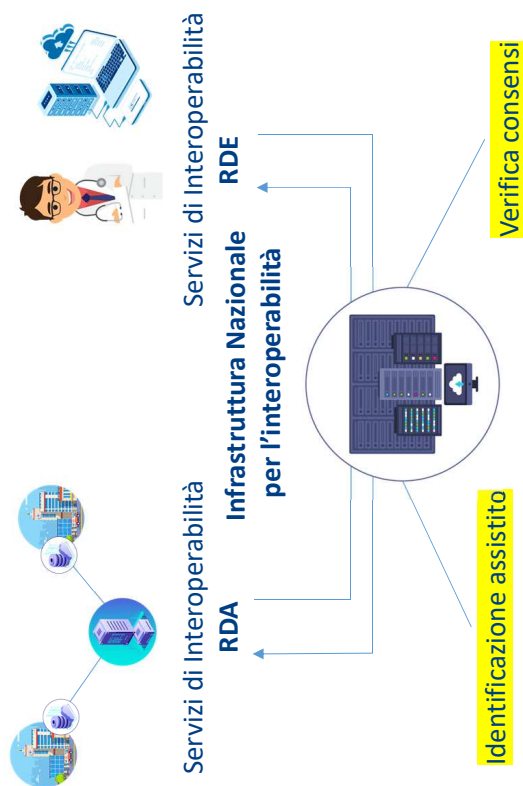
Il salto di qualità dell'FSE grazie ad INI Infrastruttura Nazionale Interoperabilità

2015 - MODELLO FEDERATO DI FSE



SOLO 10 REGIONI E SOLO TEST DI INTEROPERABILITÀ

2017- AGID progetta MODELLO INI (Circ. 4/2017)



Identificazione assistita

Verifica consensi

TUTTE LE REGIONI/PROVINCE AUTONOME INTEROPERABILI

Cosa è cambiato con INI

(art. 1, comma 382 della Legge di stabilità 2017)

SERVIZIO RESO DISPONIBILE DA INI

IDENTIFICAZIONE DELL'ASSISTITO ATTRAVERSO
L'ALLINEAMENTO CON SISTEMA TS E VERIFICA CONSENSO

ARCHIVIAZIONE E GESTIONE DEI CONSENSI – REGISTRO
NAZIONALE DEI CONSENSI

INTEROPERABILITÀ DEI FSE REGIONALI

FSE-INI SUSSIDIARIETÀ PER REGIONI

MESSA A DISPOSIZIONE DEI DATI DEL SISTEMA TS
(PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA)

PUNTO CONTATTO NAZIONALE VERSO UE

RISULTATI RAGGIUNTI

Migliorata l'affidabilità del dato (recuperati 117.462 assistiti
tra deceduti, duplicati, cambi di residenza non aggiornati...)

Riassegnati gli assistiti per regione di assistenza (22,6% in
media)

Tutte le regioni interoperabili

Tutte le regioni dispongono di una infrastruttura FSE

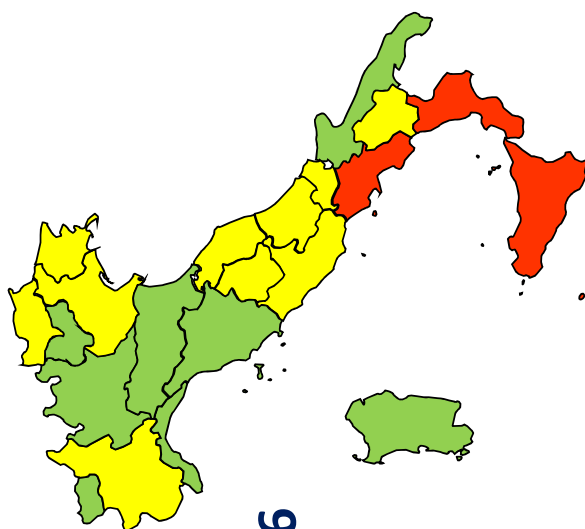
1.409.738 ricette farmaceutiche prescritte e 9.547.210 erogate
193.076 ricette specialistiche prescritte e 781.538 erogate
Collegate al FSE di competenza

Regioni rese interoperabili con gli Stati Membri

Riferimenti normativi

Decreto 4 agosto 2017 - Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE | Circolare n. 4 del 1 agosto 2017 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, documento progettuale dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE

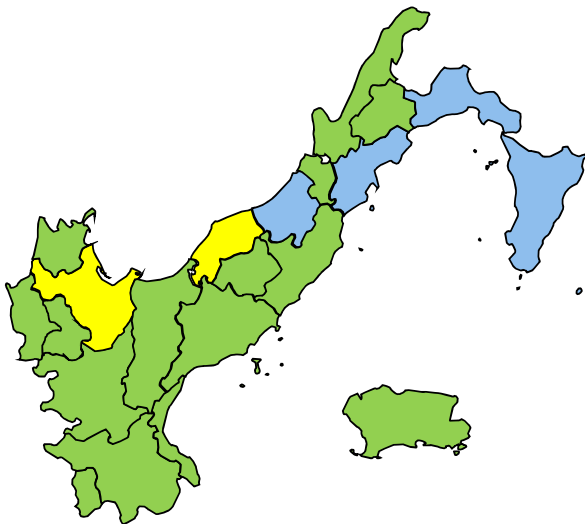
Il FSE ieri ed oggi



2016



2019



✓ Tutte le Regioni/Province Autonome con infrastruttura FSE

✓ 15 con FSE implementato e operativo

✓ 2 in fase di completamento

✓ 4 regioni in sussidiarietà totale

MMG: Medici di Medicina Generale
PLS: Pediatri di Libera Scelta
ASL: Azienda Sanitaria Locale
AO: Azienda Ospedaliera

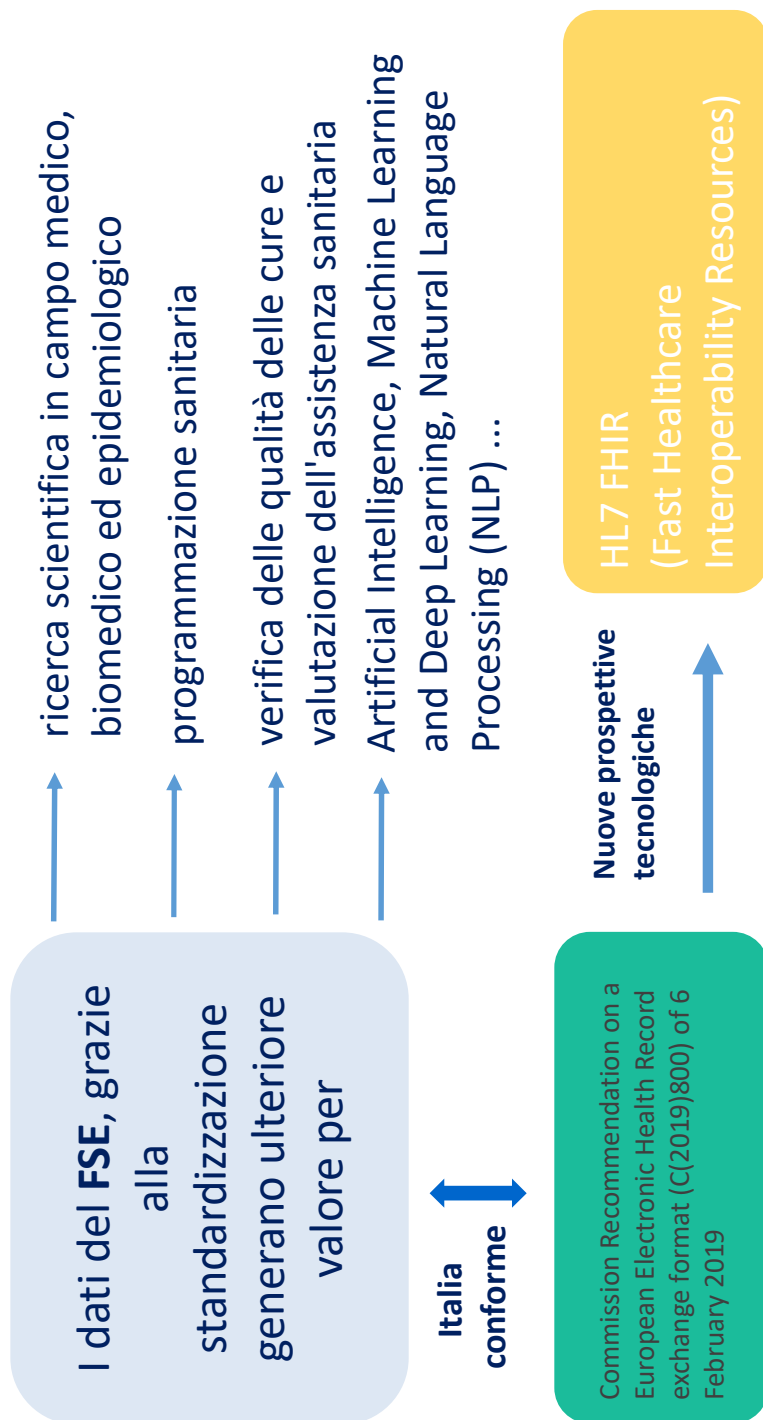
Facts and figures

Indicatore	Valore	Percentuale
Cittadini assistiti (Totale dei cittadini che hanno scelto un MMG/PLS) della Regione che hanno prestato il consenso all'alimentazione del FSE	12.060.755	21,36%
Numero totale degli assistiti (Totale dei cittadini che hanno scelto un MMG/PLS)	56.456.673	
Cittadini assistiti che hanno eseguito almeno un accesso al proprio FSE negli ultimi 90 giorni	1.865.339	46,04%
Totale cittadini per i quali è stato reso disponibile un referto negli ultimi 90 gg	4.051.263	
Numero di MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE	20.969	51,26%
Totale dei MMG/PLS Titolari abilitati al FSE	40.910	
Numero di Patient Summary popolati dai MMG/PLS abilitati	68.187	0,57%
Totale dei FSE attivati	12.060.755	
Operatori sanitari abilitati al FSE	221.051	67,81%
Totale operatori sanitari	326.006	
Referti strutturati digitalizzati resi disponibili nel FSE	250.306.110	63,43%
Totale dei referti prodotti	394.630.961	
ASL/AO collegate al FSE	145/205	70,70 %

Come il FSE valorizza il patrimonio digitale



Valorizzazione del patrimonio digitale



Come sarà: accesso unico al FSE tramite SPID

DECRETO 25 OTTOBRE 2018

Possibilità di accedere al FSE da ogni parte del mondo con un unico sistema di credenziali (SPID) attraverso il portale:
www.fascicolosanitario.gov.it

CIRCOLARE AGID Pronta!

Specifiche tecniche per l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico mediante i servizi messi a disposizione da INI e per la predisposizione e gestione, attraverso INI, dell'indice con i metadati dei documenti sanitari relativi agli assistiti risultanti in ANA

INI - Infrastruttura nazionale di interoperabilità



VERIFICA

Operatività di un sistema regionale di FSE
INI svolge il ruolo di aggregatore e reindirizza
l'assistito al proprio FSE regionale

Mancanza di un sistema regionale di FSE o gestione
diretta dell'indice da parte di INI
Accesso al FSE direttamente dal sistema INI

Regione di assistenza

Consenso

Acceleratori del FSE – cosa fare ancora



RGPD
REGOLAMENTO
(UE) 2016/679



**GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI**



**Trattamento di dati sulla salute in ambito sanitario
ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679**

Treatare «categorie particolari di dati» in ambito sanitario è sempre vietato, tranne che per:

- a) motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri
- b) motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (es. emergenze sanitarie o di sicurezza pubblica, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (finalità di cura))

I trattamenti che:

- sono essenziali per il raggiungimento di una o più finalità determinate ed esplicitamente connesse alla cura della salute;
- sono effettuati da (o sotto la responsabilità di) un professionista sanitario soggetto al segreto professionale o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza

NON richiedono il consenso al trattamento dei dati da parte dell'interessato

E' possibile trattare dati sanitari SOLO con il consenso dell'interessato per:

- consultazione del fascicolo sanitario elettronico
- consegna del referto online
- utilizzo di app mediche
- fidelizzazione della clientela
- finalità promozionali o commerciali
- finalità elettorali

TEMPI DI CONSERVAZIONE

Qualora non siano fissati da specifiche norme, spetta al titolare definirli in base alla finalità del trattamento. In ogni caso, devono essere indicati nell'informativa

INFORMATIVA

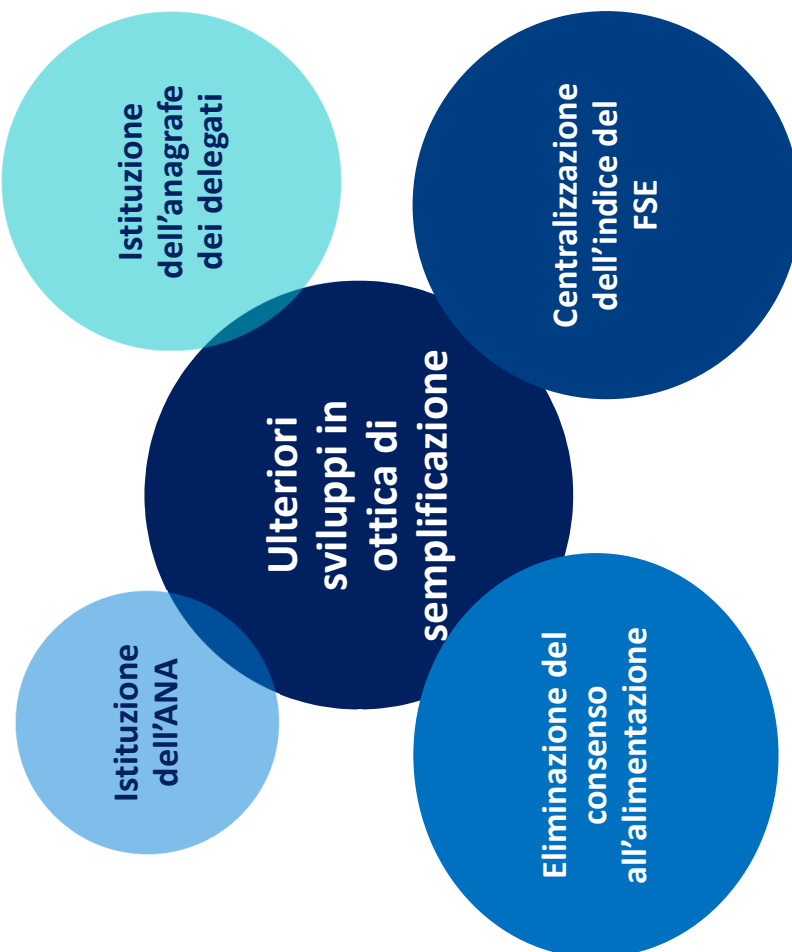
Dove essere concisa, trasparente, intelligibile e facilmente accessibile, scritta con linguaggio semplice e chiaro

NOMINA DI UN RPD

Obbligatoria per gli organismi pubblici (es: struttura appartenente al SSN) e nel caso di trattamenti su «largha scala» (come può avvenire per ospedali e case di cura)

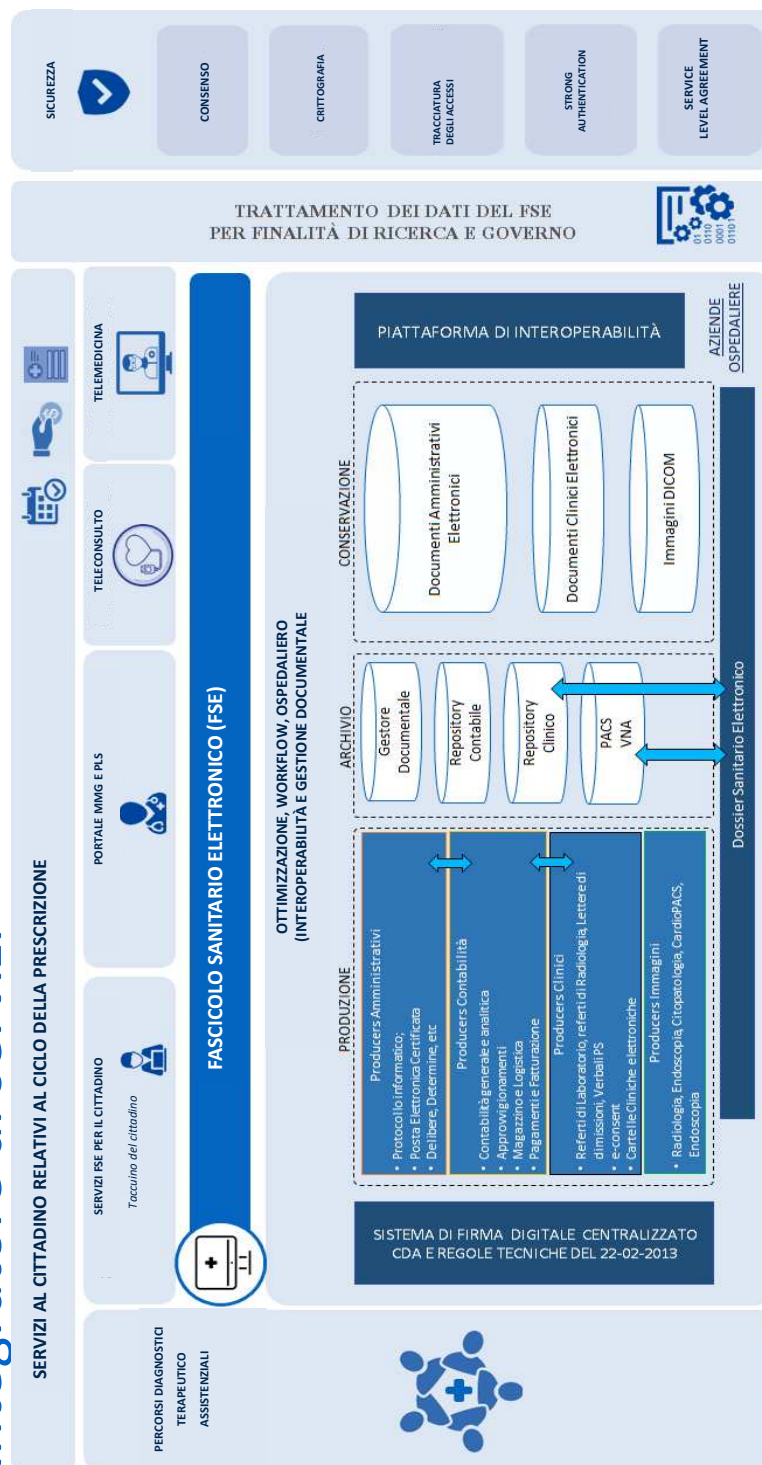
TENUTA DEL REGISTRO DEI TRATTAMENTI E' obbligatoria

Scheda a meno carattere d'ingrandimento. Per una piena conoscenza della tematica e per approfondimenti si raccomanda la lettura del provvedimento del Garante n. 55 del 7 marzo 2019 su www.garanteprivacy.it/docweb.n.3091942



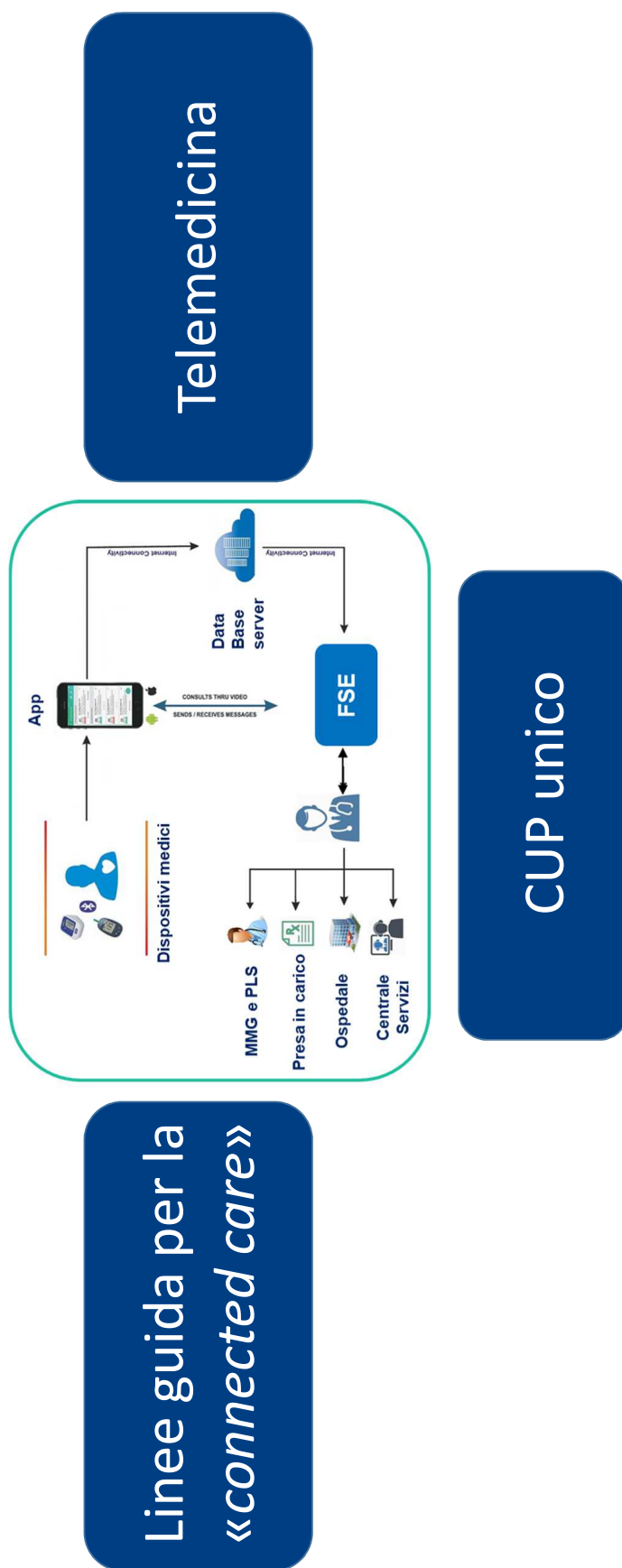
Evolutioni applicando il paradigma ONCE

FSE integratore di servizi



Evolutioni applicando il paradigma ONCE integrazione tra Sanità e Welfare

Linee guida per la
«connected care»



La cassetta degli attrezzi oggi

Cosa prevede il Piano Triennale per le amministrazioni,
sul tema Sanità



Generazione e diffusione di servizi digitali per cittadini e imprese



Sviluppare la governance e favorire la formazione



Collegamento con le piattaforme SPID, PagoPA, eProcurement e SGPA



Adeguamento rispetto alle linee guida sulla sicurezza informatica



Adozione delle linee guida del nuovo modello di interoperabilità



Condivisione e valorizzazione dei dati della pubblica amministrazione



Valutare lo stato e l'adeguamento della propria connettività



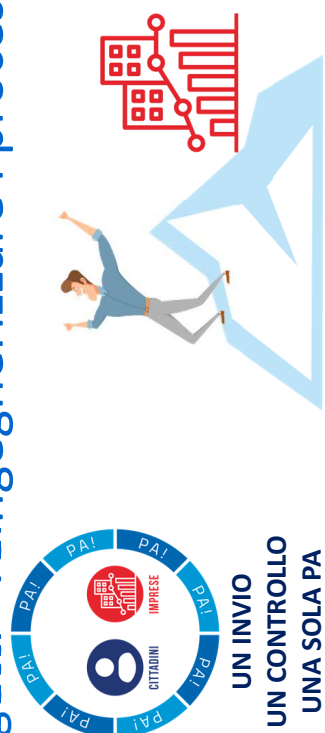
Consolidamento dei datacenter e migrazione dei sistemi informativi verso il cloud della PA

Digitalizzare per far crescere il Paese



Visione e metodo

Lavorare per progetti - reingegnerizzare i processi con il paradigma ONCE



Piano Triennale 2019-2021 90 azioni per la crescita

Le 3 aree di intervento

PA

Agire

per diffondere il
change
management

Affiancare

le PA nell'
implementare
la strategia

IMPRESE

Condividere

i programmi di
innovazione

Offrire

un ventaglio di
servizi
clusterizzati che
favoriscano
l'investimento in
innovazione

CITTADINI

Diffondere

la cultura
digitale

Creare

la consapevolezza
dei diritti digitali

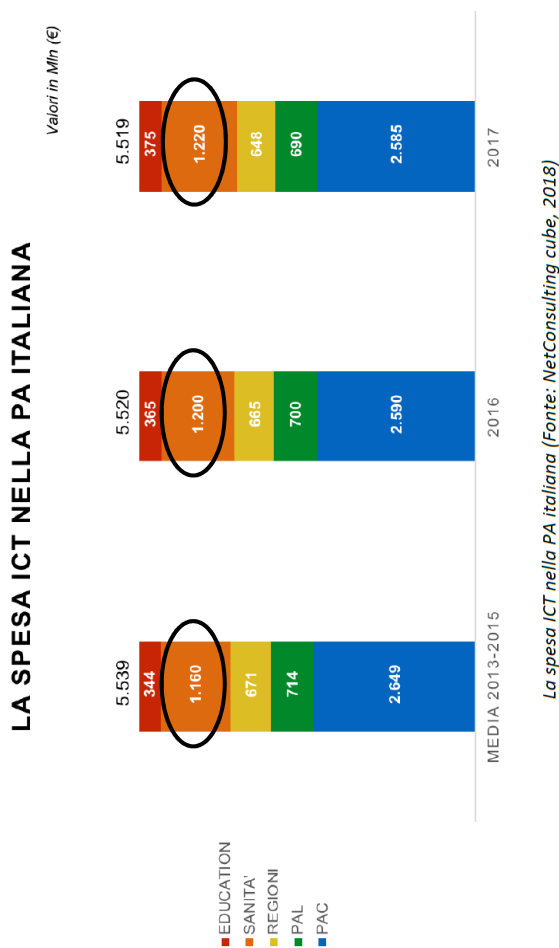
PRINCIPALI NOVITÀ

Approccio olistico & principio ONCE ONLY

- ✓ Nuova chiave di lettura delle Linee d'azione che individua le **aree di intervento e l'impatto** su cittadini, imprese e PA nel breve medio e lungo periodo
- ✓ Nuova struttura di governance con al centro i **Responsabili della transizione al digitale**
- ✓ Dalle smart cities al paradigma **Smart Landscape**
- ✓ **Nuovi strumenti di monitoraggio e supporto alle PA nell'attuazione del Piano**

Dati sulla spesa sanitaria ICT nella PA

Da «Piano Triennale
ICT 2019-2021»



La rilevazione periodica di AGID della spesa ICT nella PA (1/2) focus sulla spesa sanitaria



Obiettivi della Rilevazione periodica di AGID sulla spesa ICT nella PA:

- ✓ in generale, raccogliere dati e informazioni sulle attività delle PA come previsto dall'articolo 14-bis del CAD
- ✓ **verificare/valutare l'andamento della spesa** secondo una logica di riqualificazione e ottimizzazione della spesa ICT

E' necessario disporre di dati puntuali sull'ICT della Sanità, per misurare esattamente gli impatti di interventi quali il FSE in termini di analisi dei costi e di risparmi introdotti dalla digitalizzazione.

Rilevazione 2019 | avviata un'azione di rilevazione sistematica **sulla spesa ICT della sanità territoriale** nel senso che comprende l'analisi della spesa:

- delle 21 Regioni e Province autonome (*in corso*)
- delle strutture sanitarie sul territorio: ASL, Aziende Ospedaliere, AO universitari, Policlinici e Istituti di cura a carattere scientifico: si è conclusa a giugno 2019, circa il 70% delle strutture (143) ha completato il questionario (*dati in fase di elaborazione*).

La rilevazione periodica di AGID della spesa ICT nella PA (2/2) focus sulla spesa sanitaria



Approfondisce aspetti quali-quantitativi sulla spesa ICT della Sanità territoriale:

- ✓ Spese operative e spese per investimento in ambito ICT
- ✓ Modalità di gestione e di acquisto della spesa ICT
- ✓ Dati quali quantitativi su attività e volumi di spesa su specifici ambiti: servizi a cittadini e imprese in ambito sanitario incluso il FSE, open data, cloud, cybersecurity
- ✓ Dati quali quantitativi relativi al ruolo della digitalizzazione per il miglioramento dei processi in ambito sanitario

Particolare attenzione viene prestata al tema della Cybersecurity

I dati raccolti saranno utilizzati per ottenere un quadro organico e completo della spesa sanitaria ICT, della maturità digitale dei territori e delle tendenze evolutive degli investimenti in tecnologie innovative e per individuare le linee di attività del prossimo Piano triennale che possano permettere di proseguire nel percorso di riqualificazione della spesa ICT della PA.

Il focus sulla Sanità Digitale sarà finalizzato a fotografare lo stato dell'arte della Sanità digitale e delle relative evoluzioni. Nel Focus verrà approfondito lo stato di attuazione operativo della Sanità digitale, lo stato di avanzamento del FSE e l'adozione di piattaforme che consentano di realizzare gli obiettivi del Patto per la Sanità Digitale.

Immaginare il futuro per il prossimo Piano triennale

TECNOLOGIE EMERGENTI E 5G

Intelligenza artificiale, blockchain, IoT, nuove tecnologie...

RIPROGETTARE I SERVIZI IN CHIAVE OLISTICA

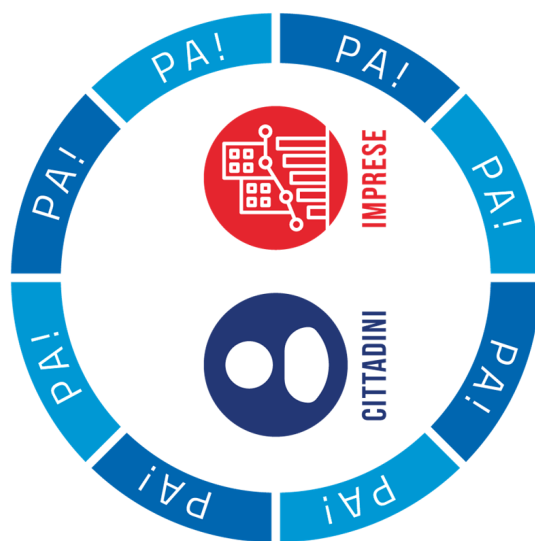
Opportunità per modificare l'approccio ai servizi che offre la PA (Es. Telemedicina, welfare, mobilità e logistica, smart landscape, etc.)

INTEGRAZIONE DEGLI ECOSISTEMI

Passare dagli ecosistemi verticali (sanità, welfare, etc.) all'ecosistema cittadino e l'ecosistema impresa

NUOVE OPPORTUNITÀ PER IL PAESE

Nuovi stimoli per Ricerca e Sviluppo grazie agli appalti d'innovazione (pre-commercial procurement)
La PA "sfida" il mercato esprimendo il proprio fabbisogno in termini funzionali, lasciando agli operatori di mercato la libertà di proporre la soluzione tecnica più idonea. I principali aggiudicatari dei PCP sono centri di ricerca e *start up*.





Il Paese che cambia passa da qui

agid.gov.it

PAGINA BIANCA



18STC0070810