

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
DI VIGILANZA SULL'ANAGRAFE TRIBUTARIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

54.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 MAGGIO 2016

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALESSANDRO PAGANO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Pagano Alessandro, <i>Presidente</i>	2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16
Pagano Alessandro, <i>Presidente</i>	2	Adduce Angela, <i>dirigente generale della Ragioneria generale dello Stato</i>	14
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ANAGRAFE TRIBUTARIA NELLA PROSPETTIVA DI UNA RAZIONALIZZAZIONE DELLE BANCHE DATI PUBBLICHE IN MATERIA ECONOMICA E FINANZIARIA. POTENZIALITÀ E CRITICITÀ DEL SISTEMA NEL CONTRASTO ALL'EVASIONE FISCALE		Casciello Massimo, <i>direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute</i>	7, 9, 10, 11, 14
Audizione del Sottosegretario alla salute, Vito De Filippo, del Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco, e del direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, Antonio Samaritani:		De Filippo Vito, <i>Sottosegretario alla salute</i>	3, 9, 10, 13
		Franco Daniele, <i>Ragioniere generale dello Stato</i>	5, 15
		Pelillo Michele (PD)	7, 9, 16
		Samaritani Antonio, <i>direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale</i>	2, 7, 8, 9, 11

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ALESSANDRO PAGANO

La seduta comincia alle 8.40.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata mediante l'attivazione del sistema audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Sottosegretario alla salute, Vito De Filippo, del Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco, e del direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, Antonio Samaritani.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Sottosegretario alla salute, Vito De Filippo, del Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco, e del direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, Antonio Samaritani, che, anche a nome dei colleghi, ringrazio per aver accolto l'invito della Commissione.

Sono presenti, inoltre: per il Ministero della salute il direttore generale della direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Massimo Casciello, il direttore dell'ufficio III della direzione generale della digitalizzazione, Lidia Di Minco, e il dirigente amministrativo dell'ufficio legale, Giovanna Romeo; per la Ragioneria generale dello Stato la dirigente generale, Angela Adduce, e la dirigente IGESPES Antonietta Cavallo; per l'Agenzia per l'Italia digitale la responsabile dell'area pubblica

amministrazione, Maria Pia Giovannini, che ringrazio per la loro presenza.

L'audizione si inquadra nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'anagrafe tributaria nella prospettiva di una razionalizzazione delle banche dati pubbliche in materia economica e finanziaria. Potenzialità e criticità del sistema nel contrasto all'evasione fiscale.

Credo che sia opportuno che, così come da programma, il direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, Antonio Samaritani, ci illustri il suo punto di vista sull'argomento odierno, che vi ricordo essere il fascicolo sanitario elettronico.

Do la parola al direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, Antonio Samaritani, che svolgerà una relazione introduttiva. Seguiranno gli interventi del sottosegretario alla salute, Vito De Filippo, e del Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco, con riserva per me e per i colleghi di rivolgere loro, al termine degli interventi, domande e richieste di chiarimenti.

ANTONIO SAMARITANI, *direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale*. Abbiamo consegnato una relazione introduttiva, condivisa con il Ministero della salute rispetto alle parti tecniche del mio intervento.

In estrema sintesi, AGID ha un ruolo di coordinamento innanzitutto su Crescita digitale e sugli aspetti complessivi dell'attuazione dell'agenda digitale. Per quanto riguarda in particolare il fascicolo sanitario, una serie di disposizioni di legge danno ad AGID il ruolo di coordinamento sull'interoperabilità del fascicolo stesso, che significa standardizzare, laddove possibile, ovvero introdurre misure tecniche per rendere interoperabili i fascicoli regionali già esistenti.

Il tavolo di lavoro è partito con successivi aggiustamenti subito dopo l'emanazione del decreto-legge. Avevamo una scadenza più significativa dal punto di vista tecnico, che era quella del dicembre 2015, entro la quale l'infrastruttura di interoperabilità doveva essere pronta. All'infrastruttura di interoperabilità nel tavolo tecnico, oltre ai ministeri, partecipa, come istituto di ricerca, il Consiglio nazionale delle ricerche: la legge attribuiva ad AGID il compito di selezionare un istituto di ricerca con il quale avviare questo lavoro di interoperabilità. Il CNR ha messo a disposizione tre istituti. Il primo si occupa specificatamente di interoperabilità, quindi della parte tecnologica. Il secondo si occupa della parte relativa alle regole semantiche, perché il tema fondamentale è far « parlare », anche dal punto di vista semantico, oggetti già esistenti. Il terzo laboratorio che il CNR ha messo a disposizione è relativo alla formazione sul territorio, perché soprattutto laddove non ci sono infrastrutture uno dei punti fondamentali era come portare conoscenza sul territorio.

I primi risultati del lavoro congiunto sono stati la pubblicazione delle regole tecniche e la successiva realizzazione dell'infrastruttura tecnologica per l'interoperabilità. La situazione attuale è che le regioni che hanno un fascicolo hanno un'infrastruttura sulla quale poter convergere per avere interoperabilità, mentre le regioni che hanno ancora in corso il processo di costruzione del fascicolo, come frutto del lavoro del tavolo tecnico, hanno delle regole per svilupparlo.

Tra i risultati che questo approccio ha raggiunto c'è il rispetto dell'obiettivo, ovvero l'interoperabilità, ma soprattutto, aver stabilito delle regole sta creando una convergenza verso metodologie più comuni nelle regioni in cui il fascicolo non c'è.

Vi segnalo un punto e non mi dilungo oltre, a meno che non ci siano domande sulla parte introduttiva. L'impostazione che abbiamo avviato con il Ministero della salute è progettuale e da centro di ricerca. Abbiamo avviato la fase della costruzione delle regole e delle condizioni di operatività per il fascicolo, con un centro di ricerca, il

CNR. Si pone ora il problema successivo della sua « gestione industriale ». Questa operazione ha consentito di far partire la macchina. Ora che la macchina si avvia, il tema diventa come gestire l'infrastruttura creata in una logica definitiva.

Tutto il progetto prevede una fase di monitoraggio dei risultati, un'attività congiunta con il Ministero della salute, nella quale monitoriamo lo stato d'avanzamento, con un tavolo con le regioni – in cui è coinvolto anche il Centro interregionale per i sistemi informatici geografici e statistici – gli andamenti della progressiva implementazione dei fascicoli sanitari e dell'interoperabilità.

VITO DE FILIPPO, *Sottosegretario alla salute*. Recupero in sintesi alcuni elementi, ma mi sembra utile illustrare anche lo stato di attuazione di questo importante strumento, che rientra nella più generale strategia del Governo sull'innovazione digitale.

Ricordo a questa Commissione che nel « Patto per la salute » c'è la specifica prospettiva della definizione di un patto per la sanità digitale. È evidente che dentro a questa prospettiva il fascicolo sanitario ha una funzione rilevante, come proverò a descrivervi in sintesi, sia per una potenziale riduzione degli sprechi e delle inefficienze sia per una semplificazione dei rapporti tra cittadino e sistema sanitario. Il fascicolo sanitario rientra esattamente in questa strategia.

Devo dire con molta franchezza e con molta trasparenza che i tempi di questa realizzazione, per tante ragioni, si stanno forse un po' troppo allungando (questa impostazione si è decisa nel 2012), sia perché sono strumenti che agiscono su elementi abbastanza complessi, come la protezione dei dati personali, sia perché la specifica attuazione di questo strumento coinvolge anche altri livelli della Repubblica, a partire dalle regioni. Come vi dirò brevemente, lo stato di attuazione è avanzato, ma ancora pretende un'azione di monitoraggio, di coordinamento e anche di sollecitazione assolutamente importante.

Ai fini dell'implementazione del fascicolo le regioni e le province avrebbero

dovuto presentare entro il 30 giugno 2014 il piano di progetto per la realizzazione del fascicolo, redatto anche sulla base delle linee guida che furono pubblicate, dopo una lunga elaborazione e un'interlocuzione con altri organismi dello Stato, il 31 marzo 2014. Dovevano presentarlo al Ministero della salute e all'Agenzia per l'Italia digitale.

Il Ministero della salute e l'Agenzia per l'Italia digitale devono effettuare un'azione di monitoraggio, che è in corso, sullo stato di realizzazione del fascicolo, conformemente ai piani di progetto approvati, che, come vi dirò, furono presentati da tutte le regioni, a eccezione di una provincia autonoma. L'Agenzia per l'Italia digitale doveva mettere a disposizione, come è stato segnalato da chi mi ha preceduto e come è stato esattamente realizzato nei termini e nei tempi indicati, entro il 31 dicembre 2015, l'infrastruttura nazionale, diretta a rendere interoperabile il sistema.

Segnalo alla Commissione che, nel corso degli anni precedenti, investimenti a scala regionale e a volte a scala aziendale sull'innovazione tecnologica e sull'ICT hanno determinato una geografia piuttosto complicata nel nostro Paese. Mettere a sistema e rendere interoperabile, provando anche a non cancellare una parte di questi investimenti, è un'operazione complessa, che richiede, come dicevo, un'azione di coordinamento e di monitoraggio molto puntuale.

La legge — credo sia utile per questa Commissione — dispone inoltre che l'approvazione del piano presentato dalle regioni e dalle province è condizionata alla piena fruibilità dei dati regionali a livello nazionale, sia per indagini epidemiologiche sia per valutazioni statistiche sia per i registri nazionali e per la raccolta dei dati, anche ai fini di una programmazione più efficiente in termini sanitari. Nella norma è previsto anche che il fascicolo sanitario è compreso tra quegli adempimenti — questa è una cosa molto importante per le responsabilità delle regioni — cui sono tenute le regioni e le province autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale, il famoso Comitato livelli essenziali assistenza (LEA).

Questo è uno degli elementi che vengono considerati all'interno di quel comitato per una più generale valutazione dello stato di attuazione dei sistemi sanitari regionali e, quindi, anche per una determinazione di quella quota del Fondo sanitario nazionale che viene trasferita solo sulla base di questo adempimento.

Illustro ora lo stato di attuazione a maggio 2016. Il decreto n. 178 del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 settembre 2015, recante il regolamento in materia di fascicolo sanitario, è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'11 novembre 2015. L'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del fascicolo sanitario è stata resa disponibile, come diceva chi mi ha preceduto, dall'Agenzia per l'Italia digitale il 31 dicembre 2015. Lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri istitutivo dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), importante elemento per una più generale gestione del fascicolo e anche dei dati e dei servizi, è stato predisposto e sottoposto al prescritto parere del Garante per la protezione dei dati personali il 23 febbraio 2015. Ripeto che questa rete non è solo nazionale. La prospettiva è che la rete sia interoperabile anche su scala europea. Su molti comparti dei sistemi sanitari, a partire dalle malattie rare, questo fronte europeo sarà una prospettiva di assoluto interesse per il nostro Sistema sanitario nazionale. Il testo dello schema, aggiornato sulla base di alcune osservazioni fatte pervenire dal Garante in data 16 novembre 2015, attualmente è alla valutazione del gabinetto e dell'ufficio legislativo del nostro Ministero, per proseguire il confronto con l'Autorità garante, ai fini dell'ottenimento del parere propedeutico agli ulteriori passi per l'adozione di questo provvedimento. Lasceremo delle tabelle e anche una relazione molto più dettagliata rispetto alla sintesi che sto facendo.

Tutte le regioni, a eccezione della provincia autonoma di Bolzano, hanno trasmesso i piani di progetto regionali per la realizzazione del fascicolo sanitario, nel rispetto della scadenza del 30 giugno 2014. Gli stessi sono stati valutati dal Ministero e dall'Agenzia per gli aspetti di specifica

competenza e le valutazioni, comprensive delle eventuali prescrizioni, sono state condivise anche con le regioni. Dai piani di progetto regionali presentati e approvati emerge che entro la fine del 2016, con qualche incertezza, tutte le regioni prevedono di poter attivare il fascicolo sanitario, a eccezione della regione Calabria. Le regioni stanno attuando i progetti regionali per la realizzazione del fascicolo sanitario. Il Ministero della salute e l'Agenzia hanno avviato la prevista attività di monitoraggio dell'avanzamento dei progetti, attraverso una prima serie di incontri con le regioni. Da questi incontri emerge che in sei regioni il fascicolo sanitario è già disponibile, mentre nelle altre i progetti di implementazione stanno procedendo, a eccezione della Campania, della Calabria e della Sicilia, che sembrano evidenziare delle criticità. C'è un grafico allegato alla nostra relazione che traccia una mappa a livello nazionale.

Concludo ribadendo che il fascicolo, come dicevo innanzi, è una delle iniziative di sanità digitale che sono in grado di determinare consistenti risparmi anche nella spesa pubblica. Il Politecnico di Milano, ad esempio, stima che le strutture sanitarie potrebbero risparmiare circa 3,8 miliardi di euro all'anno: circa 2,2 miliardi grazie al fascicolo sanitario, alla cartella clinica elettronica e alla dematerializzazione dei referti, sia per risparmi di tempo in attività mediche e infermieristiche sia per riduzioni dovute alla stampa; oltre 800 milioni grazie alla riduzione di ricoveri dovuti a errori evitabili attraverso sistemi di gestione informatizzata dei farmaci; circa 400 milioni di euro grazie alla consegna dei referti via *web* e a un migliore utilizzo degli operatori allo sportello; circa 160 milioni di euro con la prenotazione *on line* delle prestazioni; circa 150 milioni attraverso la razionalizzazione dei *data center* presenti sul territorio e al progressivo utilizzo di tecniche di virtualizzazione. Il Politecnico di Milano osserva che a questi benefici sono da aggiungere anche i possibili risparmi economici per i cittadini, grazie al miglioramento del livello di servizio, stimabili complessivamente in circa 5,4 miliardi di euro: 4,6 miliardi di euro dovuti

alla possibilità di ritirare i referti via *web*, altri 600 milioni di euro grazie alla prenotazione via *web* e telefonica delle prestazioni e circa 170 milioni di euro grazie alla soluzione di gestione informatizzata dei farmaci.

Come è noto, questo primo decreto rispetto alla legge del 2012 definisce solo una parte degli elementi e dei dati che devono essere inseriti nel fascicolo sanitario. Stiamo predisponendo e lavorando agli altri decreti attuativi. Come ricorderete, l'articolo 12 prevede una lunghissima scheda tecnica di elementi, che saranno oggetto di prossime decretazioni.

DANIELE FRANCO, *Ragioniere generale dello Stato*. Farò soltanto qualche considerazione. Come diceva il sottosegretario, questo è un progetto molto importante, che contribuisce a migliorare l'efficacia dei servizi per i cittadini e anche l'efficienza nell'utilizzo delle risorse. Pertanto, la considerazione ovvia da fare è che prima lo si realizza meglio è.

Un'altra considerazione è che questo progetto va visto assieme alle anagrafi già esistenti. Parlo di quella della tessera sanitaria, dell'Anagrafe nazionale delle persone residenti, che il Ministero dell'interno sta sviluppando, e dell'Anagrafe nazionale degli assistiti. Di base, abbiamo 60 milioni di persone che sono censite in tutti questi modi e dobbiamo assolutamente far sì che siano censite in modo integrato. Come Ragioniere generale, abbiamo partecipato e seguiamo lo sviluppo del sistema della tessera sanitaria. Sapete che da oltre dieci anni ogni cittadino ha una propria tessera sanitaria legata al codice fiscale, che consente di individuarlo univocamente a livello nazionale al momento dell'erogazione di una prestazione sanitaria.

La funzione principale è quella di tracciare i profili di consumo sanitario e anche i comportamenti prescrittivi dei medici.

Il sistema della tessera sanitaria ha alcuni punti di forza: un'identificazione certa e univoca in ambito nazionale degli assistiti; la disponibilità per tutte le regioni di un'infrastruttura telematica in tempo reale, che interconnette tutti i medici e gli erogatori di servizi pubblici e privati con-

venzionati con il Servizio sanitario nazionale; il trattamento dei dati sensibili effettuato in conformità con le indicazioni del Garante della *privacy*; la disponibilità in tempo reale delle informazioni sanitarie riguardanti ogni assistito, le prescrizioni, le esenzioni e così via.

Vi ricordo che questo è un sistema aperto, nel senso che altri enti lo stanno utilizzando. Cito l'utilizzo da parte dell'INPS per i certificati telematici e l'utilizzo da parte dell'Agenzia delle entrate per il 730 precompilato. Questa è un'infrastruttura aperta e disponibile. Una considerazione da fare è se questa infrastruttura possa essere messa a disposizione. Parlo dell'infrastruttura della tessera sanitaria, ovviamente accanto all'Anagrafe nazionale dei residenti e all'Anagrafe nazionale degli assistiti, che vedo in prospettiva come un tutt'uno. Il vantaggio sarebbe di poter già utilizzare i servizi per il collegamento, l'abilitazione e l'alimentazione del fascicolo da parte dei medici e delle strutture sanitarie, che potrebbero avvalersi dell'infrastruttura esistente. Potrebbe facilitare anche l'interoperabilità dei fascicoli regionali. Da ultimo — credo che questo sia importante — potrebbe avere una funzione di piattaforma centrale.

C'è un quesito che bisognerà porsi. Avendo 60 milioni di cittadini censiti uno per uno, la regione Lazio dovrà rispondere del fatto che ognuno dei 5 milioni di residenti nella regione dovrà avere un fascicolo. Qualcuno deve chiedere alla regione Lazio se Daniele Franco ha o meno un fascicolo. Se non ce l'ha, c'è un problema che la regione Lazio dovrà risolvere. Un altro quesito è se Daniele Franco o chi ha il suo codice fiscale ha più fascicoli in più regioni. Serve un'infrastruttura nazionale che parta dai 60 milioni di cittadini residenti, ognuno dei quali ha un codice fiscale e ha una tessera sanitaria e sarà iscritto all'Anagrafe degli assistiti. Ognuno di questi deve anche avere, da qualche parte nel Paese, un fascicolo. Se non ce l'ha, occorre che qualcuno interroghi la regione. Credo che dovremmo vedere il tutto assieme. Se l'esperienza dell'Anagrafe dei cittadini e l'esperienza della tessera sanitaria possono

essere utili come infrastruttura, questo potrebbe facilitare la realizzazione in tempi rapidi del fascicolo, che, come diceva prima il sottosegretario, credo debba essere una delle priorità del Paese.

PRESIDENTE. Innanzitutto vi ringrazio. Questo è un tavolo molto importante. Penso che mettere in uno stesso luogo di confronto tutti questi enti e il Ministero non sia cosa facile e agevole. Se si è potuto realizzare tutto questo, non c'è dubbio che la volontà della Commissione è stata forte in tal senso e c'è la disponibilità degli enti a poter operare concretamente. Il presidente oggi è assente, ma lo ringrazio.

Non posso dimenticare il ruolo che la Ragioneria generale dello Stato svolge, per il quale la ringrazio, perché sappiamo bene che le azioni in Italia diventano incisive, in generale nella storia della Repubblica, ma a maggior ragione in questo momento, se c'è la presenza della Ragioneria. Lo avvertiamo e lo abbiamo visto nei successi che abbiamo ottenuto e che il Ragioniere poco fa ha elencato. Il 730 precompilato e la fatturazione elettronica sono ormai successi che possono essere ascritti sicuramente come merito di questo momento storico, a cui nel breve periodo si aggiungerà l'Anagrafe nazionale della popolazione residente. Detto ciò, tengo a sottolineare che la Commissione non è un organo di programmazione, ma di controllo. Mi rivolgo al sottosegretario, perché gli altri sono tutti *habitué*. Abbiamo un controllo su 130 banche dati pubbliche e di aziende private a forte valenza pubblica o comunque con interessenze da parte dello Stato. Ci sentiamo di dire che stiamo compiendo bene questa nostra *mission*, questa funzione di controllo, con uno stile — lo dico sempre a vantaggio del sottosegretario, che probabilmente è quello che ci conosce meno — che vuole essere molto semplice: stato dell'arte, verifica e analisi di quello che è stato fatto. In questa logica, ecco spiegato perché le programmazioni fatte hanno trovato successo negli argomenti prima citati. Mi consentirete di dire che, se oggi ci siamo riuniti è perché mi pare di poter cogliere che rispetto a un momento di incontro esaltante avvenuto presso SO-

GEI non più tardi di sei-sette mesi fa, dove tutti i protagonisti della digitalizzazione italiana erano presenti, nulla o quasi è stato fatto.

Siamo preoccupati soprattutto per le parole del sottosegretario, secondo cui il 10 per cento del risparmio della spesa sanitaria passa attraverso questi strumenti. Non vi sfuggiranno le responsabilità morali, ma se volete anche contabili e patrimoniali, che ovviamente possono derivare da un mancato sviluppo di quanto è stato programmato. Di conseguenza, è bene che tutti coloro che hanno ruoli comincino a capire che su questo argomento bisogna metterci la testa. Non è un argomento fuggevole o secondario, ma è un argomento importante. L'avete detto tutti e il Ragioniere l'ha ribadito. Penso che questa riunione non debba essere un mero riassunto dei fatti sviluppati finora (pochi), ma debba essere realmente qualcosa che cambi il volto della situazione e lo stato dell'arte. Questo è un auspicio, ma forse anche qualcosa in più.

Detto ciò, si apre a questo punto il momento vero e proprio di confronto. Vorrei che l'onorevole Pelillo, che è rappresentante di gruppo in Commissione finanze e ha un'esperienza molto vasta, essendo stato assessore al bilancio di una regione italiana importante e avendo ricoperto sempre ruoli rilevanti nell'ambito della vita pubblica italiana, aprisse i lavori e desse il suo contributo.

MICHELE PELILLO. Ho due domande da porre. Il fascicolo sanitario, quando verrà messo a regime, secondo le procedure che ci avete illustrato, conterrà i dati a partire da quali anni?

In secondo luogo, non mi è molto chiaro il rapporto tra il fascicolo sanitario e la tessera sanitaria. L'altro giorno mi è arrivata la nuova tessera sanitaria, con il *microchip*. La tessera sanitaria non può in qualche modo contenere le informazioni del fascicolo sanitario? Che rapporto hanno? Devono essere due infrastrutture separate o possono in qualche modo convergere?

MASSIMO CASCIELLO, direttore generale della digitalizzazione, del sistema infor-

mativo sanitario e della statistica del Ministero della salute. Per ciò che concerne il collegamento tra il fascicolo sanitario e la tessera sanitaria, la tessera sanitaria è un sistema. Come diceva il Ragioniere, è un'infrastruttura dove viaggiano i dati che rappresentano la spesa farmaceutica e le prestazioni di tipo specialistico: questo è il nucleo della tessera sanitaria, è un'infrastruttura preesistente. Per questo il Ragioniere parlava di utilizzare la medesima infrastruttura per far funzionare il fascicolo. Dove viaggiano quei dati possono viaggiare anche altri. Il collegamento era in questi termini. I dati sono presenti dal momento dell'attivazione del fascicolo. Il *dataset* presente all'interno del fascicolo è una parte, ovvero il cosiddetto « nucleo minimo dei dati » a cui fa riferimento l'articolo 2.

Tengo a precisare, non per *captatio benevolentiae*, che noi, come AGID e come Ministero della salute, abbiamo continuato a lavorare in assenza del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, non per colpa degli uffici. Ciò nonostante, i piani sono stati presentati, li abbiamo monitorati e abbiamo iniziato immediatamente a lavorare, altrimenti non saremmo stati pronti per l'infrastruttura a dicembre. Abbiamo lavorato a prescindere dalla presenza o meno della norma.

Vorrei aggiungere un altro elemento per completare. Il sistema di monitoraggio di cui poc'anzi parlava il dottor Samaritani è piuttosto severo. Abbiamo anche le schede che si possono scaricare. Ci sono due tipi di criticità: quella della regione Calabria è seria, nel senso che non ha ancora presentato alcun piano e non si è ancora attivata, mentre per le regioni Campania e Sicilia vi sono criticità locali, ma il sistema esiste, i piani esistono e lo sviluppo esiste. Questo è un elemento che volevo precisare nella descrizione. La situazione della Calabria è drammatica.

ANTONIO SAMARITANI, direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale. Vorrei aggiungere un tema tecnico che forse può essere utile. Secondo me, dobbiamo vedere l'infrastruttura che il dottor Casciello e il

Ragioniere descrivevano come se fosse un'infrastruttura a tre piani logici.

C'è una rete fisica su cui viaggiano i dati, ovvero una rete regionale collegata alle altre: quella funziona. Se saliamo di un livello, ciascuna regione oggi, in base al titolo V della Costituzione, ha il proprio fascicolo sanitario o lo avrà. Questo è il secondo piano della nostra architettura. In questo secondo piano della nostra architettura il lavoro che è stato fatto congiuntamente con il Ministro della sanità è quello di dare regole comuni di interoperabilità. Ci sono le regole e le abbiamo pubblicate e sono quelle con le quali le regioni che non hanno ancora il fascicolo oggi stanno operando per farli. Le regole sono state fatte tenendo conto dei fascicoli che già c'erano, come diceva il sottosegretario, nella logica di salvaguardare gli investimenti già fatti dalle regioni, per non dar luogo a un doppio investimento. Questo è ciò che è stato realizzato per il secondo livello.

C'è poi il terzo livello, che è quello che stiamo facendo sempre con il Ministero della sanità e con il CNR e che presenta due punti fondamentali, tornando a quello che diceva il Ragioniere. In questo livello stiamo facendo per l'appunto l'integrazione tra i fascicoli dal punto di vista fisico. Lo stiamo facendo con il CNR, perché la legge prevedeva di coinvolgere istituti di ricerca. Lì non arrivano dati, ma è un catalogo. È come se fosse l'indirizzo, per cui si sa che Antonio Samaritani, che è stato residente in Piemonte e oggi è residente in Lombardia, quando avremo tutti i fascicoli, avrà un pezzo di storia sanitaria in Piemonte e un pezzo in Lombardia. Il *layer* di interoperabilità che stiamo realizzando è sostanzialmente l'indice, che dice: « Trovi questo pezzo di qua e questo pezzo di là ». La consultazione del dato fisico ovviamente avviene a livello regionale.

Come si fa ad accedere ai dati? Lo si fa con una chiave di accesso, che è la tessera sanitaria. È come se fosse la chiave elettronica dell'albergo, con la quale accedo a una camera, che è il mio fascicolo. Dentro a questo fascicolo ho un livello logico, che è quello dell'interoperabilità, e i tanti fa-

scoletti fisici che si trovano nelle tante regioni in cui un cittadino ha abitato. Non so se sono riuscito a spiegare questa costruzione. Questo *layer* di interoperabilità che si sta costruendo tiene conto delle esigenze di interoperabilità con l'Anagrafe della popolazione residente, con l'Anagrafe degli assistiti e con tutte le altre banche dati che devono costituire quello che il Ragioniere diceva quando affermava che dobbiamo legare i 60 milioni di italiani. Per questo motivo, quelle che stiamo predisponendo sono regole complesse, perché devono tenere conto, non solo dell'interoperabilità sul fascicolo, ma anche dell'interoperabilità trasversale con le altre base dati.

PRESIDENTE. Le rivolgo una domanda secca, collegandomi a quello che affermava l'onorevole Pelillo. Qual è oggi la percentuale di realizzazione di tutto questo lavoro che lei ha spiegato dal punto di vista dello stato dell'arte? Quale sarà il *timing* per completarlo al 100 per cento, secondo lei? Ci sono diciannove regioni – perché mi pare di cogliere che una è all'anno zero – che teoricamente devono dialogare tra di loro. Faccia capire a uno come me, che è digiuno in materia di informatica, come fanno a dialogare, visto che avranno diciannove programmi diversi o quasi. Qual è il sistema che avete identificato per far sì che ci sia un comune...

ANTONIO SAMARITANI, direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale. A pagina 9 della relazione, peraltro riportata anche sul documento del Ministero della salute, perché lavoriamo in tandem, vedete lo stato di attuazione. Questo è lo stato di attuazione fisica dei fascicoli, nel senso che la parte concettuale, quella che vi ho descritto, di regole e di struttura di interoperabilità, è pronta dal dicembre 2015. Da qui nasce l'esigenza di cui parlava il Ragioniere, quando diceva che dobbiamo fare in fretta, non solo perché è un progetto che fa risparmiare, ma anche perché un pezzo dell'infrastruttura, quella qualificante dell'interoperabilità, è pronto. È come se noi avessimo la struttura dove adesso dobbiamo appendere i fascicoli fisici. Chi ha

già il fascicolo lo ha già appeso, chi non ce l'ha non l'appende. Oggi abbiamo un'infrastruttura dimensionata per reggere i venti fascicoli italiani che ci devono essere e che oggi ha appeso soltanto alcuni fascicoli, quelli in verde. È già sperimentata.

Come parlano? Sono un cittadino ed entro nella struttura di interoperabilità attraverso la mia tessera sanitaria, che mi fa riconoscere. A questo punto, in una logica trasparente all'utente, se chiedo un documento, entro nella struttura di interoperabilità. Se in data 2016 il cittadino Antonio Samaritani sta in Lombardia, la struttura di interoperabilità va a interrogare il fascicolo della Lombardia. È una chiamata al fascicolo della Lombardia che porta il dato alla vista del cittadino. Se fosse stato prima del 2014, mi avrebbe trovato in Piemonte e avrebbe preso il dato dal fascicolo del Piemonte. Questa è la struttura di interoperabilità che permette di dialogare, con quel sistema di reti fisiche che vi ho illustrato, cioè il trasporto dei dati delle basi dati rese compatibili da quella struttura di interoperabilità. Abbiamo immesso logiche uguali, tali per cui la base dati del Piemonte, la base dati della Lombardia e la base dati di chi arriverà possono essere lette e catalogate in questa struttura che abbiamo costruito.

PRESIDENTE. Questo è ciò che accade dal punto di vista del cittadino, se ho capito bene.

ANTONIO SAMARITANI, direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale. Questo avviene dal punto di vista del cittadino e del Ministero ovviamente.

PRESIDENTE. Il Ministero che deve fare la programmazione e la politica sanitaria è in grado di avere *on line* tutti i dati e tutte le chiavi di lettura?

VITO DE FILIPPO, Sottosegretario alla salute. Questo è uno degli aspetti del fascicolo, non solo per garanzia di una velocizzazione della comunicazione tra cittadino e sistema sanitario. Avere a disposizione questi dati, nel momento in cui sarà realizzato

il sistema, sarà importantissimo sia per la ricerca sia per valutazioni di tipo epidemiologico e delle differenze su scala regionale. Anche per la programmazione sanitaria sarà più facile costruire risposte e iniziative, in ragione dei bisogni sanitari che i dati potranno sicuramente descrivere meglio. Nel Regolamento e nella norma questa molteplice funzione e utilizzazione del fascicolo è prevista.

MICHELE PELILLO. Vediamo se ho capito bene. La tessera sanitaria sarà la chiave di accesso a questa infrastruttura che si sta realizzando. Per quanto riguarda le date, non si inseriranno dati pregressi. Se una regione parte dal primo gennaio 2017, comincerà a inserire dati da quel momento. Ciò significa che, siccome le regioni sono partite e partiranno in momenti diversi, troveremo l'Emilia Romagna che è partita il primo gennaio 2015 e la Puglia che partirà il primo gennaio 2017.

VITO DE FILIPPO, Sottosegretario alla salute. Se ci sono dati storici compatibili con il sistema, questi possono essere sicuramente immessi.

MICHELE PELILLO. Concludo la mia domanda. Questo mi interessa perché ci vorranno dieci anni per dedurre o trarre una casistica da una banca dati così rilevante. Fra dieci anni avremo una casistica. Sarà uno strumento che nel breve periodo non potrà suggerirci cose particolari dal punto di vista epidemiologico eccetera. Vorrei capire questo.

Noi abbiamo esperienze di altro tipo. Per esempio, quando abbiamo istituito nelle regioni il registro dei tumori, siamo andati indietro, non in avanti. I dati epidemiologici che si avevano sono stati inseriti.

MASSIMO CASCIELLO, direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute. Quello che dice è corretto. In realtà, il fascicolo sanitario elettronico è un elemento abilitante straordinario, perché porta la sanità a li-

vello della dematerializzazione e consente cose inimmaginabili fino a poco tempo fa. Entriamo nel mondo moderno, nel senso che finalmente usiamo i *big data* e altri elementi. Il livello di conoscenza del Servizio sanitario nazionale (SSN) da parte del Ministero della salute è molto consistente. Stiamo ragionando anche con la Ragioneria per mettere a regime alcune banche dati, che possediamo storicamente, che coprono circa l'85 per cento della spesa.

Con gli altri tre flussi probabilmente incrementeremo ancora questo valore. Non sappiamo di quanto, ma lo incrementeremo, sia per quanto riguarda l'assistenza primaria sia per quanto riguarda la riabilitazione residenziale e una serie di altri elementi. Per esempio, per l'oncologia, ma anche per il certificato di assistenza al parto abbiamo dei flussi. Per quanto riguarda la sindrome di Smith-Lemli-Opitz, avendo la classificazione ICD-9, potrei dirle tutte le persone che sono state ricoverate per quel tipo di patologia. In teoria, potrei associare i dati in un secondo tempo. Infatti, abbiamo il problema dei flussi: alcuni flussi sono individuali e altri sono assemblati. La norma prevede — e stiamo tentando di farlo senza risorse — di identificare un codice che non sia scardinabile da nessuno, per mettere insieme tutti i flussi che riguardano la medesima persona, dalla prescrizione farmaceutica al ricovero ospedaliero e alla riabilitazione a livello territoriale. In questo caso cominceremmo ad avere dati veramente consistenti.

Il fascicolo sanitario elettronico rappresenta una sorta di nube, che contiene una quantità di dati straordinaria. Per adesso, in base all'articolo 2, contiene il *dataset* minimo, ma in seguito conterrà veramente dati straordinari, che possono interconnettersi con quelli che vengono forniti dalle regioni. Come giustamente ha detto lei, se arriva un farmaco innovativo, si deve sapere qual è l'ipotesi di spesa, conoscere l'età delle persone e il livello di malattia. Il capo terzo parla proprio degli aspetti regolamentari per poter accedere a questi dati. Le premesse ci sono tutte. Entro la fine del 2016 dovremmo avere un bel numero, perché, per esempio, il Lazio sta

utilizzando l'interoperabilità con la Lombardia e con l'Emilia. La sperimentazione sta continuando, in modo che per fine anno potremo dare un servizio solido. È un servizio parziale, onorevole. Ci sono i pagamenti e tutto il resto che dovrà essere agganciato al Sistema pubblico di identità digitale (SPID). C'è ancora molto da fare, nessuno lo nega, ma le premesse ci sono. Anche l'integrazione con il sistema della tessera, cioè il dossier farmaceutico, è prevista, quindi dovrà essere necessariamente realizzata.

PRESIDENTE. Colgo sicuramente una grande attenzione al tema, però francamente non riesco a condividere il vostro ottimismo. Dagli stessi dati dell'AGID leggo che a oggi l'Emilia Romagna ha attivato 1.979...

MASSIMO CASCIELLO, *direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute.* C'è un errore: sono 179.000.

PRESIDENTE. È più incoraggiante, però, rispetto ai 3,5 milioni che conta l'Emilia Romagna, non mi pare che la percentuale sia molto alta. La Lombardia ne ha attivati 6 milioni su 9 (65 per cento), la Toscana 2,3 milioni (circa 40 per cento), la Valle d'Aosta 25.000, la Sardegna 10.000. Addirittura in Piemonte c'è solo la provincia di Cuneo. Campania, Sicilia e Calabria, al solito, sono indietro. Ciò nonostante, dite che entro il 2016 tutto andrà rose e fiori. Scusatemi. Nella vita faccio l'uomo di economia e sono abituato a misurarmi con piani industriali, *business plan*, dati certi e conclamati. Mi dovete spiegare come arriverete al 2016 con questi dati, che sono i risultati delle migliori regioni. Provo a immaginare le altre. Secondo me, c'è qualcosa che non quadra in tutto questo. Non ho bisogno di un conforto sterile, perché fra sei mesi saremo di nuovo qui.

VITO DE FILIPPO, *Sottosegretario alla salute.* Presidente, sono stato altrettanto disincantato. È complicato prevedere pro-

cedimenti sanzionatori più duri rispetto agli strumenti messi in campo, come il comitato LEA. Abbiamo introdotto una norma per la quale già dal 2017 le regioni che non attiveranno il fascicolo sanitario elettronico potranno potenzialmente avere una penalizzazione di trasferimento di una quota del Fondo sanitario nazionale, perché il fascicolo sanitario elettronico rientra tra quei parametri di valutazione — non è l'unico parametro — che il comitato LEA approfondisce per vedere la situazione sanitaria di una regione. Quando entra nel Comitato LEA un obiettivo di una norma, gli si dà una funzione e anche una prospettiva molto importante. Ovviamente la nostra azione di monitoraggio e quella di AGID continueranno nei prossimi mesi. Sono altrettanto convinto che sarà complicato rispettare la scadenza del 31 dicembre 2016. Non so se sono stato troppo brutale.

PRESIDENTE. Il dottor Casciello vuole intervenire. Mi pare che sia colui su cui grava tutto il fardello. Samaritani programma, quindi se ne esce alla grande.

MASSIMO CASCIELLO, direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute. Noi facciamo i contenuti tecnico-sanitari.

PRESIDENTE. Il suo parere è molto importante per questa Commissione.

MASSIMO CASCIELLO, direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute. In realtà, prevediamo che l'infrastruttura nel 2016 ci sia. Il problema è la conoscenza dei cittadini, perché l'attivazione del fascicolo non è automatica. Il Politecnico di Milano, di cui faccio parte, aveva realizzato un sondaggio per sapere quante persone conoscevano il fascicolo sanitario elettronico, anche se alcuni non esistevano ancora. Lo conosceva meno del 5 per cento della popolazione italiana. L'efficienza della regione Toscana è dovuta al fatto ha costruito un sistema in cui davano una tessera e chiedevano se si voleva atti-

vare il fascicolo. Non è detto che il cittadino voglia che venga attivato, può anche rifiutarlo. La questione non è la presenza o meno di fascicoli, perché, come diceva il direttore Samaritani, vengono presi da tutti i depositi esistenti, però devono essere attivati.

È una discussione che ho fatto anch'io: il sistema dell'Emilia Romagna ha un numero molto basso di attivazioni, pur essendo uno dei più antichi e anche dei più efficienti. Secondo me, la discussione è perché mancano gli altri servizi. Per esempio, il Veneto, che partirà, sta sperimentando un sistema in cui la prenotazione può essere fatta dal cittadino o dal medico di famiglia. In quel caso, ci sarà un utilizzo. Le spiego le dinamiche che ho osservato anch'io e che non conoscevo. Pur avendo costruito il meccanismo con cui il medico di famiglia può prenotare la specialistica, più del 50 per cento delle persone non prende la prenotazione, perché le persone anziane devono sapere se il figlio le può accompagnare: non sempre l'innovazione tecnologica porta effettivamente a risultati. Si parla di attivazione. Stiamo monitorando anche questo. Sono abbastanza ottimista. Ho l'ottimismo della ragione e il pessimismo della realtà. Sono possibilista sulla fine del 2016. Bisognerà poi iniziare una seconda fase che consisterà nel far conoscere il fascicolo, mettendoci qualcosa di utile e andando avanti nell'implementazione. Questa chiaramente è un'opinione personale.

ANTONIO SAMARITANI, direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale. Secondo me, questo è un tema di grandissima importanza. Lo vedete, per esempio, dai dati della Lombardia, che sono quelli che conosco meglio. Per ciò che concerne il fascicolo sanitario della Lombardia, che è assolutamente una realtà consolidata, su 10 milioni circa di cittadini ci sono 9,9 milioni tessere distribuite, quindi tutti hanno la chiave, e 6 milioni di fascicoli attivi, un numero consistente, ma che non copre la totalità della popolazione.

Una considerazione importante è stata fatta dal dottor Casciello sulla diffusione delle competenze e delle conoscenze degli

strumenti da parte del cittadino e su come, attraverso uno sforzo complessivo, li rendiamo noti. Credo che in questo senso l'azione complessiva di integrazione dal punto di vista tecnico porti ai risultati che diceva prima il Ragioniere e dal punto di vista funzionale del cittadino porti a poter concentrare la pubblica amministrazione a fare uno sforzo complessivo verso l'*e-government* in tutte le sue chiavi. Cito l'esempio dell'azione che si sta facendo oggi con SPID. Si dice di usare SPID per accedere ai servizi. Una volta «catturato» il cittadino e fatto diventare digitale perché è andato a guardare l'INPS oppure l'INAIL, a quel punto lo si porta anche sul fascicolo. Ci deve essere uno sforzo, che diventa di educazione complessiva, nel portare il cittadino a usare i servizi digitali.

L'integrazione che stiamo progettando a livello tecnico ci consente anche di fare un'integrazione a livello funzionale. Il famoso disegno di Italia Login, che prevede un punto di accesso dove ci sia tutto, vuol dire che in un punto di accesso si avrà l'accesso al fascicolo, ma anche l'accesso al pagamento del bollo auto. Un sistema che cattura l'interesse del cittadino da più punti e che quindi crea educazione. È chiaro che per arrivare a questo livello dobbiamo fare prima il lavoro di integrazione delle base dati. Poiché lo stiamo facendo in parallelo, l'obiettivo dell'AGID è di avere nel 2017, una volta che saranno realizzate l'ANPR e tutte le infrastrutture di cui abbiamo parlato, il primo «portale» di accesso ad alcuni servizi comuni, che potrà essere Italia Login. Tra questi servizi ovviamente ci sarà anche il fascicolo. In tal modo, il fascicolo sarà accessibile alle regioni, ma anche a questo strato comune. Lo strato comune, secondo me, consentirà di velocizzare la conoscenza, perché sarà il portale del cittadino e avremo più punti di interesse per coinvolgere il cittadino verso il digitale. Questo, secondo me, è l'aspetto più difficile. In molti casi — passatemi la metafora — stiamo costruendo la giostra, però abbiamo bisogno che ci salga la gente, perché altrimenti abbiamo una macchina che gira a vuoto. Dobbiamo trovare le condizioni affinché gli sforzi che facciamo

siano noti e siano capiti e si possano offrire i servizi che stiamo progettando.

PRESIDENTE. Vi ringrazio, perché continuate a fare ragionamenti prospettici e chi non guarda al futuro è colui che pagherà per primo. Sono contento dell'impostazione che state dando, però purtroppo ci sono passaggi che non mi convincono, soprattutto in materia di politica sanitaria.

Dottor Casciello, non possiamo pensare che i vertici (il sottosegretario e il ministro soprattutto) non possano fare programmazione o che la programmazione sia menomata dall'assenza di dati. Sappiamo per certo che avremo un 10 per cento di risparmio di spesa pubblica nel momento in cui si realizzeranno questi strumenti, ma non siamo in grado di monitorare nulla, neanche da un punto di vista epidemiologico, come diceva il sottosegretario. Se si sa che ci sono problemi alla tiroide in una certa zona d'Italia, vuol dire che forse l'acqua è eccessivamente ricca di calcare e si deve intervenire. Se c'è la brucellosi, ci sono allevamenti che non vanno bene. Tutte queste cose, sommate alla capacità di tenere sotto controllo le prestazioni sanitarie in ospedale, comprese le responsabilità di chi mette le firme, sono tutti elementi indispensabili oggi per poter fare programmazione.

Per me è inaccettabile — lo dico con grande rispetto — che si continui ad affermare che siccome la popolazione è vecchia... In realtà, non è vecchia ovunque, ma c'è una situazione a macchia di leopardo. Per esempio, nelle città non è vecchia. Nelle città impazziscono quando devono prendersi un giorno di permesso per andare a fare la fila, tornare indietro, pagare il *ticket*, non conoscere la propria storia personale e perdersi in un mare di cose. Per me questo non è accettabile. Non può essere una giustificazione. Gli strumenti per poter far sì che le regioni intervengano sono un problema vostro. Non è possibile che da tre anni a questa parte continuate a dirci sempre le stesse cose. Ritengo che sia arrivato il momento di fare un salto qualitativo. Rispetto a tutto questo, non è possibile che al prossimo incontro si ripetano di nuovo le stesse cose.

Il Ministero o il sottosegretario, dovrebbe chiamare le regioni. Fate una norma interna, alla prima legge utile li costringete. Secondo me, basta semplicemente mettere a disposizione il *partner* tecnologico. Dimentichiamo che, con sentenze ormai ufficiali, il *partner* tecnologico SOGEI è una società *in house*. Lo potete utilizzare tutti. Non abbiamo bisogno di gare, non abbiamo bisogno di niente. È una società interna alle nostre strutture statali. Questo è ormai un fatto conclamato. Se poi non vogliamo utilizzare ciò che abbiamo a disposizione, perché ci sono problemi di *software*, di coordinamento, di interventi diretti, evidentemente vogliamo correre la corsa con una gamba legata.

Penso che anche questo sia un fatto legato a una visione diversa rispetto al passato. Mi rivolgo a lei, sottosegretario, perché conosco la sua sensibilità e la sua attenzione su certi temi. Siamo convinti che il Ministero, dopo questo incontro, avrà modo di dare un impulso nuovo, perché alla fine, sempre da voi dipende. Se la volontà forte c'è da parte del Ministero, tutto il resto è consequenziale.

VITO DE FILIPPO, *Sottosegretario alla salute*. Non c'è dubbio che il lavoro di questa Commissione è un ingrediente di accelerazione, proprio per le funzioni istituzionali che il presidente ha più volte ribadito, anche di verifica e di controllo. Almeno per quanto mi riguarda — ma credo che sia così anche per gli altri partecipanti — andrò via dopo questa audizione con ulteriori elementi per procedere.

Non trascurò, conoscendole, alcune ipotesi che il presidente faceva anche in termini di prospettiva di organizzazione del sistema. Non ho un quadro sinottico puntuale, ma vorrei ricordare che la sanità in Italia è sicuramente il comparto della pubblica amministrazione che ha a disposizione più dati. Ha una quantità enorme di dati. Il dottor Casciello indicava addirittura una percentuale. Probabilmente l'85 per cento della spesa sanitaria nel nostro Paese è verificabile e strutturata sulla base dei dati che abbiamo a disposizione. Non abbiamo fatto una programmazione alla cieca in questi anni. Mi sentirei di dire che, al di

là della prospettiva innovativa e tecnologica del fascicolo sanitario elettronico, in Italia si è costruita una programmazione sanitaria basata su una quantità enorme di dati. Ribadisco che credo sia una parte della pubblica amministrazione che ha a disposizione una quantità enorme di dati.

Il nostro sistema classico, il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), che mette insieme banche dati di scala regionale e territoriale, ci consente di avere un'elaborazione, non approssimativa, ma molto importante.

Non trascurò le ipotesi che lei faceva. Conosco questo lavoro. Non so a quale momento di audizione siamo arrivati, ma raccolgo questa sua indicazione. Mi confronterò con il ministro per verificare se ci sono possibilità migliorative, anche in termini di prospettiva, che probabilmente pretenderanno modifiche normative, perché c'è un impianto normativo che si è costruito negli anni e che è stato realizzato con un po' di lentezza, che non ho sottovalutato, e con qualche difficoltà.

Mi do anche una giustificazione, che voglio ribadire in conclusione. L'utilizzo di dati così sensibili e importanti, l'incursione in questa sfera della vita delle persone, è una grande questione nella pubblica amministrazione e anche nella legislazione del nostro Paese. L'andamento di alcuni regolamenti non è casuale. Non mi riferisco solo a questo. Stiamo lavorando sul decreto per il registro dei tumori e di altre patologie e abbiamo un'interlocuzione non facile con il Garante per la *privacy*, per ragioni evidenti. L'utilizzo di questi dati, che sono così delicati, e la dimensione nel nostro Paese di un doppio livello di responsabilità, certamente migliorato nella riforma costituzionale, ma sicuramente ancora esistente, delle regioni e dello Stato, complicano un po' l'andamento e la velocizzazione. Ne siamo coscienti e proveremo a fare ancora meglio. Sicuramente questa audizione ci dà ancora una volta un impulso a procedere ancora più speditamente e, se necessario, con nuove possibilità di strategia, anche normativa.

PRESIDENTE. Grazie, sottosegretario. Penso che sia arrivato il momento che la

dottorressa Adduce, che – lo ricordo a tutti – guida un importante tavolo del Ministero dell'economia e delle finanze che si occupa di sanità, dica il suo parere. Vorrei poi che l'intervento finale spettasse al Ragioniere.

ANGELA ADDUCE, *dirigente generale della Ragioneria generale dello Stato*. Da quanto emerso dalla discussione è chiaro il patrimonio informativo che il servizio sanitario possiede: dal 1978 ha costruito informazioni che ruotano intorno all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Il fascicolo sanitario elettronico è sicuramente un salto ulteriore nella raccolta delle informazioni. Per esempio, con riferimento al ricovero, non ci sarà soltanto la descrizione del ricovero e delle procedure che si sono avute durante lo stesso, ma saranno messi a disposizione all'interno del fascicolo sanitario elettronico anche i referti che si sono avuti nel corso di questo episodio. È veramente un salto di qualità per la struttura che gestisce ed eroga queste prestazioni, che può averle a disposizione con un supporto non tradizionale, per il cittadino, che potrà utilizzare le informazioni anche per il suo patrimonio informativo personale, e per l'operatore sanitario che lo incontrerà nuovamente in futuro, che potrà conoscere la storia del paziente: è dunque molto importante che il fascicolo sanitario elettronico venga realizzato.

Mi collego a quello che ha detto l'onorevole Pagano. Il fatto che nella relazione dell'AGID i numeri dei fascicoli sanitari elettronici siano veramente limitati in termini di copertura dei cittadini, nelle sole regioni che lo avrebbero implementato o avrebbero cercato di implementarlo, non è molto incoraggiante: questo ci dice che probabilmente lo strumento è complicato da mettere in atto e chi ci si è imbattuto ancora non è riuscito a farlo. Il messaggio che arriva da questi numeri relativi alle sei regioni è che ci metteremo ancora tanto tempo: è necessario assumersi una responsabilità su una concreta attuazione. Faccio parte del Comitato LEA, che verifica l'adempimento del fascicolo sanitario elettronico, e coordino il tavolo adempimenti che, insieme al Comitato, è l'organismo che dà la « pagella » annuale alle regioni in ordine

all'attuazione di alcune tematiche, di cui una è il fascicolo sanitario elettronico: forse questi tavoli di monitoraggio dovrebbero avere un potere coercitivo maggiore. Bocciare una regione per un ritardo nel fascicolo sanitario elettronico è sicuramente un messaggio, però la Calabria, che non risponde e non presenta, verrà bocciata e non lo presenterà neanche l'anno successivo. Questo è un invito rivolto anche al Ministero della salute. Forse bisogna cercare di fare qualcosa di un po' più coercitivo, o comunque pensare a una norma che, con una procedura di tutela dei livelli costituzionali, porti a una realizzazione coatta, nel caso in cui i ritardi diventino insostenibili. Questi ritardi non possono essere più tollerati dal Paese.

MASSIMO CASCIELLO, *direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute*. Sono un medico, quindi la controparte tecnica è proprio totale. In realtà, presidente, l'opinione che ha sui dati non è corretta. Come ha detto giustamente il sottosegretario, abbiamo dati veramente di dettaglio a livello di territorio e abbiamo dati individuali. Il problema riguarda la garanzia della *privacy*. Le faccio un esempio. Per ciò che concerne le schede di dimissione ospedaliera (SDO), noi le traduciamo in un codice; il Garante ci consente, ancora per poco tempo, fino all'entrata in vigore del codice unico, di poter sapere quale sia la persona. Se si deve fare un'indagine distribuita di quali patologie sono più frequenti, cosa che facciamo, non c'è problema. Se, invece, si deve associare a quella stessa persona un farmaco antitiroideo o un dispositivo oppure se è stata messa in riabilitazione domiciliare, non riesco a collegare tutte queste informazioni perché hanno codici diversi. Avendo il codice unico, si potrebbe fare il lavoro che lei pretendeva, che noi facciamo approssimando, perché abbiamo anche la geolocalizzazione delle strutture che abbiamo implementato. Si può sapere cosa eroga l'ospedale, le SDO che emette, i dispositivi che utilizza, i farmaci che utilizza, quanti sono stati gli accessi. Questo si può fare. Quello che diceva la dottorressa Adduce è un salto

di qualità. Questo è vero. Se si deve fare una sperimentazione di un farmaco – nell'articolo 2 tra le cose da fare è prevista la partecipazione a sperimentazioni cliniche – si deve avere la consapevolezza della persona, in modo tale che quella sperimentazione non avvenga più nel reparto, ma a livello nazionale. Questa è una delle prospettive del futuro. Il più grande filosofo italiano diceva che chi non si ricorda del proprio passato non ha futuro: prima di pensare al futuro, bisogna pensare al passato.

La Calabria effettivamente è un problema serio, perché non è reattiva su nulla. Per esempio, l'Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione (ISMETT) utilizza un fascicolo sanitario elettronico della regione Sicilia a uso limitato, però l'ha fatto addirittura mettendo delle immagini disponibili, cosa che non è prevista in questa fase. Pertanto, l'infrastruttura c'è e possediamo i dati. Non entro nel merito di quelle che possono essere le scelte politiche.

PRESIDENTE. Faccio un ulteriore intervento anch'io e poi, se non ci sono altre domande, diamo la parola al Ragioniere generale, che abbiamo interesse, come Commissione, a coinvolgere sempre di più in una logica di controllo dei conti.

Lei ha citato l'ISMETT. Il 2 maggio sono stato a un convegno dove c'era anche il ministro. Sono stati ufficializzati dati che oggi cito. Non era mia intenzione farlo, però approfitto di questo suo *assist*. Sul finanziamento *Smart health* e *Cluster ODSH*, 25 soggetti italiani pubblici e semi-pubblici, ovvero privati con forte interferenza pubblica, hanno ricevuto un finanziamento di 45 milioni di euro, per sviluppare la problematica di un fascicolo sanitario di seconda generazione.

La prima è quella che scannerizza i dati, la seconda è quella che li elabora, ossia numeri, che per la politica sanitaria sono tutto. Se si hanno i numeri, si può intervenire e capire chi bara, chi non fa nulla, dove sono i problemi epidemiologici, quali sono le criticità legate a un'inefficienza e quale sistema deve essere efficientato, dal

primo ospedale all'ultimo ambulatorio del territorio.

Hanno partecipato l'University of Pittsburgh medical center (UPMC), l'ISMETT, l'Università di Palermo, il CNR, una serie di aziende importanti e un paio di parchi scientifici italiani. Inoltre, è stato sperimentato dall'ISMETT all'Istituto Garibaldi.

Questo documento verrà messo a disposizione non solo della Commissione, ma anche dei nostri ospiti, SOGEI compresa. Di fatto, è un fascicolo di seconda generazione, finanziato a enti pubblici. Ormai la fase di sperimentazione è finita, nel senso che loro lo hanno portato avanti. Penso sia un dato importante che, da sperimentazione in un paio di ospedali, deve diventare un fenomeno nazionale. Peraltro, viene dal Sud, da una regione che è indietro rispetto alla tabella di marcia. Tuttavia, tutto questo funziona solo – mi consentirete la frase un po' sicula – se ci mettete testa, cioè se diventa per voi una cosa fondamentale. Penso che, se la sua direzione, dottor Casciello, se lo mette in testa e lo porta avanti – non mi riferisco soltanto all'ISMETT, ma al progetto generale – ci sarà un salto qualitativo da qui a fine anno e quando, secondo le direttive del presidente Portas, faremo un secondo tavolo come questo, i risultati saranno ben diversi.

DANIELE FRANCO, Ragioniere generale dello Stato. Non ho molto da aggiungere. Mi sembra che ci sia un grande sforzo per la creazione del fascicolo e che siamo tutti d'accordo che bisogna muoversi rapidamente. Siamo tutti d'accordo che le varie banche dati, dalla tessera sanitaria all'Anagrafe dei residenti, vadano viste assieme alla gestione futura del fascicolo.

Un problema è quello della gestione operativa dell'infrastruttura. A me sembra che SOGEI, che ha gestito e gestisce altre banche dati, che coprono tutti i 60 milioni di cittadini, possa dare un contributo, però questa è una scelta che non mi compete.

PRESIDENTE. Se lo dice il Ragioniere generale...

DANIELE FRANCO, Ragioniere generale dello Stato. Credo che possa dare un con-

tributo e rendere più rapida la realizzazione.

Mi sembra che un problema che emerge sia quello delle regioni che stanno un po' più indietro di altre. Un'altra questione è quella dei cittadini che non danno il consenso o non sono informati. C'è un grosso problema di *privacy*. Ritengo che dovremmo creare le condizioni per avere potenzialmente 60 milioni di fascicoli pronti e lasciare i cittadini porre il veto sul loro utilizzo. Posso immaginare una situazione in cui una persona non è informata, ma quando arriva al pronto soccorso qualcuno deve chiedergli se si possono usare i suoi dati, come fosse Google. Vedo il fascicolo come una sorta di Google. Scusate se semplifico. Se il sottoscritto viene ricoverato in un pronto soccorso e magari non si è posto il problema del suo fascicolo e nessuno glielo ha chiesto, in quel momento qualcuno gli chiede: « Possiamo accedere alle sue banche dati in giro per l'Italia, nelle regioni e nel Ministero della salute? » Il sottoscritto in quel momento può dire: « Sì, usate le banche dati, qui c'è la mia tessera sanitaria con il *chip*, che permette l'accesso ». Il fascicolo di fatto viene creato in quel momento. Forse non è il modo più efficace di risolvere la questione, però credo che dobbiamo partire dall'idea che i fascicoli devono essere potenzialmente 60 milioni e che ognuno di noi deve averne

uno. Vedo il fascicolo come un canale di accesso ai riferimenti informativi che ognuno di noi ha sparsi al Ministero della salute e in giro per gli ospedali italiani.

Rovescerei l'onere: se il cittadino chiede di non usarla, resterà una banca dati non utilizzata, però potenzialmente ognuno di noi deve essere messo nelle condizioni di avere questo accesso in futuro. Rovescerei dunque la questione.

PRESIDENTE. È una sintesi perfetta. Sono molto soddisfatto. Onorevole Pelillo, tengo molto al suo parere. Com'è andato questo incontro?

MICHELE PELILLO. Molto bene.

PRESIDENTE. Ringrazio il Sottosegretario alla salute, il Ragioniere generale dello Stato, il direttore generale dell'Agid e i loro collaboratori e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. RENZO DICKMANN

Licenziato per la stampa
il 20 giugno 2016

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

